ผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นางสาวจิรภรณ์ แนวบุตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Effects of Thai traditional massage to Anxiety, Depression and Pain level of patients with myofascial pain syndrome at Applied Thai Traditional Medicine Clinic, Faculty of Medicine, Thammasart University.

Miss Jiraporn Naewboot

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โดย	นางสาวจิรภรณ์ แนวบุตร
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร. ณภัควรรต บัวทอง)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมา ศรียากูล)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จิรภรณ์ แนวบุตร : ผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Effects of Thai traditional massage to Anxiety, Depression and Pain level of patients with myofascial pain syndrome at Applied Thai Traditional Medicine Clinic, Faculty of Medicine, Thammasart University.) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์, หน้า.

เหตุผลของการทำวิจัย : กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (Myofascial Pain Syndrome) เป็นกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อยมากในกลุ่มประชากรวัยกลางคน หรือวัยทำงาน เป็นสาเหตุหนึ่งของกลุ่มอาการปวดเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด ปัจจัยทางด้านจิตใจ ความเครียด วิตกกังวลและความเศร้า เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรค การนวดไทยเป็นอีกหนึ่งแนวทางรักษาที่มีผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการนวดแผนไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) one-group pre-post test

สถานที่ทำการศึกษา : คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ตัวอย่างและวิธีการศึกษา: ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาโดยการนวดแผนไทย ติดต่อกัน 3 ครั้ง ในวันจันทร์ พุธและศุกร์ของสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับความปวด ก่อนและหลังการนวดไทย 3 ครั้ง วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบ Pair t-test และ การทดสอบ Wilcoxon Singed rank test เพื่อเปรียบเทียบผลการนวดแผนไทย ก่อนและหลังการรักษา

ผลการศึกษา : ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมีระดับคะแนนความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับความปวดลดลงหลังรับการนวดแผนไทย 3 ครั้ง โดยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลก่อนการรักษา เป็น 10.60 และ 5.53 หลังการรักษา คะแนนเฉลี่ยระดับความซึมเศร้าก่อนรักษา เป็น 8.4 และ 4.5 หลังการรักษา และคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดก่อนการรักษา เป็น 2.46 และ 1.8 หลังการรักษา

สรุป : การรักษาโดยการนวดแผนไทยสามารถลดระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

คำสำคัญ : นวดแผนไทย ปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด ความปวด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา สุขภาพจิต ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ปีการศึกษา 2557

5674251330 : MAJOR MENTAL HEALTH
KEYWORDS: THAI MASSAGE / ANXIETY / DEPREASS

JIRAPORN NAEWBOOT: Effects of Thai traditional massage to Anxiety, Depression and Pain level of patients with myofascial pain syndrome at Applied Thai Traditional Medicine Clinic, Faculty of Medicine, Thammasart University.. ADVISOR: ASSOC. PROF. DR.BURANEE KANCHANATAWAN, pp.

Background : Myofascial Pain Syndrome is the most common chronic pain disease ,which is mainly occurred in

middle age or young working population. Psychological factors, stress, anxiety and sadness and other factors were supposed to affect the severity of disease. Thai massage is one of treatments which expected for both physical and mental effects.

Objective : To study the effects of Thai massage on levels of anxiety, depression and Pain level of patients with myofascial pain syndrome at Applied Thai Traditional Medicine Clinic, Faculty of Medicine, Thammasart University.

Design : Quasi-experimental research (one-group pre-post test)

Setting : Applied Thai Traditional Medicine Clinic, Faculty of Medicine, Thammasat U.

Materials and Methods : The study was performed in 20 myofascial pain syndrome patients receiving Thai massage treatment at Applied Thai Traditional Medicine clinic, Faculty of Medicine Thammasat U. Three consecutive sessions of Thai massage were operated in all patients. To determine the effect of treatment, all sample were evaluated the level of anxiety and depression and pain level both before and after 3 session Thai massage treatment Paired t-test and Wilcoxon.Singed rank test were applied to analyze the effect.

Results : The myofascial pain syndrome patients got significantly lower scores of anxiety, depression and pain level after receiving 3 Thai massage sessions. The average scores of anxiety were 10.60 and 5.53 at pre-treatment and post treatment , consecutively. The average scores of depression were 8.4 and 4.5 at pre-treatment and post treatment , consecutively. The average scores of pain were 2.46 and 1.8 at pre-treatment and post treatment , consecutively.

Conclusion : Thai massage treatment can reduce anxiety, depression and pain level in Myofascial pain syndrome significantly.

Department: Psychiatry
Field of Study: Mental Health
Academic Year: 2014

Student's Signature .....
Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความอนุเคราะห์และความช่วยเหลือตลอดจนคำแนะนำจากผู้มีพระคุณหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจาก อาจารย์ รศ.พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ให้ความรู้ คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมถึงกำลังใจที่มีให้เสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จึงขอขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ณภัควรรต บัวทอง ที่ได้ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รวมถึงให้คำแนะนำในเรื่องของการใช้สถิติในการวิจัย ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร. กุสุมา ศรียากูล ให้ความกรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ภายนอก และให้ความรู้ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทย รวมถึงคำแนะนำอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขเล่มวิทยานิพนธ์และการนำไปประยุกต์ใช้ในวิชาชีพต่อไป

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและองค์ความรู้ต่างๆ แก่ผู้วิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณแพทย์แผนไทยประยุกต์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ประจำคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก และคำแนะนำในทุกๆด้าน

ขอขอบคุณเพื่อนๆและรุ่นพี่นิสิตปริญญาโททุกคน ที่คอยเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเสมอมา

สุดท้ายนี้ ขออกราบขอบพระคุณ คุณแม่แสงระวี แนวบุตร คุณพ่อสุรศักดิ์ แนวบุตร และครอบครัว ที่คอยให้ความรัก ความเข้าใจ และกำลังใจเสมอมา ตลอดจนให้การสนับสนุนเสมอมา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง 1

สารบัญรูปภาพ 1

บทที่ 1 1

บทนำ 1

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rational) 1

1.2 คำถามการวิจัย (Research Question) 2

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives) 3

1.4 สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis) 3

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) 3

1.6 คำสำคัญ (Key words) 3

1.7 การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition) 3

1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework) 4

บทที่ 2 5

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 5

2.1 กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome : MPS) 6

2.2 ความวิตกกังวล (Anxiety) 10

2.3 ความซึมเศร้า (Depression) 16

2.4 ความปวด 22

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หน้า

2.5 ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย.....27
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....39
บทที่ 3 43
ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology).....43
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample).....43
3.2 การสุ่มประชากรของกลุ่มตัวอย่าง.....45
3.3 การสังเกตและการวัด (Observation & Measurement).....46
3.4 การรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....47
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....48
3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Consideration).....48
3.7 ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitations).....49
3.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected Benefit and Application).....49
3.9 การบริหารงานและตารางปฏิบัติงาน (Administration and Time Schedule).....50
บทที่ 4 51
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 51
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....52
ส่วนที่ 2 ระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความปวด ก่อนและหลังการรักษา.....56
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความปวด ก่อนและหลังการรักษา 58
บทที่ 5 62
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....62
5.1 สรุปผลการวิจัย.....62
5.2 อภิปรายผลการวิจัย 63

หน้า

5.3 ข้อเสนอแนะ 65

.....66

รายการอ้างอิง 66

ภาคผนวก.....71

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 86

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ร้อยละ (Percentage) ความถี่ (Frequency).....52
ตารางที่ 2 แสดงความชุกของความวิตกกังวล ก่อนและหลังการรักษา.....56
ตารางที่ 3 แสดงความชุกของความซึมเศร้า ก่อนและหลังการรักษา.....56
ตารางที่ 4 แสดงความชุกและระดับของความปวด ก่อนและหลังการรักษา.....57
ตารางที่ 5 แสดงความถี่ ร้อยละของแบบวัดความปวดฉบับภาษาไทย 57
ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยใช้สถิติ Paired-sample T test 58
ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับความซึมเศร้าเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยใช้สถิติ Paired-sample T test.....59
ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับความปวดเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign rank test.....59
ตารางที่ 9 แสดงผลการศึกษาความแตกต่างของความเปลี่ยนแปลงคะแนนความปวดในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับต่างๆ โดยสถิติ Mann- Whitney.....60
ตารางที่ 10 แสดงผลการศึกษาความแตกต่างของความเปลี่ยนแปลงคะแนนความปวดในผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าในระดับต่างๆ โดยสถิติ Kruscal Wallis.....60
ตารางที่ 11 แสดงลักษณะของความปวดเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา 61

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1 แสดงจุดและแนวเส้นการนวดพื้นฐานบ่าและหลัง.....34
รูปที่ 2 แสดงจุดการนวดหลังส่วนบน 34
รูปที่ 3 แสดงจุดการนวดหลังส่วนล่าง.....35
รูปที่ 4 แสดงจุดและแนวเส้นการนวดหลังส่วนล่าง.....35

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rational)

จากผลสำรวจเอแบคโพลเรื่องแนวโน้มความสุขมวลรวมของคนไทยในสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศในระดับครัวเรือนจาก 17 จังหวัด ในรายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่ง ปี 2556 ระหว่างวันที่ 1 - 19 มีนาคม 2556 พบว่า ดัชนีความสุขมวลรวมของคนไทยลดลงจาก 7.61 เมื่อเดือนธันวาคม 2555 เป็น 6.58 ในเดือนมีนาคม 2556 [1] และในรายงานการศึกษาเรื่องค่าความสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพจากความผิดปกติทางจิตของประชากรไทย พบว่าระบาดวิทยาสุขภาพจิตใน พ.ศ. 2546 โรคซึมเศร้า (major depressive episode) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยมากที่สุด อัตราความชุกเป็นร้อยละ 3.2 รองลงมาได้แก่ โรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthmia) ซึ่งอัตราความชุกของโรคจิตเวชในประชากรไทยจากการสำรวจในปี 2546 มีแนวโน้มสูงมากขึ้นเมื่อเทียบกับ 5 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ โรคจิต วิตกกังวล ซึมเศร้า และติดสารเสพติด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 และสูงมากที่สุดในปี พ.ศ. 2546 คือ มีอัตราผู้ป่วยจากทั้ง 4 โรค ร้อยละ 2.2 และลดลงเหลือร้อยละ 1.7 ในปี พ.ศ. 2547 เช่นเดียวกันกับผลสำรวจจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของสถานบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540-2551 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2544 – 2551[2]

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคของโลก องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตของปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวชที่สำคัญและเร่งด่วนไว้ 8 โรค/ภาวะ ซึ่งหนึ่งในนั้นได้แก่ โรคซึมเศร้า และพบว่าปัญหาสุขภาพจิตในวัยทำงาน ความเครียดจากการทำงาน ประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มลดลงในปี 2558 คาดว่าจะมีร้อยละ 66 และปัญหาที่เกิดกับวัยแรงงานมีมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งสาเหตุหนึ่งเป็นผลมาจากครอบครัวที่ต้องเผชิญกับสภาวะเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความเครียด เป็นผลนำไปสู่ปัญหาสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว[3] ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายต่อมาด้วย

ในกลุ่ม อาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (Myofascial Pain Syndrome) เป็นกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อยมากในกลุ่มประชากรวัยกลางคน หรือวัยทำงาน และเป็นสาเหตุหนึ่งของกลุ่มอาการปวดเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด พบได้ถึงร้อยละ 30 % ในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป และพบว่าร้อยละ 21 ในผู้ป่วยออโธปิดิกส์ทั่วไป สาเหตุเนื่องจากอิริยาบถการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลที่ทำงานออฟฟิศ ต้องใช้คอมพิวเตอร์ หรือมีการนั่งอยู่ใน

อิริยาบถเดิมซ้ำๆ นาน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการทำงานแบบ over load ของมัดกล้ามเนื้อนั้นๆ กาย จิต สังคม ทั้งสามปัจจัยมีความสำคัญและความสัมพันธ์ส่งผลซึ่งกันและกันเป็นวัฏจักร [4] พบว่าในกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด ปัจจัยทางด้านจิตใจ ความเครียด วิตกกังวลและความเศร้าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคในผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด myofascial พบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ myofascial มีความชุกของปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 39.19 สัมพันธ์กับผลกระทบของอาการปวดต่อกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายอีกด้วย

การนวดเป็นอีกหนึ่งวิถีการรักษาด้านการแพทย์ทางเลือก การรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่มีสืบต่อจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ใช้ในการบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและความเครียดได้ดี ทั้งช่วยลดการใช้ยาในกลุ่มยาแก้ปวดและคลายกล้ามเนื้อในแผนปัจจุบัน การนวดมีผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากรายงานสถานการณผู้มารับบริการด้านการแพทยแผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐป 2546-2550 [5] โดยสถาบันวิจัยการแพทยแผนไทย พบว่ากลุ่มโรคและอาการที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยใน 4 ภาคของประเทศไทย อาการที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอาการปวดหลัง เอว สะโพก และส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับวัยทำงาน จากงานวิจัยของอุบล กาญจน์ ยอดต่อ [6] ได้ศึกษาความชุกของปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial Pain Syndrome ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Myofascial Pain Syndrome ร้อยละ 74.7 และจากรายงานที่ผ่านมากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการด้านหัตถเวชกรรม ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ส่วนใหญ่มาด้วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังซึ่งจากการซักประวัติพบว่าปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความเครียด วิตกกังวล เป็นต้น เป็นหนึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์และส่งผลต่ออาการดังกล่าว

ในการศึกษาผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย เป็นอีกหนึ่งแนวทางที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการรักษา เพื่อให้สามารถดูแลปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านกายและจิตให้แก่ผู้ป่วยต่อไปได้

1.2 คำถามการวิจัย (Research Question)

ผลของการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด ก่อนและหลังการรับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

เพื่อศึกษาผลของการนวดแผนไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

1.4 สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่ได้รับการรักษาโดยการนวดแผนไทยมีระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับความปวดต่ำกว่าก่อนได้รับการนวดแผนไทย

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

ในการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดในคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เท่านั้น

1.6 คำสำคัญ (Key words)

นวดแผนไทย อาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ความปวด

1.7 การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

ความปวด (Pain) หมายถึง ความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่บุคคลกำลังประสบอยู่ถึงความไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึก และอารมณ์ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายเนื้อเยื่อ หรือเมื่อเนื้อเยื่อมีโอกาสถูกทำลาย ซึ่งบุคคลเท่านั้นที่จะบอกได้ และยังคงอยู่ตลอดเท่าที่บุคคลนั้นๆบอกว่ามี (สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาอาการปวด)

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการปวดร้าว (refered pain) และ/หรืออาการของระบบประสาทอิสระ (autonomic symptoms) อันเนื่องมาจาก myofascial trigger point (TrP) ของกล้ามเนื้อ หรือเยื่อพังผืด โดยเกิดขึ้นกับบริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกาย (regional pain) วินิจฉัยโดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตามเกณฑ์วินิจฉัย MPS แนวเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ Myofascial Pain Syndrome สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย

เกณฑ์การวินิจฉัย MPS

1.ประวัติมีอาการปวดและ/หรืออาการประสาทอิสระบริเวณใดบริเวณหนึ่งนานกว่า 3 เดือน

2.พบจุดกดเจ็บ (TrP) ที่กล้ามเนื้อโดยการคลำ/หรือกดด้วยนิ้วมือที่แสดงอาการปวดตามประวัติที่ชัดเจน

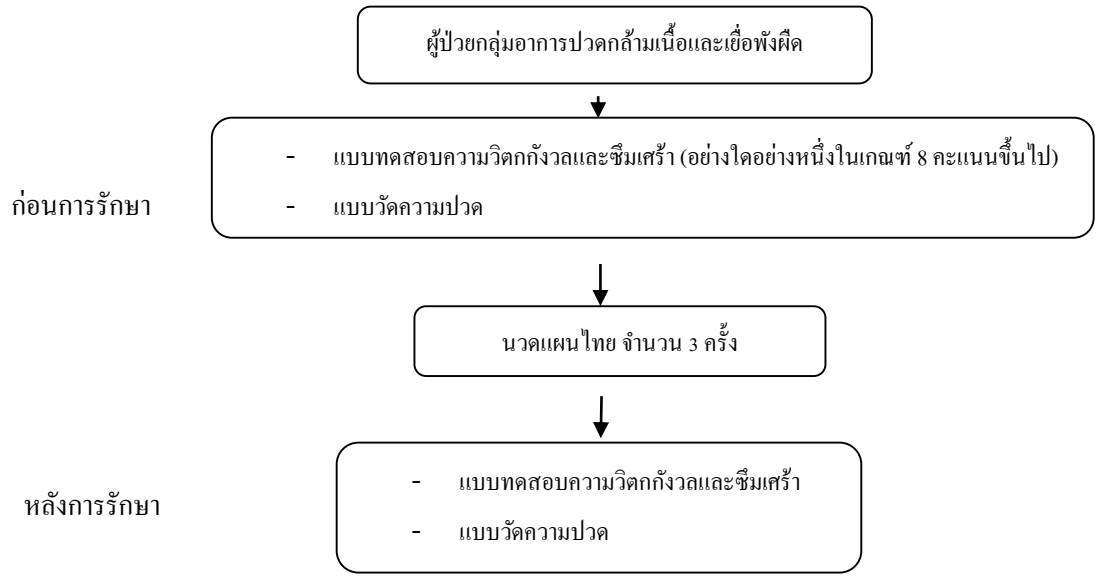
3.มีปัจจัยเกื้อหนุนให้เรื้อรัง (perpetuating factors: PF) เช่น พฤติกรรมการใช้กล้ามเนื้อมัดหรือกลุ่มนั้นซ้ำๆ จนเกิดภาวะ over load มีภาวะวิตกกังวล/เครียด/ท้อแท้/ซึมเศร้า เป็นต้น

ความวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกไม่สบายใจ เกิดความตึงเครียด ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจมีการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ได้ อาจเป็นผลมาจากการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ทำให้ความเชื่อมั่นลดลง ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการประเมินความรู้สึกตนเอง โดยใช้แบบวัด Hospital Anxiety and Depress Scale ฉบับภาษาไทย (Thai Hads) โดยมีคะแนน 8 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases) ขึ้นไป

ความซึมเศร้า (Depressed) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะจิตใจที่หม่นหมอง เศร้า หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย แสดงออกได้ทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และร่างกาย ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการประเมินความรู้สึกตนเอง โดยใช้แบบวัด Hospital Anxiety and Depress Scale ฉบับภาษาไทย (Thai Hads) โดยมีคะแนน 8-10 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases) ขึ้นไป

นวดแผนไทย (Thai Massage) หมายถึง การนวดกดจุดรักษา โดยการใช้นิ้วมือและมือ ตามแนวเส้นพื้นฐานและจุดสัญญาณ เพื่อบังคับเลือดและความร้อนไปเลี้ยงส่วนที่ต้องการ และกระตุ้นประสาทที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ โดยผู้นวดมีท่าทีที่เรียบร้อยและสำรวม ซึ่งเรียกว่า การนวดกดจุดแบบราชสำนัก และประคบสมุนไพรร้อนหลังการนวด

1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

2.1 กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (MPS)

- 2.1.1 นิยามที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด
- 2.1.2 ระบาดวิทยา ความชุก และอุบัติการณ์
- 2.1.3 ลักษณะทางคลินิก การตรวจร่างกาย พยาธิกำเนิด
- 2.1.4 การวินิจฉัยและแนวทางการรักษา

2.2 ความวิตกกังวล (Anxiety)

- 2.2.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
- 2.2.2 ประเภท สาเหตุ และอาการของความวิตกกังวล
- 2.2.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

2.3 ความซึมเศร้า (Depression)

- 2.3.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความซึมเศร้า
- 2.3.2 ประเภท สาเหตุ และอาการของความซึมเศร้า
- 2.3.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้า

2.4 ความปวด (Pain)

- 2.4.1 ความหมายและประเภทของความปวด
- 2.4.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวด

2.5 ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

- 2.5.1 ความหมายของการแพทย์แผนไทย
- 2.5.2 ประเภทของการนวดไทย
- 2.5.3 โรคลมปลายปัตคาต
- 2.5.4 ผลการนวดไทย
- 2.5.5 กายวิภาคศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการนวดไทย

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome : MPS)

นิยาม (Definition)[7]

Friction J Russel ให้คำนิยามไว้ว่า " MPS คือกลุ่มอาการปวดของกล้ามเนื้อที่กระจายอยู่ในบริเวณหนึ่งบริเวณใดของร่างกาย อันเนื่องมาจากจุดปวดที่เรียกว่า trigger point"

David G Simons & Janet G Travell ให้คำจำกัดความไว้ว่า กลุ่มอาการปวด และ/หรือ กลุ่มอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ (Auotonomic phenomenon) อันมีสาเหตุมาจากจุดปวดที่เรียกว่า active trigger point ซึ่งเกิดขึ้นในกล้ามเนื้อหรือเยื่อพังผืด

Myofascial Pain Syndrome (MPS) จึงหมายถึง กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มีลักษณะอาการปวดร้าว (referred pain) และ/หรืออาการของระบบประสาทอิสระ (Autonomic symptoms) อันเนื่องมาจาก myofascial trigger point(s) (TrP) ของกล้ามเนื้อหรือเยื่อพังผืด โดยจำกัดอยู่บริเวณใดบริเวณหนึ่ง (regional pain) ของร่างกาย ถ้าอาการต่างๆ ดำเนินอย่างต่อเนื่องหรือเกิดซ้ำอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน เรียกว่า chronic MPS [8]

ระบาดวิทยา ความชุก และอุบัติการณ์

อาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดเป็นสาเหตุของการปวดเรื้อรังอันดับต้นๆ เกิดร่วมกับภาวะอื่นๆได้ อุบัติการณ์มีความแตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับการสำรวจ เช่น เพศ อายุ อาชีพ กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา เกณฑ์การวินิจฉัย รวมถึงระยะเวลาที่มีอาการและความชำนาญของผู้ตรวจ[9]

นพ.อานนท์ และคณะ , 2538 [10] ศึกษาระบาดวิทยาของ myofascial pain syndrome ในกลุ่มประชากรไทย จำนวน 2,463 คน พบผู้มีอาการปวดภายในระยะ 7 วัน ที่ทำการสำรวจซึ่งเข้าได้กับกลุ่มโรค myofascial pain syndrome จำนวน 155 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 63 ของประชากรที่ทำการสำรวจ หรือร้อยละ 36 ของประชากรที่มีอาการปวดของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบในเพศหญิงได้บ่อยกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 2.4 : 1 ช่วงอายุที่พบบ่อย คือ 31 - 60 ปี

ลักษณะทางคลินิก (เวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ)

1. ปวดร้าวเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย (regional pain) ความรุนแรงมีได้ตั้งแต่ปวดเล็กน้อย เพียงรำคาญจนถึงปวดรุนแรงทรมานอย่างมาก (TrP) ของกล้ามเนื้อแต่ละมัด จะมีลักษณะแบบแผนการปวดร้าวที่เฉพาะตัว ซึ่งมีความสำคัญในการช่วยค้นหาว่าอาการปวดเกิดจาก TrP ของกล้ามเนื้อมัดใด

2. อาการของระบบประสาทอิสระซึ่งพบร่วมได้บ่อย เช่น ชา วูบ เย็น เหน็บ หนาวหรืออาการแสดง เช่น ซีด ขนลุก เหงื่อออกตามบริเวณที่มีอาการปวดร้าว ส่วน TrP บริเวณคออาจมีอาการมึนงง หูอื้อ ตาพร่าได้

การตรวจร่างกาย คือ การสัมผัสด้วยมือ โดยการกดคลำกล้ามเนื้อต้องพบ TrP ที่ก่ออาการอันมีคุณสมบัติเบื้องต้นที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. เป็นจุดที่มีความไวสูง (hyperirritable spot) ไวต่ออาการปวดกว่าบริเวณใกล้เคียง
2. เป็นจุดที่สามารถกระตุ้นให้อาการต่างๆ แสดงออกชัดเจน(reproducible symptoms) ด้วยแรงกดหรือการแทงด้วยปลายเข็ม
3. TrP แต่ละจุดมีขนาดเล็ก เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2 – 3 มม. แต่มักเกิดร่วมกันเป็นกลุ่ม (cluster) ในกรณี TrP อยู่ในกล้ามเนื้อที่ไม่ลึกเวลาคลำจะรู้สึกได้ถึงความเป็นแถบตึง (taut band) หรือคล้ายก้อน (nodule)

พยาธิกำเนิด/สาเหตุ (Etiology) สาเหตุของ myofascial trigger point ส่วนใหญ่แล้วเชื่อว่า (concept of agreement) เกิดจากภาวะ muscle overload ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย บางปัจจัยที่ชัดเจน เช่น อาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อที่รุนแรงจากอุบัติเหตุ (macrotrauma) การผ่าตัด บางปัจจัยที่ไม่สามารถมองเห็นชัดเจน เช่น ความเครียดทางจิตใจ psychosocial การบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย (mocrotrauma) บ่อยครั้งที่พบว่าปัจจัยดังกล่าวมักจะเกิดร่วมกัน กลไกที่แท้จริงยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจน ที่กล่าวถึงกันมากในกรณี chronic MPS คือ การผสมกันระหว่างความผิดปกติของ peripheral nociception กับ central sensitization ซึ่งเรียงลำดับเหตุการณ์ดังนี้

- ภาวะที่กล้ามเนื้อทำงานหนักเกินกำลังจาก physical และ/หรือ psychosocial overload จนถึงจุดที่มี motor endplate dysfunction ทำให้เกิดความบกพร่องของพลังงาน เป็นที่มาของการอธิบายภาวะอาการล้าง่ายๆของกล้ามเนื้อมัดที่มี Trp
- Muscle contraction knot เป็น self-sustained contraction ที่ตรงตำแหน่งของ Trp จึงสามารถคลำได้เป็นลำหรือก้อน และยังทำให้พิสัยการเคลื่อนไหวน้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่ามีการคั่งค้างของ waste products ที่ก่อให้เกิดอาการปวดหลายชนิด แต่ไม่พบ inflammatory-process ที่ชัดเจน
- Automatic nervous disturbance จากการกระตุ้นของสารคั่งค้างดังที่กล่าวมาของ automatic symtoms ต่างๆในบริเวณนั้นๆ
- Central sensitization ซึ่งจะทำให้ Trp มีความไวต่อการกระตุ้นได้มากขึ้น

การวินิจฉัย

ในการวินิจฉัย MPS ตั้งอยู่บนพื้นฐานการวินิจฉัยทางการคลินิกจากการซักประวัติและการตรวจร่างกายเป็นสำคัญ คือ ประวัติของอาการปวดและ/หรืออาการประสาทอิสระบริเวณบริเวณหนึ่งร่วมกับการตรวจร่างกายที่กล้ามเนื้อโดยการคลำหรือกดด้วยนิ้วมือ จะต้องพบ Trp ที่สามารถแสดงอาการต่างๆ ที่ผู้ป่วยให้ประวัติได้ชัดเจน หากอาการต่างๆดำเนินไปอย่างต่อเนื่องหรือเกิดซ้ำอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน เรียกว่า chronic MPS

MPS พบได้ทั้ง เฉียบพลัน (acute) และเรื้อรัง (chronic forms) ทั้ง primary และ secondary forms โดย

1. Acute MPS มักจะมีประวัตินำมาของ sudden overload เช่น sprain, strain หรือ injury ส่วนใหญ่อาการจะค่อยๆ ดีขึ้นเองตามลำดับจนหาย หรือถ้าไม่หายการรักษาเฉพาะที่ที่ตำแหน่งของ TrP (TrP eradication) ด้วยวิธีต่างๆ มักจะได้ผลดีต่างกับกรณีของ chronic MPS

2. Chronic MPS ส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่มีปัจจัยเกื้อหนุนให้เรื้อรัง (perpetuating factors:PF)

ปัจจัยต่างๆ หมายถึงภาวะที่ไม่ใช่โรค เรียกว่า secondary MPS

PF แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่

1. Physical PF ที่พบบ่อย ได้แก่ ท่าทางที่ไม่อยู่ในสมดุล (poor posture) สมรรถภาพร่างกายไม่สมบูรณ์เพียงพอ (poor physical conditions) และ repetitive microtruama ที่คาบเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้กล้ามเนื้อมัดหรือกลุ่มนั้นอย่างซ้ำๆ จนทำให้เกิดภาวะ overload คือ กิจวัตรหรืองานที่ทำประจำ เช่น การนั่งนานๆ นั่งไขว่ห้าง ยกของหนัก ยืนนาน เดินเยอะ เป็นต้นซึ่งผู้ป่วยและแพทย์มักจะนึกไม่ถึง หลายรายจึงให้ประวัติว่าอาการเกิดขึ้นเองโดยไม่ได้ทำอะไรผิดปกติ

2. Phychological PF ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล (anxiety), เครียด (stress), ท้อแท้ (despair), ซึมเศร้า (depress) บ่อยครั้งที่หลายรายถูกเข้าใจว่าแกล้งหรือไม่ได้ปวดจริง ทั้งยังถูกคิดว่าอาการทางด้านจิตใจเป็นสาเหตุหลักอันเนื่องจากอาการมักกำเริบหรือรุนแรงช่วงที่งานมาก งานเร่ง จึงเป็นช่วงที่ปัจจัยกระตุ้นทางกายมาคู่กัน การวินิจฉัยที่เหมาะสมก็เพียงให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นมาก การอธิบายให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนตลอดจนให้ความเข้าใจ แนะนำทางรักษา ให้กำลังใจและให้ความมั่นใจจะมีประโยชน์มาก สำหรับในรายที่มีความรุนแรงอาจพิจารณาให้ anxiolytic หรือ antidepressant ในช่วงเริ่มรักษาหรือช่วงที่มีปัจจัยเหล่านี้มาเกื้อหนุนอาการเป็นครั้งคราว

3. Systemic PF ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะ low normal vitamin B 1, 6, 12, folic acid และ vitamin C ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยคือ อาการอ่อนเพลีย ชาปลายมือปลายเท้าเป็นครั้งคราว และภาวะ borderline hypothyroid อาการที่พบบ่อยคือ อ่อนล้า เฉื่อยชา หนาวง่าย และมีอาการท้องผูก

แนวทางการรักษา

1. การนวด (Massage) นิยมนวดแบบกดจุด (Acupressure) ส่วนการนวดไทยจะครอบคลุมพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ผลที่ได้ที่เป็นจุดเด่น คือ deep relaxation นวดไทยมีสองแบบ คือ นวดไทยแบบอายุรเวทหรือนวดแบบราชสำนัก ซึ่งเน้นการกดจุดอย่างเดียว และนวดแผนไทยแบบวัดโพธิ์ที่มีการยืดดัดร่วมด้วย ซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา TrP ได้เป็นอย่างดี แต่ต้องระวังหรือหลีกเลี่ยงในรายที่มีภาวะ mechanical instability การนวดควรทำติดต่อกัน 6 – 12 ครั้ง (ถือเป็น 1 course)

2. การยืดกล้ามเนื้อที่มี TrP (Stretching) ยืดกล้ามเนื้อช้าๆ จนถึงจุดที่ตึงหรือเริ่มมีอาการปวดเล็กน้อย และค้างไว้ที่ระยะเวลาหนึ่ง (prolong stretching) ข้อดีคือปลอดภัย สะดวกและสามารถทำได้เอง ถือเป็นมาตรฐานการรักษาพื้นฐานที่จะต้องทำในทุกราย โดยทั่วไปควรยืดกล้ามเนื้อค้างไว้นาน 20-30 วินาที ขณะยืดควรอยู่ในภาวะผ่อนคลาย และจัดท่าทางให้มั่นคง

3. การทำกายภาพบำบัด (Physical therapy) เป็นการรักษาที่มีองค์ประกอบหลายอย่างที่ช่วยรักษา TrP เช่น การประคบร้อน การนวด การยืดกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่จะทำมากกว่าหนึ่งอย่าง (การทำกายภาพบำบัด 2 สัปดาห์ถือเป็น 1 course)

4. การฝังเข็ม (Acupuncture) ปลายเข็มจะทำให้ TrP คลายตัวด้วยกลไก mechanical disruption และพบว่าจุดฝังเข็มมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับตำแหน่งของ TrP ที่พบบ่อยถึง 71% (ฝังเข็ม 10 ครั้ง คือ 1 course)

5. การแทงเข็มที่ TrP (dry needing) เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ใช้แทนการฝังเข็มได้

6. การฉีดยาที่ TrP (trigger point injection) เชื่อว่าผลการรักษา TrP ที่สำคัญจากการแทงเข็ม โดยใช้สารหรือยาที่ใช้เป็นเพียงตัวเสริม สารที่นิยมใช้คือ ยาชาเฉพาะที่

7. ยา (Drug) ได้แก่ กลุ่มลดอาการปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งในกลุ่มการรักษานี้เป็นการรักษาตามอาการ ซึ่งอาจพบผลข้างเคียงจากการใช้ยาเล็กน้อย อาทิเช่น การแพ้ยา ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร เป็นต้น

2.2 ความวิตกกังวล (Anxiety)

ความหมายของความวิตกกังวล

ออซูเบล [Ausubel, 1968] กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า หมายถึง แนวโน้มของบุคคลที่จะตอบสนองต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่ทำให้เขาต้องสูญเสียความภูมิใจ ความวิตกกังวลต่างกับความกลัวธรรมดาคือ สิ่งที่มากระทำนั้นมักจะกระทำต่อความภูมิใจของบุคคล มากกว่าที่จะกระทำต่อร่างกายของบุคคลนั้นๆ

ฟรอยด์ [Freud.1978] ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะหนึ่งของอารมณ์ (Emotion) เกิดจากกระบวนการของการที่จิตใต้สำนึก การไม่ได้รับความพึงพอใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ ระหว่างการตอบสนองความต้องการของตนเองหรือมโนคติทีมีต่อตนเอง (Ego) กับสภาพความต้องการโดยธรรมชาติ (Id) ซึ่งเรียกความขัดแย้งนี้ว่า neurotic conflict

สปิลเบอร์เกอร์ [Spielberger 1966] กล่าวไว้ว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความมั่นคงของบุคคลที่ถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามอาจจะมีจริงหรืออาจจะเกิดจากการคาดคะเนเอาไว้ล่วงหน้า ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการประเมินที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้และกระบวนการคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งมักจะเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น เป็นต้น

วีณา อยู่ภู่ [11] ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกคุกคาม ไม่มีความมั่นคงหรือความปลอดภัย เกิดความกดดัน รู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย ไม่สบายใจ ความสนใจและการรับรู้ข้อมูลใหม่ลดลง ประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น รวมถึงประเมินจากการแสดงออก และภาษากาย เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย เสียง มือสั่น การหลบสายตา ถอนหายใจ พูดเร็วหรือช้ากว่าปกติ บ่งบอกถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งสอดคล้องกับ เกศินี คำเหลา[12] ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า ความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์หรือความไม่สบายใจ รู้สึกหวาดหวั่น กระวนกระวายใจต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ หรือสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น และคาดว่าจะเป็นอันตรายได้ อยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย หรือก่อให้เกิดผลร้าย บุคคลจะมีการแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าสวัสดิภาพและความมั่นคงของตนถูกคุกคาม โดยไม่ทราบสาเหตุว่าเหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นในอนาคตอย่างไร

ภาวะวิตกกังวล เป็นภาวะที่มีความรู้สึกว่ามีอันตรายและสิ่งคุกคามต่อตนเองร่วมกับอาการกระสับกระส่าย ตึงเครียด หัวใจเต้นเร็ว และหายใจขัด โดยมิได้เกิดจากสิ่งกระตุ้นชัดเจน[13]

กล่าวกันว่า Freud เป็นบุคคลแรกที่นำแนวคิดโรคประสาทวิตกกังวล (Anxiety neurosis) มาสู่วงการจิตเวช ความวิตกกังวลเป็นสัญญาณอันตรายที่บุคลแสดงออกให้เห็นเมื่อเผชิญกับภาวะ

ความเจ็บปวดทางกาย หรือเมื่อเผชิญภาวะอันตราย Anxiety เป็นคำใช้บรรยายความรู้สึกหวาดหวั่น วิตก กังวล อึดอัด ไม่สะดวกใจ ไม่แน่ใจ สถานที่แปลกใหม่ สิ่งที่ไม่รู้จัก หรือสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย[14]

ความวิตกกังวลในเชิงพุทธศาสนา[15] มีแนวคิดว่า ความวิตกกังวลที่เรียกว่า อุทธัจจะ (ความฟุ้งซ่าน ทำให้จิตไม่สงบ และไม่ตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์เดียว) และกุกกุจจะ (ความรำคาญใจที่ทำให้จิตใจหงุดหงิด และขุ่นมัว) เป็นกิเลส (mental defilement) หมายถึง สิ่งที่ทำให้จิตใจเศร้าหมอง และเร่าร้อน โดยกิเลสนั้นมีระเบียบวิธีที่จะกำจัดให้หมดไปได้เพียงชั่วคราว หรือโดยสิ้นเชิง อุทธัจจะ เป็นทั้งกิเลสอย่างกลาง และเป็นสังโยชน์อย่างหนึ่ง (กิเลสเป็นเครื่องร้อยรัดจิตใจให้ตกอยู่ในวัฏฏะหรือทุกข์ ทำให้ไม่สามารถสลัดหลุดออกมาได้) และยังจัดว่าเป็นสังโยชน์เบื้องสูงด้วย ดังนั้น อุทธัจจะ นอกจากทำให้จิตมนุษย์ขุ่นมัว เศร้าหมอง และฟุ้งซ่านแล้ว ยังทำให้มนุษย์นั้นติดอยู่ในสังสารวัฏแห่งความทุกข์อีกด้วย หากมองว่าอุทธัจจะเป็นกิเลสอย่างกลางแล้วนั้น กิเลสชนิดนี้สามารถละได้ด้วยสมาธิหรือสมถกรรมฐาน (concentration or meditation) ซึ่งเป็นความหลุดพ้นจากกิเลสด้วยการระงับหรือข่มไว้(suppression) ด้วยสมาธิ แต่หากมองว่าอุทธัจจะ เป็นสังโยชน์อย่างหนึ่ง ซึ่งละเอียดอ่อนและทำลายได้ยาก จึงต้องอาศัยการเจริญวิปัสสนากรรมฐาน (insight meditation) เท่านั้น และผู้ที่จะทำลายสังโยชน์นี้ได้เด็ดขาด มีอยู่ประเภทเดียว คือพระอรหันต์ขีณาสพ (ผู้มีอาสวะสิ้นแล้ว หมายถึงพระอรหันต์ผู้หมดอาสวะแล้ว เพราะกำจัดอาสวะคือกิเลสที่อยู่ในใจได้แล้วอย่างสิ้นเชิงไม่กลับมาเกิดทำอันตรายจิตได้อีก)[16] ส่วนกุกกุจจะ ที่ทำให้เกิดความรำคาญใจ และเป็นความวิตกกังวล (anxiety) ในลักษณะหนึ่ง สามารถขจัดได้ด้วยพลังของสมาธิหรือสมถกรรมฐาน แต่เป็นการระงับหรือการข่มไว้เพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ส่วนวิปัสสนากรรมฐานสามารถทำลายกุกกุจจะได้ และผู้ที่ทำลายกุกกุจจะได้โดยสิ้นเชิงต้องเป็นอริยบุคคลขั้นพระอนาคามี ดังนั้นความวิตกกังวลตามแนวคิดพุทธศาสนากับจิตวิทยาตะวันตกจึงมีความคล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างอย่างหนึ่ง คือ คำสอนทางพุทธศาสนามีระเบียบวิธี ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ที่นำไปสู่การทำลายความวิตกกังวลได้โดยสิ้นเชิง ขณะที่จิตวิทยาตะวันตกยังไม่มีวิธีการเช่นนี้มีเพียงแต่การบรรยายถึงสภาวะของจิตแต่ละชนิด

จากหลากหลายแนวทัศนะดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล คือ ภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกไม่สบายใจ เกิดความตึงเครียด ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจมีการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ได้ อาจเป็นผลมาจากการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ทำให้ความเชื่อมั่นลดลง

ความวิตกกังวลเป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มของโรคประสาทชนิดหนึ่ง จะมีอาการวิตกกังวลเป็นอาการสำคัญ และจะมีอาการทางกายหลายอย่าง เช่น ใจสั่น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ โดยไม่มีอาการทางกายและทางจิตอื่นๆ อาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว หรือเกิดเป็นประจำ เป็นระยะเวลานานก็ได้ ความวิตกกังวล มักแผ่กระจายโดยทั่วไป และอาจมีอาการอื่นๆ เช่น ย้ำคิดย้ำทำร่วมด้วยก็ได้

พบได้ 5% ในเกณฑ์อายุประมาณ 20-35 ปี ซึ่งสามารถพบในหญิงมากกว่าชาย และพบทุกระดับความรู้ [17]

ความวิตกกังวลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันที่คอยเตือนคนถึงเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย แต่หากมีความวิตกกังวลมากเกินไป ก็อาจรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ในครอบครัว กิจกรรมต่างๆ การทำงาน สังคม รวมถึงกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ได้

ประเภทของความวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลโดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. Signal anxiety เป็นภาวะความวิตกกังวลที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่คาดคะเนได้ ซึ่งเป็นภาวะความวิตกกังวลที่มีเหตุมีผล เป็นความวิตกกังวลมีเหตุกระตุ้น

2. Anxiety trait เป็นภาวะวิตกกังวลที่แฝงอยู่ในบุคลิกภาพ สามารถสังเกตเห็นได้จากการแสดงออกทางพฤติกรรม การแสดงออกของอารมณ์ และการแสดงออกทางสรีระคือ จะมีลักษณะเดินเร็ว พูดเร็ว เป็นคนตื่นเต้นเสมอ เร่าร้อน ไม่อยู่นิ่ง

3. Anxiety State เป็นภาวะความวิตกกังวลที่บุคคลมีในขณะการเผชิญภาวะเครียด ทำให้บุคคลสูญเสียการควบคุมอารมณ์

4. Free-floating Anxiety เป็นภาวะความวิตกกังวลที่บุคคลบางคนมีอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัวมากจนไม่มีความสุข มีพฤติกรรมการเลี่ยงที่เกิดจากความกลัว (phobic behavior)

สาเหตุของความวิตกกังวล

พบว่าเกิดได้หลายสาเหตุ

1. ลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย เกิดขึ้นได้ง่ายเมื่อมีเรื่องเครียด อาจเกิดจากกรรมพันธุ์หรือบุคลิกภาพของผู้ป่วยเอง

2. สาเหตุทางจิตใจ เนื่องจากความเครียดในชีวิตประจำวันต่างๆ เช่น ปัญหาหน้าที่การงาน ปัญหาครอบครัว และปัญหาจากสิ่งแวดล้อม สังคม อาทิเช่น ปัญหารถติด การจราจร เป็นต้น

3. สาเหตุทางร่ายกายอ่อนเพลีย เนื่องจากทำงานหนักมาเป็นเวลานาน หรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ทำให้อ่อนแอ อ่อนไหวง่าย มาเป็นตัวของตัวเอง ทำให้ควบคุมอารมณ์ไม่ดี บางรายอาจเกิดจากอุบัติเหตุที่ศีรษะ เซลล์สมองถูกกระทบกระเทือน และระบบประสาทอัตโนมัติสำหรับการควบคุมเสียไป

อาการเมื่อเกิดความวิตกกังวลตามการแบ่งของฟรอยด์[18]

1. Reality Anxiety หมายถึง ความวิตกกังวลและความหวาดกลัวต่อสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีอยู่รอบตัว ซึ่งเป็นความกังวลส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในมนุษย์

2. Neurotic Anxiety หมายถึง ความวิตกกังวล และหวาดกลัวว่าตนเองจะไม่สามารถคุมสถานการณ์ได้ จะทำสิ่งที่น่าอับอายขายหน้า จะถูกประจาน ประณาม และถูกลงโทษ

3. Moral Anxiety หมายถึง ความวิตกกังวล และหวาดกลัวที่เกิดจากความสำนึกผิดชอบชั่วดีความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้เป็นปรกติเมื่อเจอสถานการณ์กระตุ้น แต่จะจัดเป็นความผิดปรกติต่อเมื่อ ความวิตกกังวลนั้น มีระดับที่รุนแรง หรือมากเกินกว่าจะอธิบายได้ด้วยความเครียดที่มากระตุ้น หรือความวิตกกังวลยังคงอยู่แม้สิ่งกระตุ้นจะหมดไปแล้ว หรือความวิตกกังวลที่ประสบอยู่นั้นมีมากจนรบกวนกิจวัตรประจำวันและหน้าที่การงานต่างๆ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลในฐานะเป็นความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก(Anxiety as an Unconscious Conflict)[19]

จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ เชื่อว่าความวิตกกังวลนั้นเป็นผลของความขัดแย้งในจิตไร้สำนึกระหว่างพลังงานกระทบของ Id ส่วนใหญ่ได้แก่ แรงขับทางเพศ และความก้าวร้าว กับการควบคุมของ Ego และ Superego พลังกระทบของ Id หลายอย่างอาจทำให้เกิดการคุกคามต่อคนเราเพราะอาจขัดแย้งกับค่านิยมของคนหรือบรรทัดฐานที่สังคมวางไว้ ความวิตกกังวลแบบนี้พอจะแยกออกได้เป็น

1. Signal anxiety ความวิตกกังวลในแนวคิดนี้มีหน้าที่เป็นสัญญาณ เพื่อเตือนให้รู้ว่า Ego กำลังถูกคุกคามจากแรงขับสัญญาณ หรือ Id ดังนั้นเมื่อใดก็ตามที่การตอบสนองความพึงพอใจของ Id ไม่เป็นที่ยอมรับโดย Ego ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้น และมนุษย์เรามักจะหาหนทางในการจัดการกับความรู้สึกเช่นนี้โดยใช้กลวิธานทางจิต (defense mechanisms) ชนิดต่างๆ

2. Separation anxiety เป็นความวิตกกังวลที่เกี่ยวเนื่องกับความกลัวจะถูกทอดทิ้งหรือสูญเสียบุคคลที่ตนเองต้องการ สามารถพบได้บ่อยในเด็กที่ยังต้องการพึ่งพาอาศัยพ่อแม่ หรือบุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

3. Castration anxiety เป็นความวิตกกังวลในผู้ชาย อาจพบหรือมีสาเหตุจากความกลัวว่าอวัยวะเพศจะถูกตัดออกไป ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปมปิตุมาต (Oedipus complex) ที่ยังคงหลงเหลืออยู่ ความวิตกกังวลนี้มักจะแสดงออกมาในรูปแบบของความกลัวว่าร่างกายจะถูกทำลาย อวัยวะบางส่วนอาจถูกตัดออกไป หรือความสามารถของตนถูกทำให้ด้อยลง

4. Superego anxiety เกิดความขัดแย้งระหว่าง superego กับ Id มโนธรรมหรือความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ต้องการให้มีการลงโทษ นอกจากความวิตกกังวลแล้ว ผลที่ตามมาที่สำคัญอย่างหนึ่งคือความสำนึกผิด

5. Id หรือ Impulse anxiety ในบางครั้งที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างสุดขีด หรืออาการตื่นตระหนกออกมา รู้สึกว่าตนไม่สามารถควบคุมแรงผลักดันภายในบางอย่างได้ อยากแสดงพฤติกรรมที่ไร้เหตุผล หรือบ้าๆบอๆออกมา

กลวิธานในการป้องกันตนเองตามทฤษฎีบุคลิกภาพของ Freud[20]

Freud เชื่อว่ากลวิธานในการป้องกันตนเองนั้นเป็นกลวิธีทั้งหมดที่ Ego ใช้ให้เป็นประโยชน์เมื่อต้องตกในสภาวะที่เกิดความขัดแย้งใจ ความคับข้องใจ ความวิตกกังวล ความตึงเครียด กลวิธานการป้องกันตัว เป็นลักษณะของการตอบสนองที่ค่อนข้างคงที่ ทำให้บุคคลรับรู้ผิดพลาดไปจากความเป็นจริง เนื่องจากไม่มีความสามารถหรือทักษะ แรงจูงใจที่เพียงพอสำหรับการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากภายใน หรือความขัดแย้งที่เกิดจากการถูกคุกคามความปลอดภัยจากภายนอก โดยที่บุคคลจะสร้างกลวิธานในการป้องกันตนเองขึ้นมานั้นเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ ได้แก่ บุคคลมีความวิตกกังวลสูงมากในเรื่องหนึ่งเรื่องใด และ Ego จะหาวิธีลดหรือแก้ไขไม่ได้ด้วยวิธีการที่มีเหตุผล และ Ego ไม่สามารถประนีประนอมแรงขับระหว่างความต้องการของ Id และแรงหักห้ามของ Superego ได้ Ego จึงตกอยู่ในสภาวะตึงเครียด จำเป็นต้องหาวิธีการลดความตึงเครียด

ความวิตกกังวลกับการใช้กลวิธานในการป้องกันตน คือ เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น วิธีการหนึ่งที่จะใช้เพื่อลดความวิตกกังวล และทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพสมดุล Freud เชื่อว่าเรื่องความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการที่ไม่ได้รับความพึงพอใจ มีความรู้สึกว่าตนเองไม่ปลอดภัย จะได้รับอันตรายจากสิ่งที่อยู่รอบตัวซึ่ง Freud เชื่อว่าความวิตกกังวลนั้นเป็นผลมาจากการที่ Ego ไม่สามารถทำหน้าที่ประนีประนอม Id และ Superego ได้อย่างเหมาะสม จะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล ความขับข้องใจ

แบ่งประเภทของความวิตกกังวลได้ เป็น

1. ความวิตกกังวลต่อสิ่งที่เป็นจริง (objective anxiety or reality anxiety) เป็นความวิตกกังวลอันเกิดจากความกลัวอันตรายจากภายนอกที่เผชิญอยู่จริง

2. ความวิตกกังวลแบบโรคประสาท (neurotic anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีสาเหตุทำให้บุคคลแสดงอาการบางอย่างออกมา เนื่องจากกลัวการถูกลงโทษที่ไม่สามารถควบคุมพลังของสัญชาตญาณไว้ได้

3. ความวิตกกังวลในเชิงศีลธรรม (moral anxiety) เป็นความวิตกกังวลเมื่อเกิดขึ้นแล้วและไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ เป็นความวิตกกังวลที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง บุคคลจะลดตัวลงมาสู่สภาวะเหมือนทารกที่ช่วยตนเองไม่ได้ เมื่อ Ego ไม่สามารถต่อสู้กับ

ความวิตกกังวล โดยวิธีการอันมีเหตุผลก็ต้องจำเป็นถอยกลับไปใช้วิธีการอันไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เรียกว่า กลไกการป้องกันตน

ความคับข้องใจ (frustration)

เมื่อบุคคลมีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้น บุคคลจะมีความรู้สึกคับข้องใจ และมีความวิตกกังวล (anxiety) จึงพยายามหาวิธีลดความคับข้องใจโดยใช้กลวิธานการป้องกันตนเอง (defense mechanism) ความคับข้องใจเมื่อพิจารณาตามที่มา คือ จากภายนอกและภายในร่างกายของแต่ละบุคคลนั้น มีสาเหตุมาจาก 3 ประการ ได้แก่

1.ความขาดแคลน (privations)

1.1 ความขาดแคลนจากภายนอก (external privation) เป็นสถานการณ์ของความคับข้องใจที่เกิดจากความต้องการ (needs) อยากได้ในสิ่งที่ปกติแล้วจะสามารถหาได้จากโลกภายนอก แต่ในขณะนี้กลับพบว่าไม่มีสิ่งที่ต้องการอยู่ เช่น คนหิว แต่พบว่าไม่มีอาหารตามที่ตนเองต้องการ เป็นต้น

1.2 ความขาดแคลนจากภายใน (internal privation) เป็นสถานการณ์ของความคับข้องใจที่เกิดขึ้นจากบุคคลนั้นขาดแคลนบางสิ่งบางอย่าง ที่ควรจะมีในตนเองไป เช่น ชายคนหนึ่งรู้สึกว่าตนเองไม่มีเสน่ห์เพียงพอที่จะสร้างความพึงพอใจให้เกิดกับเพื่อนหญิงของเขาได้ เป็นต้น

2. ความสูญเสีย (deprivations)

2.1 ความสูญเสียจากภายนอก (external deprivations) เป็นสถานการณ์ของความคับข้องใจที่เกิดจากการสูญเสียสิ่งของบางอย่าง หรือการตายจากไปของบุคคลที่มีความผูกพันกันมาก่อน เช่น สามีสูญเสียภรรยาสุดที่รักได้ตายจากไป หรือบ้านที่เคยอยู่อาศัยมานานหลายปีถูกไฟไหม้ไป เป็นต้น

2.2 ความสูญเสียจากภายใน (internal deprivations) เป็นสถานการณ์ของความคับข้องใจที่เกิดจากการสูญเสียที่ไม่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม แต่บุคคลถือว่าสิ่งที่สูญเสียไปนั้น เมื่อก่อนเคยมีอยู่และไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเคยชินกับสภาพเช่นนั้นได้ เช่น เคยไว้ผมยาวแต่ต้องตัดผมทิ้งไป ทำให้รู้สึกสูญเสียจุดเด่นในตัวไป เป็นต้น

3. ความขัดแย้ง (conflicts)

3.1 ความขัดแย้งจากภายนอก (external conflicts) เป็นสถานการณ์ของความคับข้องใจที่เกิดจากความพิการทางร่างกายของตน และความพิการนั้นได้ขัดขวางพฤติกรรมตนเอง

3.2 ความขัดแย้งจากภายใน (internal conflicts) เป็นสถานการณ์ของความคับข้องใจอันเนื่องมาจากการยึดมั่นในคุณงามความดี ซึ่งเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้พบบุคคลประสบความสำเร็จที่นำไปสู่ความพึงพอใจของตนเอง

ความขัดแย้งอันทำให้บุคคลต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมรอบตัว ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล สิ่งของ และเหตุการณ์ สิ่งที่ดึงดูดใจย่อมทำให้เราอยากเข้าหาและเลือกสิ่งนั้น สิ่งใดที่ไม่มีความดึงดูดใจหรือไม่ว่าสิ่งใดหรือสถานการณ์ใดนั้น มิได้ขึ้นอยู่กับสิ่งนั้นหรือสถานการณ์นั้นๆ แต่เกิดจากความรู้สึกและเจตคติของตนเองที่มีต่อสิ่งนั้นๆ ความขัดแย้งมี 3 ประเภท ได้แก่

1. ความขัดแย้งชนิดบวก-บวก (approach-approach conflict) เกิดขึ้นเมื่อสถานการณ์หรือเป้าหมายหลายๆอย่างดึงดูดใจพร้อมๆกัน แต่เราจำเป็นต้องเลือกอันใดอันหนึ่ง

2. ความขัดแย้งชนิดลบ-ลบ (avoidance-avoidance conflict) เกิดขึ้นเมื่อสถานการณ์หรือเป้าหมายทั้งสองอย่างไม่ดึงดูดใจ และต้องการหลบหลีก แต่จำเป็นต้องตัดสินใจเลือกอันใดอันหนึ่ง

3. ความขัดแย้งชนิดบวก-ลบ (approach-avoidance conflict) เกิดขึ้นจากสถานการณ์หรือเป้าหมายเดียวกัน ซึ่งมีแรงดึงดูดใจเข้าหากัน และแรงผลักดันให้หลีกเลี่ยงในเวลาเดียวกัน

กลวิธานการป้องกันตนเอง มี 2 ชนิด ได้แก่

1. กลวิธานในการพัฒนาบุคลิกภาพ บุคลิกภาพพัฒนาเนื่องมาจากการตอบสนองความเครียดที่เกิดจากกระบวนการเจริญเติบโตของร่างกาย ความคับข้องใจ ความขัดแย้งใจ และความหวาดหวั่น (threats) เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจึงแสวงหาวิธีการลดความเครียด ทำให้บุคลิกภาพเกิดการพัฒนาวิธีการที่บุคคลเรียนรู้ ได้แก่ การเลียนแบบ (identification) การทดเทิด (sublimation) การย้ายแหล่งทดแทน (displacement)

2. กลวิธานในการป้องกันตนเองของ Ego บุคคลจะสร้างกลไกป้องกันตนเองขึ้นเมื่อไม่สามารถคลี่คลายความวิตกกังวลที่กำลังคุกคามได้ กลไกการป้องกันตนเองที่สำคัญ มี 5 ชนิด ได้แก่ การเก็บกด (repression) การตรึงแน่น (fixation) การกล่าวโทษผู้อื่น (projection) การถดถอย (regression) และการแสดงปฏิกิริยาตรงข้าม (reaction formation)

2.3 ความซึมเศร้า (Depression)

ความหมายของความซึมเศร้า

Gotlib ได้กล่าวถึงอารมณ์เศร้าว่า เป็นอารมณ์ด้านลบซึ่งในทางจิตวิทยาถือว่าเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น เป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไป ทุกเพศ ทุกวัย เมื่อเกิดการเผชิญกับการสูญเสีย การพลาดในสิ่งที่คาดหวัง การถูกปฏิเสธ และมักจะเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง หรือความรู้สึกอึดอัดทรมานได้

ภาวะซึมเศร้า คือ อาการเศร้าที่มากเกินควรและนานเกินไป อาการไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากตาย พบบ่อยว่ามีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน กิจวัตรประจำวันและการสังคมทั่วไป (Stifanis 2002)[21] เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากภาวะจิตใจที่

หม่นหมอง เศร้า หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย แสดงออกได้ทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และร่างกาย เป็นระยะเวลานานเกิน 2 เดือน [22]

ภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความคิด และทุกๆส่วนของร่างกาย โดยส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร การเข้าสังคม รวมถึงความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองและสิ่งต่างๆรอบตัว[23]

โดยสรุปกล่าวได้ว่าความซึมเศร้าหมายถึง เป็นภาวะจิตใจหม่นหมอง เศร้า หดหู่ รู้สึกด้อยค่า มองโลกในแง่ร้าย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ร่างกายและการใช้ชีวิตประจำวัน

ประเภทของความซึมเศร้า

1. อาการซึมเศร้าชั่วครั้งชั่วคราว มีอาการเฉพาะคือ มีอารมณ์เศร้าเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรง อันทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอารมณ์ที่เกิดขึ้น อาการเบื่อหน่าย ไม่ว่องไวหรือกระฉับกระเฉง ซึ่งเกิดผลทางอารมณ์ ทำให้ความสนุกสนาน ครื้นเครง ความสนใจและสมาธิลดลง รู้สึกเหนื่อยง่ายหลังออกแรงเพียงเล็กน้อย พบการนอนหลับผิดปกติบ่อย ไม่อยากกินอาหาร ความมั่นใจความภาคภูมิใจลดลง อาจพบได้แม้แต่ในอารมณ์เศร้าเล็กน้อย รู้สึกผิด หรือตัวเองไม่มีค่า อาการเปลี่ยนแปลงได้ทุกวัน

2. อาการซึมเศร้าซ้ำ มีอาการเฉพาะคือ มีการกลับมาเป็นซ้ำของอารมณ์เศร้า พบอาการซึมเศร้าชั่วครั้งชั่วคราว โดยไม่มีอารมณ์ร่าเริง และขยัน(บ้าครั่ง) ร่วมด้วย อาจอาจจะมีอารมณ์ดีเล็กน้อย และว่องไวเป็นระยะสั้นๆ เกิดขึ้นทันทีภายหลังระยะอารมณ์เศร้าชั่วครั้งชั่วคราว

3. โรคอารมณ์แกว่งไกวชนิดถาวร

ระดับของภาวะซึมเศร้า

1. ภาวะซึมเศร้าชั่วคราว (transient depression) คือ อาการซึมเศร้าที่ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติ แต่มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่

ด้านอารมณ์ จะมีความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ หม่นหมอง

ด้านพฤติกรรม อาจมีการร้องไห้

ด้านการรับรู้ อาจมีความยากลำบากที่จะไม่คิดถึงเรื่องที่ทำให้รู้สึกผิดหวัง

ด้านร่างกาย อาจรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลียง่าย

2. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเศร้าโศกเสียใจตามปกติ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้แก่

ด้านอารมณ์ มักจะปฏิเสธความรู้สึกโกรธ วิตกกังวล มีความรู้สึกผิด ท้อแท้ สิ้นหวัง เศร้าโศก

ด้านพฤติกรรม อาจพบอาการร้องไห้ มีภาวะถดถอย อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย ถอยหนี

ด้านการรับรู้ มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับการสูญเสีย ตำหนิตนเองและผู้อื่น มีความคิดสับสน

ด้านร่างกาย พบอาการเบื่ออาหารหรืออาจทานมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากเกินปกติ ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก หรืออาจมีอาการอื่นๆ ที่แสดงออกทางกายมักเกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

3. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) คือ ภาวะซึมเศร้าที่แสดงถึงปัญหาและความผิดปกติมากขึ้น จะมีอาการเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าชนิด dysthymic ได้แก่

ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ หมดความสามารถ สิ้นหวัง ท้อแท้ มองโลกมืดมน ความรู้สึกนับถือตนเองต่ำลง ความรู้สึกสนุกหรือความสนใจต่อการทำกิจกรรมต่างๆลดลง

ด้านพฤติกรรม มีการเคลื่อนไหวเชื่องช้า ห่อเหี่ยว พูดช้า พูดน้อยลง มักจะพูดเกี่ยวกับความล้มเหลวของชีวิตตนเอง หมกมุ่นอยู่กับตนเอง หลีกหนีสังคม ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง สนใจการแต่งกายหรือความสวยงามน้อยลง และอาจพบพฤติกรรมการทำร้ายตนเองได้

ด้านการรับรู้ มีความคิดเชื่องช้าลง ขาดสมาธิ คิดวนเวียนซ้ำซากโดยเฉพาะความคิดในแง่ร้าย อาจมีความคิดอยากตายหรือทำร้ายตนเอง

ด้านร่างกาย มีอาการเบื่ออาหารหรืออาจทานมากกว่าปกติ นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่าปกติ หรือมีความผิดปกติของการนอนแบบอื่นๆ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ ปวดท้อง หมดแรง อ่อนเพลีย เซื่องซึม

4.ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) มีอาการของภาวะซึมเศร้าปานกลางแต่อยู่ในระดับมากกว่าเข้าขั้นเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depression) และโรคซึมเศร้าไบโพลาร์ (bipolar depression) ลักษณะอาการได้แก่

ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า นิ่งเฉยเหมือนไร้ซึ่งอารมณ์ รู้สึกว่างเปล่า เซื่องซึม เหงาหงอย ไม่มีความสุขหรือสดชื่น

ด้านพฤติกรรม การเคลื่อนไหวมีความเชื่องช้าจนบางครั้งอยู่นิ่งเฉยนาน แต่บางครั้งจะแสดงออกในรูปแบบของอาการกระวนกระวาย เคลื่อนไหวแบบไร้จุดหมาย

อาการ

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อาจพบ สีหน้าเศร้าหมอง โต้ตอบได้ช้าลง อ่อนไหวหรือสะเทือนใจง่าย การนอนหลับไม่ปกติอาจพบอาการตื่นบ่อยหรือตื่นเช้ากว่าปกติ นอนหลับได้น้อย เบื่ออาหารหรือความอยากอาหารลดลง น้ำหนักตัวลดลง เคลื่อนไหวเชื่องช้า ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายแม้จะใช้แรงเพียงเล็กน้อย พละกำลังลดลง มักพบอาการปวดตามระบบอวัยวะต่างๆ เช่น ปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อหรือปวดท้อง เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ มีความหดหู่ เบื่อหน่ายไม่มีชีวิตชีวา สิ้นหวัง รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า รู้สึกว่าตัวเองมีความผิด คิดช้า สมาธิเสีย ความจำลดลง ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ขาดความสนใจ ความสนุกสนาน คามพึงพอใจ และอารมณ์ที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์แวดล้อมหรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ และความสนุกสนานมาก่อน อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล เสียงานหรือทำได้ไม่ดีเท่าเดิม มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรืออาจมีประสาทหลอนร่วมด้วย

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น พฤติกรรมการแยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รวมถึงการดูแลตัวเอง เป็นต้น

การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

1. ด้านร่างกาย

- ให้การช่วยเหลือในการจัดการกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลตัวเอง การรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ถูกสุขอนามัย
- กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อผ่อนคลาย
- ดูแลเรื่องการนอนหลับพักผ่อน หรืออาจให้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์
- การประเมินท่าทีของการฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเอง

2. ด้านจิตใจและอารมณ์

- เข้าใจ เปิดโอกาสและส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้พูดระบายความรู้สึก โดยรับฟังอย่างสงบและเป็นกำลังใจให้อย่างเหมาะสม
- เคารพและให้เกียรติโดยการยอมรับในปัญหาและให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจ
- ให้แรงเสริมโดยการพูดชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพูดถึงตนเองในด้านดี
- ในการพูดคุยเพื่อให้ความช่วยเหลือ ผู้ช่วยเหลือจะต้องแสดงท่าทีเป็นมิตร ใจเย็น ไม่เร่งรีบที่จะให้มีการตอบคำถาม ควรให้เวลากับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพราะมักคิดและพูดช้า
- หากมีอาการหลงผิดร่วมด้วย ผู้ช่วยเหลือควรเฝ้าระวังเรื่องพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง

3. ด้านสังคม

- กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเริ่มจากกลุ่มสังคมเล็กๆ ก่อน เพื่อให้เกิดการปรับตัวและเรียนรู้
- ส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ลดเวลาหมกมุ่นกับตนเอง โดยการจัดเวลาทำกิจกรรมและกระตุ้นให้ทำตาม

- ส่งเสริมการทำกิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์หรือกิจกรรมทางศาสนา หรือการเป็นจิตอาสาช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม เป็นต้น
- ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสังคม เช่น ความเป็นตัวของตัวเอง การสร้างสัมพันธภาพ
- สนับสนุนให้บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อนสนิทช่วยเหลือประคับประคองให้ระยะแรกที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง จนกว่าจะทุเลาลงแล้วค่อยฝึกให้พึ่งพาตนเองมากขึ้น

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความซึมเศร้า

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)[24]

ได้กล่าวถึงปัจจัยภายในจิตใจหรือพลวัตทางจิต (Intrapsychic or psychodynamic factors) เกี่ยวกับโรค/ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจและแรงขับดันในจิตไร้สำนึก ประสบการณ์วัยเด็กและพัฒนาการด้านจิตใจ

Sigmund Freud อธิบายเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียตามปกติ ว่าผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรง สูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเองอย่างมาก ทำให้มีการตำหนิหรือโทษตัวเองอย่างรุนแรง และมีความรู้สึกผิด มีการตำหนิตัวเองอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกโกรธที่หันเข้าหาตนเอง เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยการสูญเสียอาจเกิดขึ้นจริงหรือไม่จริงก็ได้ เนื่องจากบุคคลที่สูญเสียจะรู้สึกว่าบุคคลที่จากไปทอดทิ้งเขาด้วย จึงมีทั้งความรู้สึกรักและเกลียด (love and hate) เมื่อเกิดความสูญเสียและพยายามทดแทนการสูญเสียด้วยการนำภาพผู้ที่เสียชีวิตเข้ามาไว้ในใจตัวเอง ความรู้สึกเกลียดชังและความรู้สึกโกรธจึงหันเข้าหาตนเอง เกิดการลงโทษโดยการตำหนิตนเอง (self-reproach) ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา

Melanie Klein ได้อธิบายเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเกิดจากปัญหาพัฒนาการและความสัมพันธ์ของทารกกับมารดาในช่วงขวบปีแรก ไม่สามารถผ่านพ้นพัฒนาการทางด้านจิตใจในช่วงระยะซึมเศร้าไปได้ ตามทฤษฎีความสัมพันธ์กับบุคคล ในช่วง 6 เดือนแรกของชีวิต เรียกว่าช่วงหวาดระแวงและแบ่งแยก (paranoid-schizoid position) ทารกประสบปัญหากับแรงขับดันต่างๆที่ก้าวร้าวและน่ากลัว และจะโยนความก้าวร้าว (project of aggression and sadism) นี้ไปให้กับมารดา ทำให้เกิดความหวาดกลัวตามมาว่ามารดาที่น่ากลัวจะกลับมาทำร้ายตนเอง จึงมีการแยกส่วนมารดาที่เลวร้ายและน่ากลัว กับมารดาที่ดีคอยโอบอุ้มทะนุถนอม เพื่อให้คงส่วนที่ดีของมารดาไว้ได้ เมื่อเข้าสู่ระยะ 6 เดือนหลังของขวบปีแรกทารกจะเกิดการเรียนรู้ว่ามารดาที่น่ากลัวกับมารดาที่ทะนุถนอมแท้จริงแล้วเป็นบุคคลเดียวกัน ทารกจะเกิดความรู้สึกกลัวว่าความก้าวร้าวของตนจะไปทำร้ายมารดา ทำให้เกิดความรู้สึกผิดและอารมณ์เศร้าตามมา เรียกว่าช่วงระยะซึมเศร้า (depressive

position) หากมารดาดูแลทารกอย่างอบอุ่นและต่อเนื่อง ทารกจะเข้าใจความเป็นจริงว่าหากแม้มารดาจะไม่ได้ตอบสนองตนเองอย่างที่ต้องการแต่ก็ไม่ได้ละทิ้งตน ทารกจะเลิกใช้กลไกทางจิตแบบโยนหรือโทษความผิด (withdrawal of projection) รู้จักที่จะระงับแรงขับดันของความก้าวร้าว ความรู้สึกผิดและอารมณ์เศร้าจะลดลง ทำให้สามารถผ่านพ้นระยะซึมเศร้าไปได้

Edith Jacobson อธิบายไว้ว่าอาการของโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดการยอมรับและการตอบสนองทางอารมณ์จากบิดามารดาในวัยเด็ก ทำให้เกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายและความรู้สึกโกรธก้าวร้าวต่อบิดามารดา และยังทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าอัตตาของตนเองนั้นเลว อัตตาหรืออีโก้จะตกเป็นเหยื่อของคุณธรรมศีลธรรมที่รุนแรงก้าวร้าว ทำให้รู้สึกว่าตนเองแย่ ตำหนิตนเองเกิดความรู้สึกผิดรุนแรง และรู้สึกไร้ค่านำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งตรงกับทฤษฎีจิตวิทยาตนเอง (self –esteem) ของ Heinz Kohut ได้กล่าวไว้ว่า การพัฒนาความเป็นตัวตนหรืออัตตา (self) เกิดจากการที่เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมจากบิดามารดา ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการพัฒนาตนเองและความมั่นคงของตัวตนทำให้มีจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง อาการที่เกิดจากการที่เด็กขาดการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมจากบิดามารดา ทำให้ไม่สามารถพัฒนาความเป็นตัวตนหรืออัตตาได้อย่างสมบูรณ์ เกิดความเปราะบางของตัวตน กลายเป็นคนขาดความภูมิใจในตนเอง และไม่สามารถทนรับแรงกระทบกระเทือนจิตใจ ความเป็นตัวตนและอัตตาแตกสลายได้ง่าย ทำให้รู้สึกหมดคุณค่าในตัวเอง ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าขึ้น

นักจิตวิเคราะห์หลายท่านพบว่า การที่เด็กขาดความสัมพันธ์กับบิดามารดาในช่วงระยะแรกมีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า

ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive factors)

Aaron T. Beck (1979) กล่าวว่า มุมมองของบุคคลที่มีต่อตนเองและที่มีต่อโลกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก Beck กล่าวถึงทฤษฎีทางความคิดของโรคซึมเศร้าไว้ว่าอาการของโรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากกระบวนการคิดและความคิดที่บิดเบือน และพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองความคิดทางด้านลบ 3 ด้าน ได้แก่ มุมมองด้านลบต่อตนเอง (negative view of self) มุมมองด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว (negative view of world or experience) และมุมมองด้านลบต่ออนาคต (negative view of future) นอกจากจะมีความคิดแง่ลบแล้วยังมีลักษณะการคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า (depressogetic thinking) ด้วย จะมองเหตุการณ์ในชีวิตในแง่ร้ายทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้ หมดหวัง โดยทฤษฎีนี้มีหลักว่า หากคนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ (cognitive triad) ได้แก่มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพและความภาคภูมิใจ เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม และมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งจะนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality organization theory)

Ariety และ Bemporad ได้กล่าวถึงลักษณะบุคลิกภาพ 3 แบบ ที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่มีความนับถือในตนเองได้แต่จะขึ้นอยู่กับผู้อื่นในลักษณะที่เหมือนมีผู้บงการชีวิต (dominant other) โดยพบว่ามักจะเป็นคู่สมรส หรือบิดามารดา และยังอาจจะรวมถึงอุดมคติของผู้ป่วยหรือองค์กร อาการของโรคซึมเศร้ามักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าผู้บงการชีวิตไม่ได้ตอบสนองอย่างที่ตนเองได้คาดหวังไว้ และยังขาดความยืดหยุ่นในการคิด จะรู้สึกไร้ค่า ไร้ความสามารถ ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า การถูกครอบงำโดยเป้าหมาย (dominant gold) คือการที่บุคคลตั้งเป้าหมายหรือแผนการชีวิตที่อยู่นอกเหนือความเป็นจริงสำหรับตนเอง แล้วไม่สามารถที่จะบรรลุเป้าหมายนั้นได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และบุคลิกภาพลักษณะที่รู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาเนื่องจากผู้ป่วยจะหักห้ามความรู้สึกอิ่มเอมใจและความรู้สึกพึงพอใจไม่ว่าจะเกิดจากสิ่งใดก็ตามและจะรู้สึกถึงความว่างเปล่าในจิตใจ และมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี ระแวดระวังผู้อื่นสูง

บุคลิกภาพผิดปกติบางอย่างนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า เช่น บุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder) ซึ่งเป็นความต้องการแบบสมบูรณ์แบบ คาดหวังในตนเองสูง ลักษณะบุคลิกภาพที่ต้องการการพึ่งพิงอย่างมาก ได้แก่ บุคลิกภาพแบบพึ่งพิง (dependent personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติแบบเรียกร้องความสนใจ (histrionic personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเช่นกัน

2.4 ความปวด

ความหมายของความปวด ปวด ตรงกับ Pain ในภาษาอังกฤษ Poena ในภาษาลาติน และ Poine ในภาษากรีก ซึ่งตามสมาคมนานาชาติเพื่อศึกษาเรื่องความปวด (The International Association for the Study of Pain [IASP], 1979) ได้ให้ความหมายของความปวด (Pain) ไว้ว่า
“ Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage” ซึ่งศาสตราจารย์นายแพทย์สิระ บุยยะรัตเวช แปลเป็นภาษาไทยไว้ว่า “ความปวด คือ ประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบาย ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย หรือถูกบรรยายประหนึ่งว่ามีศักยะในการทำลายเนื้อเยื่อนั้น” ความปวดเกี่ยวข้องกับ มิติต่างๆ คือ ด้านร่างกาย (sensory dimension) ด้านอารมณ์จิตใจ (affective dimension) ด้านสติ ปัญญา (cognitive dimension) และด้านพฤติกรรม (behavioral dimension)ดังนั้นการประเมิน ความปวดจึงสามารถประเมินได้ตามมิติต่างๆ ข้างต้นได้ ความปวดจึงหมายถึง ประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบายที่บุคลกำลังประสบอยู่ที่

ตอบสนองต่อการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือเกิดการอักเสบและบุคคลที่ประสบความปวดเท่านั้นที่จะรับรู้

ปวด เป็นอาการความรู้สึกไม่สบาย เกิดจากมีการกระตุ้นประสาทรับความเจ็บปวด มักเกิดจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในบริเวณที่เกิดอาการปวด ระคายเคือง อักเสบ บาดเจ็บหรือถูกทำลายจากสาเหตุต่างๆ แต่หากกดลงตำแหน่งที่ปวด และรับรู้ว่าตำแหน่งนั้นปวด ใช้คำว่า เจ็บ (Tenderness) แทนคำว่าปวด[25]

จึงสรุปได้ว่า ความปวด คือ ความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่บุคคลกำลังประสบอยู่ถึงความไม่สุขสบายทั้งทางด้านความรู้สึก และอารมณ์ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายเนื้อเยื่อ หรือเมื่อเนื้อเยื่อมีโอกาสถูกทำลาย ซึ่งบุคคลเท่านั้นที่จะบอกได้ และยังคงอยู่ตลอดเท่าที่บุคคลนั้นๆบอกว่ามี ทั้งยังก่อให้เกิดอาการแสดงต่างๆทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ[26]

ปัจจุบันเชื่อว่าความรู้สึกตอบสนองต่อการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือเกิดการอักเสบมี 2 แบบ นำโดยเส้นประสาทต่างชนิดกัน ได้แก่

1. ความรู้สึกเจ็บ (epicritic pain) เป็นความรู้สึกสำคัญที่เกิดขึ้นรวดเร็ว หมดไปภายในระยะเวลาอันสั้น สามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจนและไม่มีการทำลายของเนื้อเยื่อ เป็นกลไกการป้องกันตัวไม่ให้เกิดอันตราย เหมือนมีเข็มมาแตะที่ผิวหนังหรือเหยียบของมีคม แต่ยังไม่ถูกบาด เป็นต้น ซึ่งความรู้สึกเจ็บนี้นำโดยใยประสาท Ad ซึ่งเป็น myelinated fiber มีความสามารถในการนำความรู้สึกได้ในอัตราเร็วประมาณ 6-30 เมตรต่อวินาที และมีต้นกำเนิดอยู่ที่ dorsal root ganglion (DRG) ของไขสันหลังซึ่งมันจะวิ่งเข้าไปใน dorsal horn และก้านสมอง เข้าไปประสานเส้นประสาท (Synapes) กับ secondary order neuron แล้วข้ามไปยังด้านตรงข้ามของไขสันหลังและก้านสมองขึ้นไปตาม neopinothalamic tract (NT) ไปยัง vential posterior nucleus ของ lateral thalamus จากนี้จะส่งการติดต่อไปยัง cerebral cortex เพื่อรับความรู้สึก แปลเป็น เจ็บ

2. ความรู้สึกปวด (protopathic pain) ความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้นหลังจากความรู้สึกเจ็บซึ่งอยู่คงนาน ความรู้สึกนี้นำโดย C-fiber ซึ่งเป็น unmyelinated fiber ที่มีขนาดเล็กมาก เป็นตัวนำความรู้สึกสำหรับความปวดที่สำคัญไปยังสมอง เมื่อวิ่งเข้าไปในไขสันหลังและก้านสมองแล้วจะ synapse กับ second order neuron แล้วขึ้นไปตาม paleospinothalamic tract (PT) ขึ้นไป medial thalamus แต่ในระหว่างทางจะมีการ synapse กับ reticular formation ในก้านสมอง ซึ่งจะเกี่ยวโยงกับเซลล์ของ limbic system และของระบบประสาทอัตโนมัติ ดังนั้นมักจะมีความรู้สึกแบบนี้มักจะมีอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ความรู้สึกทางอารมณ์ หัวใจเต้นแรง ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น เหงื่อออก เป็นต้น

ชนิดของความปวด[27] Protopathic pain ในทางคลินิกเรียก “clinic pain” แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท คือ

1. ความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความปวดที่เกิดขึ้นหลังจากเนื้อเยื่อถูกทำลายแบบเฉียบพลัน เช่น ความปวดหลังการผ่าตัด ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ความปวดอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ เป็นต้น

2. ความปวดเรื้อรัง (chronic pain) เป็นความปวดที่เป็นมานานกว่า 6 เดือน ซึ่งที่ได้มีความพยายามที่จะรักษาโดยทุกวิธีแล้วและในที่สุดแล้วความปวดชนิดนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (depression) เพราะได้รับความทุกข์ทรมานเนื่องจากเกิดความหมดหวังในชีวิตซึ่งแม้แต่ยา opioids ก็ไม่อาจรักษาให้หายปวดได้

มีลักษณะเด่นเฉพาะตัว ได้แก่

2.1 ไม่สามารถหายไปได้ด้วยตัวเอง ความปวดยังคงอยู่ต่อไป ทั้งที่แผลนั้นหายไปแล้ว

2.2 มักเกิดเนื่องจากการที่เส้นประสาทถูกทำลาย (nerve damage)

2.3 ไม่สามารถบอกสาเหตุและกลไกการเกิดได้แน่นอนหรือชัดเจน

2.4 ความปวดนั้นผิดปกติ เช่น ความปวดที่มีลักษณะคล้ายเข็มแทง ซึ่งเกิดขึ้นเองโดยไม่มีอะไรมากระตุ้น (sharp-shooting หรือlancinating pain) ความรู้สึกแปลกๆ บอกไม่ถูกได้ว่าเกิดจากสิ่งใดมากระตุ้น (dysesthesia) และความรู้สึกปวดมากเมื่อมีอะไรมากระตุ้นแม้เพียงเบาๆ (allodynia)

2.5 ไวพจน์ (synonym) ของความปวดมีหลายคำอาทิเช่น deafferentation pain, neuropathic pain และ intractable pain

ความปวดเรื้อรังที่พบได้บ่อย ได้แก่ causalgia, trigeminal neuralgia, phantom limb pain, myofascial pain, diabetic neuropathy, complex regional pain syndrome (CRPS), reflex sympathetic dystrophy (RSD) และ postherpetic neuralgia ที่เกิดจากโรคงูสวัด สามารถแบ่งความปวดเรื้อรังได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. Nociceptive chronic pain
2. Non-nociceptive chronic pain
3. Psychogenic chronic pain

3. Psychogenic pain เป็นความปวดที่เกิดจากความกระวนกระวายใจ ความซึมเศร้า และการกลัวความตาย เป็นความปวดที่ไม่มีสาเหตุทางกายภาพที่ชัดเจน เป็นความปวดที่เป็นความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง และเป็นความทุกข์ทรมานที่ต้องการจิตบำบัด (psychotherapy) ร่วมกับการใช้ยา

4. ความปวดจากมะเร็ง (Cancer pain) ถือได้ว่าเป็น recurrent acute pain เนื่องจากถึงแม้ว่าจะเป็นความปวดที่มีระยะเวลายาวนานหลายเดือน เป็นๆหายๆ แต่สาเหตุที่เกิดความปวดขึ้นเพราะมีการทำลายเนื้อเยื่อเป็นระยะ โดยก้อนมะเร็งลุกลามไปเซลล์ปกติอื่นๆ ดังนั้นความปวดชนิดนี้จึงทำให้มีการตอบสนองต่อฤทธิ์ของยาในกลุ่ม opioids ได้ดี องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้ใช้ morphine ในการบำบัดความปวดจากมะเร็ง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1986

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความปวด

สามารถอธิบายกลไกของความปวดได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) และทฤษฎีควบคุมภายใน (Endogenous pain control theory) สามารถอธิบายได้ดังนี้

ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) [28]

Melzack & Wall (1965) เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันในปัจจุบัน อธิบายกลไกการเกิดความปวดได้ โดยเน้นถึงการส่งสัญญาณประสาทเข้าจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยปรับสัญญาณในไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความปวดในระดับสมอง ซึ่งกลไกของกระแสประสาทเกิดขึ้นโดย

1. กลไกควบคุมในระดับไขสันหลัง ในส่วนนี้จะมีระบบของการควบคุมประตูการผ่านเข้าออกของกระแสประสาทอยู่ในระดับไขสันหลังที่บริเวณ substantia gelatinosa (SG) โดยกระแสประสาทที่ได้รับการกระตุ้นจากส่วนต่างๆ ของร่างกายผ่านมาทางเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A-beta) และเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (A-delta and C-fiber) จากสองเส้นใยประสาทนี้จะไปประสานกับเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งต่อกระแสประสาทส่วนปลายหรือ transmission cell (T-cell) ซึ่งจะทำหน้าที่ไปกระตุ้นการทำงานของสมองทำให้เกิดการรับรู้และความรู้สึกปวดขึ้น แต่ก่อนที่จะขึ้นไปยัง T-cell จะต้องผ่าน SG cell ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทที่มีอยู่ตามแนวยาวของไขสันหลัง จะทำหน้าที่เหมือนประตูเปิด-ปิด โดยส่งเสริมหรือยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยัง T-cell ซึ่งในการการส่งเสริมหรือยับยั้งนี้ขึ้นอยู่กับการเพิ่มกระแสประสาทในใยประสาทขนาดใหญ่และเล็ก หากใยประสาทขนาดใหญ่มีพลังกระแสประสาทมากกว่าจะไปกระตุ้น SG-cell ส่งผลให้มีการยับยั้งกระแสประสาทที่จะมากระตุ้น T-cell ทำให้ไม่มีการส่งกระแสความปวดขึ้นสมอง เรียกว่า ประตูปิด (close the gate) แต่หากเส้นใยประสาทขนาดเล็กมีพลังกระแสประสาทมากกว่า จะไปยับยั้งการทำงานของ SG-cell ส่งผลให้มีการ

ส่งกระแสประสาทไปยัง T-cell ทำให้มีการนำกระแสความปวดขึ้นสู่สมอง เรียก ประตูเปิด (open the gate)

2. ระบบควบคุมส่วนกลาง การรับกระแสประสาทนำเข้าจาก dorsal horn ซึ่งจะส่งข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตรายไปสู่สมองส่วน thalamus และ limbic system โดยกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่จะส่งกระแสประสาทนำเข้าแยกไป 2 แขนง คือ นำกระแสประสาทความรู้สึกสั่นสะเทือนเข้าสู่กลไกควบคุมส่วนกลาง และย้อนกลับมามีอิทธิพลต่อการปิดหรือเปิดประตูในกลไกที่ไขสันหลังได้อีก ซึ่งระบบควบคุมส่วนกลางนี้แบ่งการทำงานออกเป็น 3 ส่วน ที่เกี่ยวข้อง คือ ระบบรับรู้และแยกแยะ (sensory-discriminative system) โดยในส่วนนี้จะนำสัญญาณประสาทส่งไปยังสมองส่วน Thalamus ซึ่งทำหน้าที่ในการรับความรู้สึก และแยกแยะความรุนแรง ลักษณะ และตำแหน่งของความปวดที่เกิดขึ้น ระบบเร้าทางอารมณ์ (motivational affective system) สัญญาณประสาทจะถูกส่งมายัง reticular formation ที่บริเวณก้านสมอง และถูกส่งไปยัง periaqueductal gray hypothalamus ซึ่งเชื่อมประสานต่อไปยังสมองส่วน thalamus ไปสู่สมองส่วน somatosensory cortex และ limbic system ซึ่งมีหน้าที่ในการเร้าอารมณ์ความไม่สุขสบาย และความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อความปวด และระบบคิดพิจารณาและประเมินผล (cognitive evaluation system) ทำงานโดยระบบประสาทที่อยู่สูงขึ้นไป เรียกว่า ระบบ neocortical ทำหน้าที่ในการประเมินสัญญาณนำเข้า คิดพิจารณาและประเมินผลความปวด และวิเคราะห์ความสำคัญของสิ่งกระตุ้นความปวด ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความปวดในอดีต การรับรู้และจดจำข้อมูล ซึ่งทั้งสามระบบนี้มีการทำงานประสานร่วมกันเพื่อทำให้เกิดการรับรู้ความปวด และส่งสัญญาณประสาทมาควบคุมความปวดที่ไขสันหลัง

จากทฤษฎีนี้ช่วยอธิบายให้เข้าใจว่าความปวดที่เพิ่มขึ้นและลดลงจาก

1. ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้เกิดความปวดมากขึ้น เนื่องจากไปกระตุ้นสมองส่วน cortex และ thalamus ที่มากเกินไป ในทางกลับกันความปวดจะลดลง ถ้าผู้ป่วยมีการเรียนรู้วิธีการจัดการกับความปวด ความวิตกกังวลให้ลดลงได้จะช่วยให้มีการยับยั้งสมองส่วนบนซึ่งสามารถลดความปวดได้

2. การกระตุ้นการทำงานของก้านสมองมากเกินไป ทำให้เกิดความปวดได้ ในขณะที่การฝึกสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจ การจินตนาการ เป็นการยับยั้งการทำงานของก้านสมอง (brain stem) สามารถช่วยลดความปวดได้

3. การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก เช่น การผ่าตัด การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อทำให้เกิดความปวด ในขณะที่การกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ เช่น การนวด ถูผิวหนังแรงๆ มีผลทำให้เกิดความปวดลดลง

เราสามารถทำการกระตุ้นเส้นประสาทขนาดใหญ่เพื่อปิดประตูความเจ็บปวดได้หลายวิธี อาทิ เช่น การฝังเข็มแบบแพทย์แผนจีน การฝังเข็มด้วยไฟฟ้าฝังเข็ม การกระตุ้นด้วยเครื่อง TENS ทางกายภาพบำบัด การนวดกดจุดรักษา ซึ่งมีการศึกษาการนวดกดจุดบนจุดฝังเข็มพบว่าสามารถให้ผลในการรักษาบรรเทาอาการได้ดีระดับหนึ่ง ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับส่วนต่างๆของร่างกายได้ (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

2.5 ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

หมายถึง “การแพทย์แผนไทย” หมายความว่า กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายความรวมถึง การเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกัน

การนวดไทย (Thai Massage)

ความหมายของการนวดไทยตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย หมายถึง การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับศิลปะการนวดไทย ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย[29]

ประเภทของการนวดไทย[30]

1. การนวดแบบเชลยศักดิ์ มีจุดเริ่มต้นจากการนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกันเองในครอบครัวของชาวบ้านทั่วไป หรือในชุมชน มีการใช้อวัยวะอื่นในการนวดนอกจากมือและนิ้วมือ ได้แก่ ศอก ท่อนแขน ส้นเท้า เป็นต้น ท่าทางการนวดหลากหลายไม่เพียงแค่มีการบีบหรือกด (compression or friction massage) ในจุดที่ปวดเมื่อยอย่างเดียวเท่านั้น ยังมีการยืดกล้ามเนื้อ (stretching) โดยเฉพาะท่ายืดกล้ามเนื้อบ่า (upper trapezius muscle) เป็นอาการปวดที่พบได้บ่อย การดัดกระดูกสันหลัง (spinal manipulation) เป็นต้น

2. การนวดแบบราชสำนัก หรือการนวดแบบอายุรเวท(แพทย์แผนไทยประยุกต์) แต่เดิมนั้นเป็นการนวดที่ใช้ในพระราชวังเพื่อรักษากษัตริย์และเชื้อพระวงศ์ ท่าทาง กริยาจึงมีความสุภาพ และการนวดจะใช้เฉพาะนิ้วมือหรืออุ้งมือเท่านั้น ในการกดบนร่างกาย (friction massage) เพื่อควบคุมน้ำหนักมือในการกดให้มีความเหมาะสม และไม่ให้เป็นการล่วงเกิน การนวดแบบราชสำนักมีข้อปฏิบัติในการนวดค่อนข้างเคร่งครัด

ข้อแตกต่างระหว่างการนวดแบบเชลยศักดิ์และการนวดแบบราชสำนัก[30]

ข้อแตกต่าง	การนวดแบบราชสำนัก	การนวดแบบเชลยศักดิ์
1.กิริยามารยาท	เรียบร้อย มีการไหว้ เดินเข่าเข้าหาผู้ป่วย ไม่หายใจรดผู้ป่วยหรือเงยหน้ามากจนไม่เป็นที่เคารพ	เป็นกันเองกับผู้ป่วยมากกว่า บางครั้งจึงอาจดูไม่สำรวมมากนัก
2.การเริ่มนวด	มักเริ่มนวดตั้งแต่หลังเท้าขึ้นไป	เริ่มนวดที่ฝ่าเท้า
3.อวัยวะที่ใช้นวด	ใช้เฉพาะมือ นิ้วหัวแม่มือ และปลายนิ้วอื่นๆ	ใช้ทั้งมือ ศอก ท่อนแขน เข่า และส้นเท้า
4.องศาของแขน	ต้องเหยียดตรงเสมอ	ตรงหรืองอศอกก็ได้
5.การลงน้ำหนัก	ใช้การกดเท่านั้น	ใช้ทั้งการกดและการนวดคลึง
6.ท่าของผู้ป่วย	มีท่านั่ง นอนหงาย นอนตะแคงเข่าคู้เท่านั้น ไม่มีท่านอนคว่ำ	มีท่านอนคว่ำ
7.การดัด	ไม่ใช้	มีการดัด ดึงข้อต่อและหลังด้วย
8.ความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์	มีความรู้อย่างดีพอสมควร	อาจไม่มีความรู้ดีพอ แต่ปัจจุบันมีหลักสูตรที่สอนตามสถาบันต่างๆ ได้มีการสอดแทรกเพิ่มเติม

การนวดไทยสายราชสำนัก[31] หมายถึง การใช้นิ้วมือและมือกดนวดที่บริเวณร่างกายมนุษย์ตามศาสตร์และศิลป์ของแพทย์แผนไทยที่เคยปฏิบัติกันมาในราชสำนัก เพื่อบำบัด รักษาโรค ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพและสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เป็นศาสตร์และศิลปะที่ถ่ายทอดเพื่อให้ความรู้ความสามารถในการรักษาโรคเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องเนื่องจากมีจุดประสงค์ในการรักษาโรค จึงมีการคัดเลือดผู้ที่จะสืบทอด คือมีคุณสมบัติเพียงพอในการรับวิชานี้ เช่น มีพื้นฐานวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นรากฐาน วิชาชีพแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อเปรียบเทียบและเป็นแบบอย่างสำหรับการพัฒนาความรู้ ขนบธรรมเนียมประเพณี

ในการปฏิบัติตามศาสตร์และศิลป์ดังกล่าวต้องประกอบด้วยคุณลักษณะดังนี้

1. มีกิริยามารยาทที่สุภาพ เช่น การเดินเข่าเข้าหาผู้ป่วย ก่อนลงมือนวดจะต้องไหว้ เพื่อขอโทษผู้ป่วยเนื่องจากการนวดต้องสัมผัสร่างกายของผู้ป่วย ขณะทำการนวด ผู้บำบัดจะไม่ก้มหน้า ไม่หายใจรดผู้ป่วย และไม่แหงนหน้าจนดูไม่สุภาพ

2. มีหลักการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค ผู้นวดบำบัดต้องซักถามประวัติ และตรวจร่างกายเพื่อประเมินผู้รับการบำบัดก่อนเสมอ เช่น จับชีพจรที่ข้อมือและหลังเท้า เพื่อตรวจดูกำลังลมเบื้องสูง ลมเบื้องต่ำ ให้รู้กำลังเลือดและลม รวมทั้งมีการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้รับการบำบัด

3. มีความรู้ที่จะทำให้การนวดมีผลต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อที่อยู่ภายใน โดยการเพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนของเลือด การทำงานของเส้นประสาท การมีความรู้จะช่วยให้การนวดมีความปลอดภัยด้วย ในปัจจุบันตัวอย่างความรู้ที่ผู้นวดบำบัดต้องเรียนรู้เพิ่มเติมจากความรู้หัตถเวชกรรมแผนไทย เช่น กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา และพยาธิวิทยา เป็นต้น

4. เมื่อนวด จะเริ่มนวดตั้งแต่ใต้เข่าลงมาจนถึงข้อเท้า หรือจากต้นขาลงมาถึงข้อเท้า จะไม่เริ่มนวดที่ฝ่าเท้าก่อน นอกจากมีความจำเป็นจริงๆ

5. ผู้นวดบำบัดจะใช้เฉพาะมือและนิ้วมือเท่านั้น ไม่ใช้เท้า เข่า ข้อศอก ในการนวด การดัดงอข้อหรือส่วนของร่างกายจะไม่ใช้กำลังที่รุนแรง การลงน้ำหนักในการนวดเพื่อรักษาโรค ผู้นวดบำบัดจะใช้ท่าทาง องศา และจังหวะประกอบ

6. ผู้รับการบำบัดจะอยู่ในท่านั่ง นอนหงาย หรือนอนตะแคงเท่านั้น ไม่ต้องนอนคว่ำ

โดยการเรียนวิชาหัตถเวชกรรมไทย(การนวดแบบราชสำนัก) ตามหลักที่ท่านอาจารย์ณรงค์ สักข์ บุญรัตนหิรัญ ได้ถ่ายทอดนั้น แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. หลักการนวดแนวเส้นพื้นฐาน
2. หลักการนวดจุดสัญญาณ
3. หลักการเรียนทฤษฎี โรคต่างๆ และการรักษา
4. หลักการเรียนเทคนิคในการรักษาโรค

สัญญาณ หมายถึง จุดหรือตำแหน่งสำคัญที่อยู่บนแนวเส้นพื้นฐาน ซึ่งสามารถจ่ายเลือด บังคับเลือด จ่ายความร้อน บังคับความร้อนไปยังตำแหน่งต่างๆ ของร่างกายในการรักษาโรคตามพิกัดทางหัตถเวชกรรม(การนวดไทยสายราชสำนัก)

จ่ายเลือด หมายถึง ตำแหน่งที่กดเป็นตำแหน่งหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ส่งไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายต่างๆ เช่น ตำแหน่งที่เปิดประตูลมจะใช้คำว่า “จ่าย”

บังคับ หมายถึง ตำแหน่งของแขนงของหลอดเลือดแดงเล็กๆ หรือตำแหน่งของแขนงประสาทที่ไม่ได้ทอดผ่านตามบริเวณที่ต้องการเราจะใช้คำว่าบังคับ เช่น สัญญาณ 1,2 ขาด้านนอกปกติจะมีเลือดไปเลี้ยงในส่วนนี้น้อยที่ลงปลายเท้าจึงต้องมีการบังคับแรงไปตามตำแหน่งนั้น

ในตำแหน่งที่กด	รู้สึกเจ็บหรือปวด	เป็นเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ
ในตำแหน่งที่กด	รู้สึกร้อน	เป็นหลอดเลือด
ในตำแหน่งที่กด	รู้สึกปวดเสียวร้าว	เป็นเส้นประสาท

กลุ่มอาการที่รักษาด้วยการนวด

1. เจ็บ ปวด บวม ขัดยอก
2. กล้ามเนื้อไม่มีแรง อัมพฤกษ์ อัมพาต
3. ภาวะข้ออักเสบ ข้อยึดติดแข็ง ข้อเคลื่อน
4. ความพิการผิดรูป ขาโก่ง เดินกะเผลก
5. ภาวะกระทบจิตใจ

โรคลมปลายปัตคาต

หมายถึง โรคลมชนิดหนึ่งเกิดจากการแข็งตัวของเลือด สามารถเป็นได้ทุกส่วนของร่างกาย อาทิเช่น กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เยื่อหุ้มกระดูก ริมหัวต่อกระดูก ยกเว้นตัวกระดูก

ลักษณะอาการโรค มีอาการปวดเสียว อาจพบอาการบวม แข็งเป็นก้อน เป็นลำ หรือไม่บวมก็ได้ ไม่มีความร้อน หรืออาจมีความร้อนได้เล็กน้อย

หลักการรักษา ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว เพื่อให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณนั้นได้ดีขึ้น โดยการนวดพื้นฐาน และนวดสัญญาณ 1-5แล้วแต่กรณีของโรคที่เกิดขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อาการปวดหลังส่วนบน (บ่า คอสะบัก และไหล่)[31]

ได้แก่ โรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 4 หลัง และโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลัง

	โรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 4 หลัง	**โรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 5 หลัง**
สาเหตุ	เกิดจากการแข็งตัวของเลือดบริเวณบ่าและสัญญาณ 4 หลัง เนื่องจากความเครียด การทำงานหนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ ท่าทางอิริยาบถต่างๆ ไม่ถูกต้อง ความเสื่อมของกระดูกต้นคอ และจากอุบัติเหตุ	เกิดจากการแข็งตัวของเลือดบริเวณบ่าและสัญญาณ 4 หลัง เนื่องจากความเครียด การทำงานหนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ ท่าทางอิริยาบถต่างๆ ไม่ถูก้อง ความเสื่อมของกระดูกต้นคอ และจากอุบัติเหตุ
ลักษณะอาการของโรค	ปวดตึงคอ กล้ามเนื้อบ่า และสะบัก อาจพบอาการปวดร้าว ชา แขนด้านนอกและนิ้วมือ หายใจได้ไม่เต็มที่ ขัดยอกหน้าอก	มึนงง เวียนศีรษะ ปวดกระบอกตา ปวดต้นคอ อาจพบร้าวชาออกแขนด้านใน
การตรวจวินิจฉัย	1.ก้มหน้าคางชิดอกไม่ได้องศา 2.คลำหาจุดเจ็บ 4.ตรวจบริเวณสัญญาณ 4 หลัง ดูความร้อน เย็น อ่อน แข็ง ของกล้ามเนื้อบ่าและต้นคอ สังเกตดูแนวกระดูกต้นคอและหัวดุมไหล่ 5.เอียงหูชิดไหล่ เพื่อดูองศาและความตึงตัวของกล้ามเนื้อต้นคอ	1.ก้มหน้าคางชิดอกไม่ได้องศา 2.คลำหาจุดเจ็บ 4.ตรวจบริเวณสัญญาณ 5 หลัง ดูความร้อน เย็น อ่อน แข็ง ของกล้ามเนื้อบ่าและต้นคอ สังเกตดูแนวกระดูกต้นคอและหัวดุมไหล่ 5.เอียงหูชิดไหล่ เพื่อดูองศาและความตึงตัวของกล้ามเนื้อต้นคอ
วิธีการรักษา	1. นวดพื้นฐานบ่าข้างที่เป็น 2. นวดสัญญาณ 4,5 หลัง เน้นสัญญาณ 4 3. นวดสัญญาณ 4 หัวไหล่ 4. นวดพื้นฐานหลัง	1. นวดพื้นฐานบ่าข้างที่เป็น 2. นวดสัญญาณ 4,5 หลัง เน้นสัญญาณ 5 3. นวดสัญญาณ 4 หัวไหล่ 4. นวดพื้นฐานหลัง
คำแนะนำ	1.ประคบความร้อน เช้า-เย็น ประมาณ 10-15 นาที 2.งดอาหารแสลง เช่น ข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ เหล้า-เบียร์ และยาแก้ปวด 3.บริหารร่างกาย 4. หลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้มีอาการปวด 5.ห้ามบิด ดัด สลัดคอ และหลังที่รุนแรง	1.ประคบความร้อน เช้า-เย็น ประมาณ 10-15 นาที 2.งดอาหารแสลง เช่น ข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ เหล้า-เบียร์ และยาแก้ปวด 3.บริหารร่างกาย 4. หลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้มีอาการปวด 5.ห้ามบิด ดัด สลัดคอ และแขนที่รุนแรง

อาการปวดหลังส่วนล่าง (หลังบริเวณเอว สะโพก ต้นขา ปลีน่อง)[31]

ได้แก่ โรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 1 หลัง และโรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 3 หลัง

	โรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 1 หลัง	**โรคลมปลายปัตคาตสัญญาณ 3 หลัง**
สาเหตุ	1.เกิดจากท่าทางอิริยาบถไม่ถูกต้อง เช่น การนั่ง การทรงตัว 2.การทำงานหนัก 3.การนอนที่นุ่ม หรือแข็งเกินไป 4.ความเครียดทางจิตใจทำให้กล้ามเนื้อหลังหดเกร็ง 5.จากอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม กระทบกระแทกบริเวณหลัง 6.ความเสื่อมของกระดูกสันหลัง	1.เกิดจากท่าทางอิริยาบถไม่ถูกต้อง เช่น การนั่ง การทรงตัว 2.การทำงานหนัก 3.การนอนที่นุ่ม หรือแข็งเกินไป 4.ความเครียดทางจิตใจทำให้กล้ามเนื้อหลังหดเกร็ง 5.จากอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม กระทบกระแทกบริเวณหลัง 6.ความเสื่อมของกระดูกสันหลัง
ลักษณะอาการของโรค	ปวดหลัง บริเวณบั้นเอวหรือกระเบนเหน็บ อาจพบปวดเสียวร้าวชาไปที่สะโพก ก้นย้อย ลงมาถึงหัวเข่า เวลาเดินเข่าเปลี้ย เข่าทรุด เข่าไม่มีกำลัง ปวดใต้เข่าก็ได้แต่อาการปวดไม่เลยเข่า	ปวดหลัง ร้าวชามาที่ขา ปลีน่อง ฝ่าเท้า ละนิ้วเท้า ทำให้ขาไม่มีแรง
การตรวจวินิจฉัย	1. วัดส้นเท้า ข้างที่เป็นจะสั้น 2. งอพับขา องศาเข่าได้ (งอพับ 90°) เวลากดไม่ลง จะต้านมือ 3. ตรวจกล้ามเนื้อบริเวณสัญญาณ 1 หลัง คลำหาจุดเจ็บ ความเย็น ร้อน อ่อนแข็ง ความตึงของกล้ามเนื้อและตรวจกระดูกว่ามีกระดูกงอก กระดูกทรุด ดูแนวกระดูกสันหลังร่วมด้วย	1. วัดส้นเท้า ข้างที่เป็นจะยาว 2. งอพับขา องศาเข่าได้ (งอพับขา 90°) เวลากดสามารถลงได้ติดพื้น 3. ตรวจกล้ามเนื้อบริเวณ สัญญาณ 3 หลัง คลำหาจุดเจ็บ ความเย็น ร้อน อ่อน แข็ง ความตึงของกล้ามเนื้อ และตรวจกระดูกงอก กระดูกทรุด ดูแนวกระดูกสันหลังร่วมด้วย
วิธีการรักษา	1.นวดพื้นฐานขาข้างที่เป็น เปิดประตูลม 2.นวดสัญญาณ 1,2,3 หลังเน้นสัญญาณ 1 3.นวดสัญญาณ 1,2,3 ขาด้านนอก เน้นสัญญาณ 3 4.นวดสัญญาณ 1,2 ขาด้านใน เน้นสัญญาณ 2	1.นวดพื้นฐานขาข้างที่เป็น เปิดประตูลม 2.นวดสัญญาณ 1,2,3 หลังเน้นสัญญาณ3 3.นวดสัญญาณ 1,2,3 หลังเน้นสัญญาณ 2 4.นวดสัญญาณ 1,2 ขาด้านใน เน้นสัญญาณ 2
คำแนะนำ	1.ประคบความร้อน เช้า-เย็น ประมาณ 10-15 นาที 2.งดอาหารแสลง เช่น ข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ เหล้า-เบียร์ และยาแก้ปวด	1.ประคบความร้อน เช้า-เย็น ประมาณ 10-15 นาที 2.งดอาหารแสลง เช่น ข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ เหล้า-เบียร์ และยาแก้ปวด

	3.บริหารร่างกาย 4. หลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้ปวดหลัง เช่น การยืนนานๆ การยกของหนัก 5.ห้ามบิด ดัด หลังและขาที่รุนแรง	3.บริหารร่างกาย 4. หลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้ปวดหลัง เช่น การยืนนานๆ การยกของหนัก 5.ห้ามบิด ดัด หลังและขาที่รุนแรง

กายวิภาคศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการนวดไทย[32]

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal system)

โครงสร้างกระดูก ร่างกายของมนุษย์มีกระดูกทั้งหมด 206 ชิ้น สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กระดูกแกนตัว มีทั้งหมด 80 ชิ้น (กะโหลกศีรษะ กระดูกสันอก กระดูกซี่โครง) และกระดูกรยางค์ มีทั้งหมด 126 ชิ้น (กระดูกไหล่ กระดูกไหปลาร้า กระดูกสะบัก กระดูกต้นแขน กระดูกปลายแขน กระดูกข้อมือ กระดูกมือ กระดูกนิ้วมือ กระดูกสะโพกร่วมกับกระดูกกระเบนเหน็บที่เรียกว่ากระดูกเชิงกราน กระดูกต้นขา กระดูกแข้ง กระดูกต้นขา กระดูกน่อง กระดูกข้อเท้า และกระดูกเท้า)

กล้ามเนื้อ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ กล้ามเนื้อลาย กล้ามเนื้อเรียบ และกล้ามเนื้อหัวใจ

ระบบประสาทและระบบไหลเวียนโลหิต (Nervous and Circulatory system)

ระบบประสาท แบ่งออกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทรอบนอก ประกอบด้วยสมอง ไขสันหลัง และเส้นประสาทจำนวนมาก ซึ่งทำหน้าที่รับความรู้สึก สั่งการและควบคุมการทำงานของร่างกาย

ระบบไหลเวียนโลหิต ประกอบด้วย หัวใจ หลอดเลือดแดง และหลอดเลือดดำขนาดต่างๆกัน

ระบบน้ำเหลือง (Lymphatic system)

ประกอบด้วย เซลล์น้ำเหลือง น้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลือง ซึ่งทำหน้าที่กำจัดสิ่งแปลกปลอมและฆ่าเชื้อที่จะเข้าสู่ร่างกาย

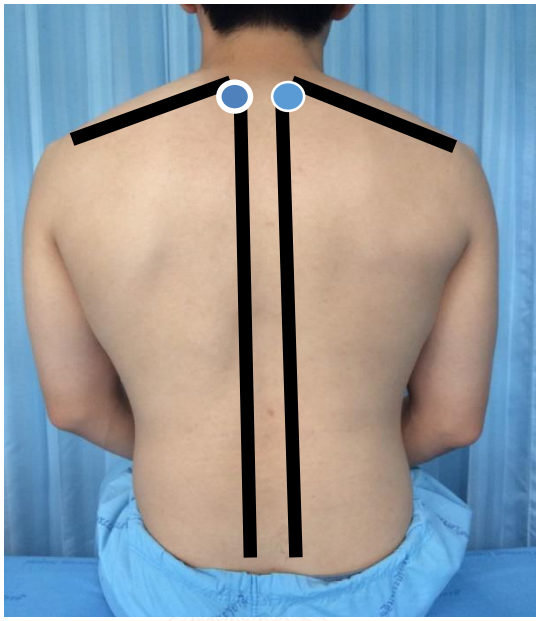
ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system)

ประกอบด้วย จมูก หลอดลม ปอด ถุงลม กล้ามเนื้อกระบังลม กล้ามเนื้อซี่โครง และกล้ามเนื้อหน้าท้อง ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการหายใจ เพื่อแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์

ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system)

ประกอบด้วย ปาก คอหอย หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก ซึ่งทำหน้าที่รับอาหารจากภายนอกย่อย ดูดซึมย่อย ดูดซึมอาหาร และขับถ่ายของเสียคืออุจจาระออกจากร่างกาย

กายวิภาคศาสตร์หลังส่วนบน



รูปที่ 1 แสดงจุดและแนวเส้นการนวดพื้นฐานบ่าและหลัง

(ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยให้นำตีพิมพ์ได้)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปที่ 2 แสดงจุดการนวดหลังส่วนบน

(ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยให้นำตีพิมพ์ได้)

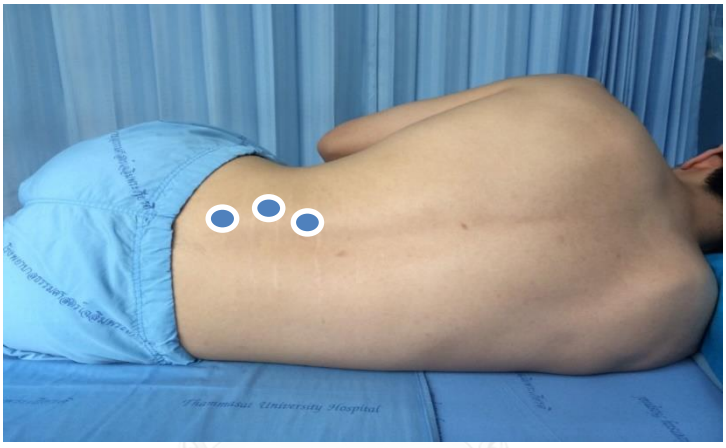
การนวดพื้นฐานบ่า ตรงกับกล้ามเนื้อ Trapezius Muscle

การนวดสัญญาณ 4,5 หลัง จะกดตรงกับมัดกล้ามเนื้อ Trapezius Muscle และ Rhomboid & Serratus Post. Superior muscle เส้นประสาท Spinal nerve รวมถึงหลอดเลือด Anteroir segmental medullary artery

การนวดสัญญาณ 4 หัวไหล่ กดเหนือกระดูก Clavicle ซึ่งตรงกับมัดกล้ามเนื้อ Omohyoid muscle เส้นประสาท Brachial plexus และ Suprascapular nerve

การนวดพื้นฐานหลัง ตรงกับกล้ามเนื้อ Multifidus ในแนวชิดร่องกระดูกสันหลัง

กายวิภาคศาสตร์หลังส่วนล่าง



รูปที่ 3 แสดงจุดการนวดหลังส่วนล่าง

(ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยให้นำตีพิมพ์ได้)

รูปที่ 4 แสดงจุดและแนวเส้นการนวดหลังส่วนล่าง

(ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยให้นำตีพิมพ์ได้)

การนวดพื้นฐานขา ตรงกับมัดกล้ามเนื้อ Vastus lateralis

การนวดสัญญาณ 1-3 หลัง

สัญญาณ 1 กดกระดูก Lumbar คือ ระหว่าง L4 - L5 กดตรงร่องของกล้ามเนื้อ Multifidus โดยกดตรงร่องกล้ามเนื้อชิดกระดูกสันหลังช่วงเอว เส้นประสาท Cauda equine และกดตรงกับหลอดเลือด Lumbar artery

สัญญาณ 2 จะกดบนร่องกล้ามเนื้อ Multifidus โดยตรง เส้นประสาท Cauda equine และกดตรงกับหลอดเลือด Lumbar artery

สัญญาณ 3 กดกระดูก Lumbar คือ ระหว่าง L2 – L3 กดตรงร่องของกล้ามเนื้อ Multifidus โดยกดตรงร่องกล้ามเนื้อชิดกระดูกสันหลังช่วงเอว เส้นประสาท Cauda equine และกดตรงกับหลอดเลือด Lumbar artery

การนวดสัญญาณ 1-3 ขาด้านนอก

สัญญาณ 1 จะกดกระดูก Ilium ตรงกับมัดกล้ามเนื้อ Gluteal fascia covering gluteus medius ซึ่งตรงกับเส้นประสาท Gluteal nerve ตรงกับหลอดเลือด Superior gluteal artery

สัญญาณ 2 จะกดใต้ปุ่มกระดูก Ilium ที่เรียกว่า Iliac crest จะกดตรงกับมัดกล้ามเนื้อ Gluteus medius ตรงกับเส้นประสาท Gluteal nerve ตรงกับหลอดเลือด Superior gluteal artery

สัญญาณ 3 จะกดกระดูก Ischium จะกดตรงกับมัดกล้ามเนื้อ Gluteus maximus และตรงกับเส้นประสาท Sciatic nerve ผ่านระบบหลอดเลือดคือ หลอดเลือด Inferior gluteal artery

การนวดสัญญาณ 1,2 ขาด้านใน

สัญญาณ 1 กดตรงกับกระดูก Femur ตรงกับมัดกล้ามเนื้อ Semimemberanosus muscle กดเส้นประสาท Obturator nerve ในสัญญาณ 1 ขาด้านในนี้จะกดไม่โดนหลอดเลือดที่สำคัญ

สัญญาณ 2 กดตรงกับกระดูก Femur ตรงกับมัดกล้ามเนื้อ Adductor magnus กดเส้นประสาท Femoral nerve และกดหลอดเลือด Femoral artery

ประโยชน์ของการนวด [33]

ผลการนวดต่อระบบต่างๆของร่างกาย

ระบบผิวหนัง การนวดมีผลทำให้การไหลเวียนโลหิตที่ผิวหนังดีขึ้น ทำให้อุณหภูมิที่ผิวหนังเพิ่มขึ้น มีผลกระตุ้นการขับเหงื่อและไขมัน ลดรอยแผลเป็นที่เกิดจากการผ่าตัด ทำให้ผิวหนังชุ่มชื่นและกระชับ

ระบบกล้ามเนื้อ การนวดทำให้กล้ามเนื้อที่ตึง แข็งเกร็งมีความคลายตัว และช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดดีนำสารใหม่ๆ เข้ามาเลี้ยงกล้ามเนื้อได้ดี กล้ามเนื้อจึงมีประสิทธิภาพดีขึ้น กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้นด้วย ทำให้อาการปวดเมื่อยต่างๆ หายไป

ระบบกระดูกและข้อต่อ การนวดช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ซึ่งสำคัญและจำเป็นต่อกระดูกที่หัก ทำให้กระดูกที่หักติดกันได้เร็วและดีขึ้น การนวดทำให้ข้อต่อมีการเคลื่อนไหวได้คล่องตัวขึ้น ทำให้ระบบหมุนเวียนโลหิตในข้อต่อดีขึ้น ไม่ทำให้ข่อต่อติด

ระบบไหลเวียนเลือด การนวดมีผลทำให้เพิ่มหรือส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง ส่วนการกดปิดเปิดประตูลมจะเห็นได้อย่างชัดเจน แต่ถ้านวดด้วยวิธีการแต่งรสมือ สามารถทำให้ความดันโลหิตลดลงได้และลดการอักเสบหรือบวมลงได้

ระบบประสาท การนวดช่วยทำให้ระบบประสาทถูกกระตุ้น เกิดการผ่อนคลาย มีการฟื้นฟูระบบการทำงานโดยเฉพาะอาการของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต เวลานวดต้องใช้ความระมัดระวัง เพื่อไม่ให้เกิดอาการชอกช้ำของเส้นประสาทได้

ระบบทางเดินอาหาร การนวดมีผลกระตุ้นการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้เกิดการย่อยอาหารและการขับถ่ายอุจจาระดีขึ้น ทั้งยังช่วยลดอาการท้องผูกและช่วยทำให้เจริญอาหาร

ระบบต่อมไร้ท่อ การนวดโดยการประคบสมุนไพรและการคลึง จะช่วยทำให้ต่อมเหงื่อ ต่อมใต้ผิวหนังและรูขุมขนไม่อุดตัน บริเวณที่คลึงจะมีเส้นสีแดงขึ้น เนื่องจากมีการหมุนเวียนของกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น ช่วยลดการคั่งของสารที่ทำให้ปวด การคลึงบนผิวหนังจะกระตุ้นเส้นประสาทใหญ่ ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน Endorphine มาตอบสนองต่ออาการปวดลดลงและรู้สึกสบายตัวมีความสุข

ผลทางกลศาสตร์ (Mechanical effects) การนวดทำให้มีการเคลื่อนไหวของมัดใยกล้ามเนื้อ สามารถช่วยยืดเนื้อเยื่อที่ยึดติดกันอยู่ให้ลดความตึงตัวลง ทำให้คลายจุดปวดเมื่อยได้ ทั้งยังช่วยในการบีบไล่หลอดเลือด และท่อน้ำเหลือง ทำให้กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลือง พาเลือดใหม่ไปเลี้ยงส่วนที่มีปัญหา การกดเบาๆ บริเวณผิวหนังจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดเฉพาะที่ แต่ถ้ามีการนวดลงแรงมากขึ้น จะสามารถเพิ่มการไหลเวียนของเลือดดำโดยเฉพาะในระดับตื้น และจะส่งผลต่อเนื่องไปเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงต่อไป ส่วนการไหลของท่อน้ำเหลืองพบว่าการนวดเพิ่มการไหลเวียนของน้ำเหลืองได้ 7-10 เท่า การนวดระดับลึกยังส่งผลต่อพังผืดและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน จึงทำให้สามารถแก้ไขการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อต่อที่ไม่รุนแรง และแผลเป็นได้

ผลทางระบบประสาทและรีเฟล็กซ์ (Neural reflex effects) ในส่วนนี้เป็นการกระตุ้นที่ peripheral receptor ให้เกิดปฏิกิริยาโดยตรงต่อบริเวณที่ถูกนวด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และยังส่งกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทขนาดใหญ่ (beta nerve fiber) ต่อไปยังเส้นประสาทไขสันหลังและสมอง ซึ่งในส่วนนี้จะสามารถยับยั้งอาการปวดได้ ซึ่งความปวดจะส่งกระแสประสาทวิ่งไปตาม

เส้นประสาทขนาดเล็ก ซึ่งสามารถอธิบายตามทฤษฎีการควบคุมประตูรับความรู้สึก (Melzack and Wall's gate control theory) การนวดสามารถเพิ่มความทนทานต่อความปวดได้ดีขึ้น ดังนั้นแม้ว่าอาการปวดยังมีระดับคงเดิมก็จะไม่ปวด

ผลทางด้านจิตใจ (Psychological aspects) การนวดเป็นอีกหนึ่งของการสัมผัสที่ส่งผลต่อระบบลิมบิค ซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ถูกกระตุ้นน้อยลง ร่างกายมีการผ่อนคลายระดับลึก รับรู้ถึงความรู้สึกเป็นสุขได้ เนื่องจากการนวดด้วยวิธีการกด การบีบ หรือการคลึงเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความตึงเครียด หรือความไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ถูกนวดเกิดความพึงพอใจ เนื่องจากมีการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ [34] ทั้งยังเป็นการสัมผัสแสดงถึงการสื่อสารโดยไม่ต้องใช้คำพูด ในกระบวนการนวดนั้นทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกเป็นสุข แจ่มใสและกระฉับกระเฉง ได้ระบายความทุกข์และความคับข้องใจ ความวิตกกังวลต่างๆที่เกิดจากความปวด ลดความตึงเครียดของจิตใจ และส่งผลกลับไปช่วยเพิ่มภูมิต้านทานของโรค นอกจากจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความปวดแล้วยังช่วยเพิ่มความอดทนต่อความเจ็บปวดได้ ซึ่งเป็นผลรวมกันของจิตใจ ระบบประสาทและภูมิต้านทานโรค (psyconeuroimmunilogy) และช่วยทำให้การนอนหลับดีขึ้น ทีมนักวิจัยที่ Group Health Center for Health Studies ในนครซีแอตเติ้ลได้อธิบายเกี่ยวกับการนวดว่าเป็นการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและช่วยลดการหลั่งฮอร์โมน Cortisol ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างความเครียด และการนวดยังช่วยสร้างฮอร์โมน Serotonin กับ Dopamine ที่ทำให้รู้สึกสุขสบาย นั้นหมายถึงมีการลดลงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้[35]

ข้อห้ามและข้อควรระวังในการนวด

ข้อห้าม	ข้อควรระวัง
1. มีไข้เกิน 38.5 2. ไข้พิษ ไข้กาฬ เช่น อีสุกอีใส งูสวัด เป็นต้น 3. โรคผิวหนังที่มีการติดต่อ 4. โรคติดต่อ เช่น วัณโรค เป็นต้น 5. ไส้ติ่งอักเสบ 6. กระดูกแตก หัก ปริ ร้าว ที่ยังไม่ติด 7. สภาวะผิดปกติของเลือด เช่น เลือดไม่แข็งตัว เป็นต้น 8. สภาวะที่มีการอักเสบทั้งระบบของร่างกาย	1. สตรีมีครรภ์ 2. ใส่อวัยวะเทียมหลังผ่าตัดกระดูก 3. สภาวะขณะความดันโลหิตสูงเกิน มิลลิเมตรปรอท 4. สภาวะข้อต่อหลวม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การประคบสมุนไพร

การประคบสมุนไพรเป็นวิธีการรักษาแบบไทย ซึ่งนำมาใช้ควบคู่กับการนวดไทย โดยมากมักจะใช้หลังจากการนวดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ความร้อนจากลูกประคบซึ่งมีตัวยาสมุนไพรทำให้ซึมผ่านผิวหนังช่วยเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น

ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร

เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น ลดอาการบวม อักเสบของกล้ามเนื้อเอ็น ข้อต่อ หลังจาก 24 ชั่วโมง ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยให้เนื้อเยื่อและพังผืดยืดตัวออก ลดอาการติดขัดของข้อต่อ ลดอาการปวด และช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด

ข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการใช้ลูกประคบ

- ห้ามใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไปโดยเฉพาะกับบริเวณผิวหนังอ่อนๆหรือบริเวณที่มีแผลควรใช้ผ้าขนหนูรองบริเวณผิวหนังอ่อน
- ควรระวังผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน อัมพาต เด็ก ผู้สูงอายุเพราะการตอบสนองต่อความร้อนช้า
- ไม่ประคบบริเวณที่มีการอักเสบหรือบวมในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เพราะอาจบวมมากขึ้นควรประคบเย็นก่อน

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อภิญญา เอี่ยมตระการ และคณะ, 2541 [36] ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยคลินิกปวดหลัง โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยแบบวัดความวิตกกังวลซึมเศร้า (Thai Hads) ในผู้ป่วยปวดหลังในคลินิกปวดหลังโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน *139* คน พบว่าความชุกของอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ *14.39* และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลซึมเศร้า ได้แก่ เพศ รายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน และคะแนนความปวดจากตารางเทียบความปวด *(VAS)* เป็น *3* ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *($p<0.05$)*

ธนินทร สมนึก, 2554 [37] ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (myofascial pain syndrome) โดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต GHQ-28 ฉบับภาษาไทย ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เพื่อหาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยกับปัญหาสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 39.9 ของผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิต เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตกับกลุ่มที่มีปัญหาพบว่าปัจจัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ผลกระทบของอาการปวดต่อการ

ทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการทำงานบ้านและการออกกำลังกาย (p=0.009) และผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวันรวมการทำงานบ้านและการออกกำลังกาย (p<0.05)

กิติยา โกวิทยานนท์และปนดา เตชทรัพย์อมร, 2553[38] ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอจาก Myofascial Pain Syndrome ด้วยการนวดไทยกับอัลตร้าซาวด์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกรักษาด้วยอัลตร้าซาวด์ กลุ่มที่สองรักษาด้วยวิธีนวดไทยสัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ก่อนและหลังการรักษาทำการวัดช่วงองศาการเคลื่อนไหวของคอผู้ป่วยด้วยเครื่อง cervical range of motion (CROM) ประเมินระดับความปวดโดย visual analog scale (VAS) แบบประเมินความเจ็บปวดขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (functional rating index:FRI) และประเมินความพึงพอใจหลังการรักษา

พบว่าการรักษาทั้งการนวดแผนไทยและอัลตร้าซาวด์ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอจาก MPS สามารถเพิ่มการเคลื่อนไหวของคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) ระดับความเจ็บปวดและคะแนนความเจ็บปวดขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังรักษาทั้งสองวิธีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) การนวดไทยสามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และผู้ป่วยมีความพึงพอใจการรักษาโดยวิธีนวดแผนไทยมากกว่าวิธีอัลตร้าซาวด์

เลขา ดีรูป, 2555[39] ศึกษาการเปรียบเทียบผลการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมัยโอฟาสเชี่ยลบริเวณบ่า ด้วยวิธีฝังเข็มแบบจุดไกลและการใช้ dry needing ผลการวิจัยพบว่าหลังการรักษา ทั้ง 2 กลุ่ม มีค่า pain score ลดลง และค่าพิสัยการเคลื่อนไหวของคอในท่าเอียงคอไปด้านข้าง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05)

เรนู มีชนะ, 2542[40] ทำการศึกษาเปรียบเทียบการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอลในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองใช้วิธีการนวดไทยประยุกต์และกลุ่มเปรียบเทียบใช้ยาพาราเซตามอลเพื่อลดอาการปวดศีรษะ บันทึกมาตรวัดความเจ็บปวด สัญญาณชีพของบุคคลก่อนและหลังการทดลอง ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ของการนวดในกลุ่มนวดไทยประยุกต์ พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดไทยประยุกต์มีผลเปลี่ยนแปลงผลต่างของชีพจรได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถเปลี่ยนแปลงผลต่างของค่าความดัน systolic ได้ เช่นเดียวกับสามารถลดอาการปวดศีรษะได้ทันทีหลังนวด ในนาทีที่ 10,20,30 และ 60 ลดอาการปวดศีรษะลงไม่ปวดเลย ร้อยละ 10,13.3 , 33.3 และ 66.7 อย่างต่อเนื่องตามลำดับ ในกลุ่มใช้พาราเซตามอลลดอาการปวดศีรษะไม่ปวดเลยได้ในนาทีที่ 30 และ 60 ร้อยละ 13.3 และ 46.7 ตามลำดับ และพบว่าการนวดไทยประยุกต์ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้มากกว่าการใช้พาราเซตามอลในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญ

ชาธิปัตย์ เครือพาณิชย์ และคณะ, 2554[41] ทำการศึกษาผลแบบทันทีของการนวดไทยในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยปวดศีรษะจากความเครียดแบบ Episode tension-type headache โดยศึกษาผลทันทีของการนวดไทยต่อระดับความรู้สึกปวด และระดับความรู้สึกกดเจ็บ และองศาการเคลื่อนไหวของคอ เปรียบเทียบกลุ่มนวดไทยกับกลุ่มที่นอนพักในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด จำนวน 60 คน ผลวิจัยพบว่า หลังการรักษาทันทีของอาการปวดศีรษะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.97$\pm$1.40, 3.07$\pm$1.92 คะแนน; P<0.01) ทั้งกลุ่มนวดไทยและกลุ่ม นอนพัก และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.89 คะแนน, 95% Cl อยู่ระหว่าง 0.03 *ถึง* 1.48 ; P<0.01) ระดับความรู้สึกกดเจ็บพบว่า กลุ่มนวดไทยมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2.14 $\pm$0.76 kg/cm^2 ; P<0.01) แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มนอนพัก เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มนวดไทยมีการเพิ่มขึ้นขององศาการเคลื่อนไหวของคอมากกว่ากลุ่มนอนพักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กฤติฤณ กุลเวิน และคณะ, 2556[42] ทำการศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอหรือหลังส่วนบนจาก Myofascial Pain Syndrome ด้วยการนวดไทยร่วมกับการประคบสมุนไพรต่อระดับความเจ็บปวดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการวัดการเคลื่อนไหวของคอโดยการใช้เครื่อง Cervical rang of motion ในรูปแบบการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ในกลุ่มตัวอย่าง *32* คน โดยการนวดไทยร่วมกับการประคบสมุนไพร *2* ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา *2* สัปดาห์ ประเมินระดับความปวด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและวัดองศาคอด้วยเครื่อง cervical rang of motion ก่อนและหลังการรักษา ผลการศึกษาพบกว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวดคอหรือหลังส่วนบนจาก Myofascial Pain Syndrome ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการวัดการเคลื่อนไหวของคอลดลงน้อยกว่าก่อนได้รับการนวดไทยร่วมกับประคบสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p<0.05)*

พีรดา จันทร์วิบูลย์, ศุภะลักษณ์ ฟักคำ, 2553 [43] ทำการศึกษาประสิทธิผลของการนวดแบบราชสำนักในการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนของผู้มารับบริการในศูนย์วิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา วิจัยในรูปแบบกึ่งทดลองในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนและไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เปรียบเทียบผลการนวดก่อนและหลัง พบว่าระดับความปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนของกลุ่มตัวอย่างหลังการนวดแบบราชสำนักเพื่อรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(p-value<0.001)*

คัญฑมารา สิทธิไกรพงษ์ และคณะ, 2557[44] ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการนวดไทยกับการใช้ยาไดโคลฟีแนค(Diclifenac) ในการลดอาการปวดบ่า พบว่าทั้งสองกลุ่มมีองศาการเคลื่อนไหวของคอและเงยหน้าไม่ต่างกัน ในกลุ่มที่ได้รับการนวดสามารถเอียงคอได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *(P<0.05)*

จากงานวิจัยที่ได้สืบค้นพบว่า ปัญหาด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ต่อโรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื้อกระดูก การนวดไทยเป็นอีกหนึ่งแนวทางการรักษาที่ส่งผลตอบสนองต่อการรักษาอาการของโรคในทางด้านบวก ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษา งานวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดยังมีผู้ทำการศึกษาวิจัยน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องดังกล่าว เพื่อเป็นการสนับสนุนผลการรักษาโดยการนวดไทยตามศาสตร์แพทย์แผนไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Myofascial pain syndrome)

ประชากรตัวอย่าง (Population samples) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อแบบและเยื่อพังผืด (Myofascial pain syndrome) ที่มารับบริการนวดแผนไทยแบบราชสำนักที่คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในช่วงที่ทำการศึกษาและเก็บข้อมูล

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี
2. สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. สามารถอ่าน ฟัง พูด และเขียนภาษาไทยได้
4. ไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีอื่นๆ ในระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัย เช่น กายภาพบำบัด ฝังเข็ม ยาแก้ปวด เป็นต้น
5. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยประยุกต์ว่าเป็นโรคกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome) ตามเกณฑ์วินิจฉัย MPS แนวเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ Myofascial Pain Syndrome สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย
6. มีระดับคะแนนความวิตกกังวล ความซึมเศร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง ในระดับ 8 คะแนนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- ใช้ยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อ
- ไม่สามารถติดตามการรักษาได้ตามกำหนด
- มีภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาหรือเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการที่ปฏิบัติต่ออาสาสมัคร ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนตอบข้อสงสัยจนผู้ป่วยที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ และให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ ก่อนที่จะลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ผู้เข้าร่วมศึกษาจะได้รับการรักษา ทั้งหมด 3 ครั้ง ในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ของสัปดาห์ด้วยวิธีการนวดไทยแบบราชสำนักโดยผู้วิจัย

ครั้งที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถาม ในส่วนที่ 1 ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวลและซึมเศร้าก่อนการรักษา และโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินในส่วนที่ 3 ได้แก่ แบบวัดระดับความปวดฉบับภาษาไทย ประเมินระดับความปวดก่อนการรักษา วัด vital sign /การตรวจร่างกายเฉพาะที่ โดยผู้วิจัย และรับการรักษาโดยการนวดแผนไทย (กดจุดแบบราชสำนัก) ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

ครั้งที่ 2 ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยการนวดแผนไทย (กดจุดแบบราชสำนัก) รวมระยะเวลา 40 นาที

ครั้งที่ 3 ผู้ร่วมวิจัยทำแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวลและซึมเศร้าก่อนการรักษา และส่วนที่ 3 แบบวัดระดับความปวดฉบับภาษาไทย ประเมินระดับความปวดหลังการรักษา วัด vital sign /การตรวจร่างกายเฉพาะที่ โดยผู้วิจัย ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

โปรแกรมการนวดไทย (Intervention)

การนวดไทยแบบราชสำนัก ในที่นี้อ้างอิงสูตรการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ทำการรักษาโดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทยประยุกต์

- นวดแผนไทย (กดจุดแบบราชสำนัก) 30 นาที
- ประคบสมุนไพร 10 นาที

สูตรการนวดรักษา

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดส่วนล่างตามสูตรการรักษาโรคลมปลายปัตคาต สัญญาณ 1 และสัญญาณ 3 หลัง

1. นวดพื้นฐานขา เปิดประตูลม
2. นวดพื้นฐานหลังและสัญญาณ 1,2,3 เน้น สัญญาณ 1 และ 3
3. นวดพื้นฐานขาด้านนอกและสัญญาณ 1,2,3 เน้น สัญญาณ 2 และ 3
4. นวดพื้นฐานขาด้านในและสัญญาณ 1,2 เน้น สัญญาณ 1 และ 2

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดส่วนบนตามสูตรการรักษาโรคลมปลายปัตคาต สัญญาณ 4 และสัญญาณ 5 หลัง

1. นวดพื้นฐานบ่า
2. นวดพื้นฐานและสัญญาณ 4,5 หลัง เน้นสัญญาณ 4 และ 5
3. นวดสัญญาณ 4 หัวไหล่
4. นวดพื้นฐานหลัง

3.2 การสุ่มประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างเมื่อต้องการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกับค่าเฉลี่ยเป็นมาตรฐาน คือ

$$n = \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta)\sigma}{\overline{X_2} - \overline{X_1}}\right]^2$$

เมื่อ σ คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลประชากร ซึ่งจะได้จากการศึกษาในอดีต หรือที่มีการอ้างมาก่อน

Z_α คือ ค่า Z เมื่อกำหนดขนาดของ type I error แทนค่า 0.05

Z_β คือ ค่า Z เมื่อกำหนดขนาดของ type II error แทนค่า 0.10

ได้จากผลการวิจัยระดับความปวดจากงานวิจัยกิติยา โกวิทยานนท์และปนดา เตชทรัพย์อมร ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอจาก Myofascial Pain Syndrome ด้วยการนวดไทยกับอัลตราซาวน์

แทนค่า Z_α = 1.96 , Z_β = 1.28 ,$\bar{x}_2$ = 20.5 ,$\bar{x}_1$ = 3.5 , σ = 2.7

$$n = \left[\frac{(1.96) + (1.28)x2.7}{20.5 - 3.5}\right]^2$$

$$n = 5.33$$

เพื่อความสะดวกในการเลือกเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงคิดเป็น 20 คน

3.3 การสังเกตและการวัด (Observation & Measurement)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส น้ำหนัก อาชีพ โรคประจำตัว การทำงาน/อิริยาบถ ระยะเวลาการทำงานต่อวัน การนอนหลับ

ส่วนที่ 2 แบบวัด Hospital Anxiety and Depress Scale ฉบับภาษาไทย (Thai Hads)

แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ออกแบบโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และ อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้เครื่องมือในการวัดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ สามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษาและในผู้ป่วยกลุ่มทั่วไปได้ โดยมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ และมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 85.71 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ เมื่อใช้ cut – off point ที่คะแนน > 11 เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8551 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.8259 สำหรับ depression sub-scale

เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวิตกกังวล 7 ข้อ ได้แก่ข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และอาการซึมเศร้า 7 ข้อ ได้แก่ข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด

การให้คะแนน คำตอบแต่ละข้อแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน

0-7 คะแนน เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช

8-10 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases)

11-21 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความปวด

- แบบประเมินความปวดฉบับภาษาไทย (Short-form McGill Pain Questionnaire Thai version) ดัดแปลงและพัฒนาจาก Short – form McGill Pain Questionnaire โดย วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล จักกริช กล้าผจญ และ อภิชนา โฆวินทะ ทำการออกแบบและดัดแปลงเป็นภาษาไทย รวมทั้งทำการทดสอบกับผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจากโรคระบบประสาทหรือจากโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 60 ราย ความเที่ยงของเนื้อหา วัดเป็นค่า conbrach's alpha มีค่าเท่ากับ 0.7881 โดยแบบประเมินมีทั้งหมด 15 ข้อ

ส่วนที่ 1 แสดงลักษณะความปวด/อาการปวด (pain descriptors) แบ่งเป็นด้านความรู้สึก (sensory score) จำนวน 11 ข้อ และด้านอารมณ์ (affective score) จำนวน 4 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0 – 3 คะแนน

ในการวิจัยนี้จึงดัดแปลงในส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความปวดแบบ Face rating scale และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0 – 10

โดย ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย

ระดับ 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อยพอทนได้

ระดับ 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง

ระดับ 7-10 หมายถึง มีอาการปวดรุนแรงจนไม่สามารถทนได้

3.4 การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม เอกสารราชการ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. จัดทำหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งขอความอนุเคราะห์จากคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้วิจัยให้คำอธิบาย ตอบข้อสงสัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้โปรแกรม SPSS (Statistic Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ร้อยละ (Percentage) ความถี่ (Frequency) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Pair t-test และความปวดโดยใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test เพื่อใช้เปรียบเทียบผลการนวดแผนไทย ก่อนและหลังการรักษา

3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Consideration)

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical Consideration)

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย เป็นตอบแบบสอบถาม ซึ่งแสดงความรู้สึกส่วนตัว โดยอิสระ ดังนั้นผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ ไม่นำข้อมูลส่วนตัวมาเปิดเผย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับทราบข้อมูลในการทำวิจัย และการแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยจะระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถมีอิสระที่จะสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีการข่มขู่ บังคับใดๆ จากผู้วิจัย หรือผู้ที่มีอิทธิพลอำนาจ และผู้วิจัยจะไม่แสวงหาประโยชน์จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และจะไม่ทอดทิ้งหรือแบ่งแยกบุคคลหรือกลุ่มคนที่อาจจะได้ประโยชน์จากความก้าวหน้าของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการศึกษาวิจัยได้ยึดหลักจรรยาบรรณของการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) ผู้วิจัยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน จนผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล การรายงานผล การศึกษาจะไม่ระบุชื่อ ตำแหน่ง สถานที่พักอาศัยของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันว่าการศึกษานี้จะไม่มีการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ให้การเคารพในการให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง พอเพียง ไม่ปิดบังข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลไม่ถูกชักจูงด้วยอามิสสินจ้าง และมีสิทธิที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัยโดยไม่ต้องชดใช้ค่าเสียหาย

2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence / Non-malfeasance) ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน หรือ Minimal risks

เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก แต่การเก็บข้อมูลจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย หรือมีผลกระทบต่อบุคคลหรือองค์การที่อ้างอิงถึง

3. หลักยุติธรรม (justice) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเป็นผู้ที่มีเชื้อชาติ ศาสนา หรือฐานะใดก็ได้ มีเกณฑ์การคัดเลือกอย่างชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและมีการสุ่มตัวอย่างประชากรอย่างเท่าเทียมกัน

3.7 ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitations)

การวิจัยในครั้งนี้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด ที่มารับบริการนวดแผนไทยที่คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์เท่านั้น ด้วยระยะเวลาจำกัดทำให้ไม่สามารถเก็บประชากรกลุ่มตัวอย่างได้มากนัก โดยระยะเวลาตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน – กุมภาพันธ์

3.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อลดการใช้ยาและภาวะเสี่ยงจากผลแทรกซ้อนของการใช้ยา

2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษา สร้างโปรแกรมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต - กายที่ดี

3. เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยในการดูแล รักษา และส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนควบคู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.9 การบริหารงานและตารางปฏิบัติงาน (Administration and Time Schedule)

ตารางปฏิบัติงาน (Time Schedule)

กำหนดระยะขั้นตอนการดำเนินการ	2556		2557											
	ต ค.	พ ย.	ธ ค.	ม ค	ก พ.	มี ค.	เม ย	พ ค	มิ ย.	ก ค.	ส ค.	ก ย.	ต ค.	พ ย
ขั้นเตรียมการ														
1.1 ศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง														
1.2 เขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์														
1.3 เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์														
1.4 ปรับปรุงแก้ไข														
ขั้นปฏิบัติการ														
2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว														
2.2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์														
3. ขั้นสรุปผล														
3.1 พิมพ์รายงาน														
3.2 เสนอวิทยานิพนธ์														

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ในประชากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นอาสาสมัครที่มีอาการปวดในกลุ่มโรคปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดร่วมกับความวิตกกังวลความซึมเศร้า มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี จำนวน 20 คน เพื่อศึกษาผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ร้อยละ (Percentage) ความถี่ (Frequency) โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

ตอนที่ 2 แสดงความชุกของระดับความวิตกกังวล(Anxiety) ความซึมเศร้า ความปวด ก่อนและหลังการรักษา โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

ตอนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความปวด ก่อนและหลังการรักษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ร้อยละ (Percentage) ความถี่ (Frequency) n = 20

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)
อายุ (ปี)		
≤ 20	-	-
21 – 30	13	65.0
31 ปีขึ้นไป	7	35.0
(Mean = 30 ,SD= 7.02,Min = 23, Max = 48,)		
เพศ		
ชาย	8	40.0
หญิง	12	60.0
สถานภาพสมรส		
โสด (ยังไม่เคยแต่งงาน)	13	65.0
แต่งงาน/อยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยา	7	35.0
หม้าย(คู่สมรสเสียชีวิต)	-	-
แยกกันอยู่ (จากปัญหาชีวิตคู่)	-	-
	-	-
จำนวนบุตร (คน)		
ไม่มีบุตร		
มีบุตร 1 คน	15	75.0
มีบุตร 2 คน	4	20.0
	1	5.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)
วุฒิการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	-	-
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	1	5.0
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	-	-
อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า	4	20.0
ปริญญาตรี	12	60.0
สูงกว่าปริญญาตรี	3	15.0
ศาสนา		
พุทธ	19	95.0
อิสลาม	1	5.0
คริสต์	-	-
อื่นๆ (ระบุ)	-	-
อาชีพ		
เกษตร/ทำไร่สวน	-	-
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.0
พนักงานบริษัทเอกชน	4	20.0
รับจ้างทั่วไป	7	35.0
ธุรกิจส่วนตัว	4	20.0
อื่นๆ (โปรดระบุ)	4	20.0
- นักศึกษา		
- พนักงานมหาวิทยาลัย/อาจารย์		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000	7	35.0
15,001 – 25,000	9	45.0
มากกว่า 25,000	4	20.0
(Median = 20,000 , SD = 60575.08, Min = 9000, Max = 250000)		
ระยะเวลาในการทำงานต่อสัปดาห์ (วัน)	20	100.0
5 วันหรือมากกว่า	-	-
3-4 วัน	-	-
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 วัน	-	-
อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า	-	-
ไม่ได้ทำงาน		
อิริยาบถแต่ละวัน(ส่วนใหญ่)ตอบได้มากกว่า 1ข้อ		
นั่งนาน	9	45.0
เดิน/ยืนนาน	7	35.0
ยกของหนัก	1	5.0
เขียนหนังสือหรือใช้ computer ต่อเนื่อง	7	35.0
อื่นๆ (โปรดระบุ)		
- ขับรถ	1	5.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	17	85.0
มี (โปรดระบุ)	3	15.0
-ความดันโลหิตสูง (2)		
-ไมเกรน (1)		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)
การนอนหลับ (ชั่วโมง)		
4 ชั่วโมง	2	10.0
6 ชั่วโมง	5	25.0
7 ชั่วโมง	8	40.0
8 ชั่วโมง	5	25.0
(Mean = 6.7 , SD =1.17,Min=4.0, Max=8.0)		
บริเวณที่มีปวดกล้ามเนื้อและเผื่อพังผืด		
กล้ามเนื้อหลังส่วนบน (คอ บ่า ไหล่)	20	100.0
กล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง (หลัง บั้นเอว ขา)	-	-

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มีความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความปวดร่วมด้วย ทั้งหมด 20 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย 8 ราย (ร้อยละ 40) เพศหญิง 12 ราย (ร้อยละ 60) ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 30 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสด (ร้อยละ 65) รองลงมาสถานะแต่งงาน/อยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยา (ร้อยละ 35) ส่วนใหญ่ไม่มีบุตร (ร้อยละ 75) มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 60) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95) อาชีพส่วนใหญ่ ได้แก่ รับจ้างทั่วไป(ร้อยละ 35) พนักงานเอกชน (ร้อยละ 20) ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 20) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 5) และอื่นๆ (ร้อยละ 20) โดยกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 41,509.90 บาท/เดือน (SD=60575.08) โดยรายได้ต่ำสุดอยู่ที่ 9,000 บาท/เดือน และมีรายได้สูงสุด 250,000 บาท/เดือน ระยะเวลาในการทำงานต่อสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ที่ 5 วัน/สัปดาห์หรือมากกว่า และอิริยาบถส่วนใหญ่ในแต่ละวันคือการนั่งต่อเนื่องนาน (ร้อยละ 45) รองลงมาได้แก่ อิริยาบถการเดิน/ยืนนาน และเขียนหนังสือหรือใช้ computer ต่อเนื่อง (ร้อยละ 35) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 85) มีโรคประจำตัวร้อยละ 3 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 2 ราย และโรคไมเกรน 1 ราย ระยะเวลาในการนอนหลับต่อวัน ส่วนใหญ่อยู่ที่ 7 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 40) และมีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน (คอ บ่า ไหล่)

ส่วนที่ 2 ระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความปวด ก่อนและหลังการรักษา

ตารางที่ 2 แสดงความชุกของความวิตกกังวล ก่อนและหลังการรักษา (n = 20)

ปัจจัยที่ศึกษา	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา	
	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)
ความวิตกกังวล (Anxiety)				
- ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช (0-7 คะแนน)	-	-	17	85.0
- มีอาการวิตกกังวลแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (8-10 คะแนน)	10	50.0	3	15.0
- มีอาการวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (11-21 คะแนน)	10	50.0	-	-

จากตารางที่ 2 การใช้แบบสอบถาม HADS ในกลุ่มตัวอย่าง พบกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลแต่ยังไม่ผิดปกติทางจิตเวช (8-10 คะแนน) ร้อยละ 50 และกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลผิดปกติทางจิตเวช (11-21 คะแนน) ร้อยละ 50 เช่นกัน

ตารางที่ 3 แสดงความชุกของความซึมเศร้า ก่อนและหลังการรักษา (n = 20)

ปัจจัยที่ศึกษา	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา	
	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)
ความซึมเศร้า (Depression)				
- ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช (0-7 คะแนน)	6	30.0	17	85.0
- มีอาการซึมเศร้าแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (8-10 คะแนน)	11	55.0	3	15.0
- มีอาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (11-21 คะแนน)	3	15.0	-	-

จากตารางที่ 3 การใช้แบบสอบถาม HADS ในกลุ่มตัวอย่าง พบกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าแต่ยังไม่ผิดปกติทางจิตเวช (8-10 คะแนน) ร้อยละ 55 และกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลผิดปกติทางจิตเวช (11-21 คะแนน) ร้อยละ 15

ตารางที่ 4 แสดงความชุกและระดับของความปวด ก่อนและหลังการรักษา (n = 20)

ปัจจัยที่ศึกษา	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา	
	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)
ระดับความปวด (PainScore)				
ความปวดระดับ 0	-	-	5	25.0
ความปวดระดับ 2	1	5.0	12	60.0
ความปวดระดับ 4	7	35.0	3	15.0
ความปวดระดับ 6	7	35.0	-	-
ความปวดระดับ 8	5	25.0	-	-
ความปวดระดับ 10	-	-	-	-

ระดับความปวด (PainScore) ก่อนการรักษาพบว่าก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวด ที่ระดับ 4 (ร้อยละ 35) และระดับ 6 (ร้อยละ35) รองลงมาคือระดับ 8 (ร้อยละ 25) หลังการรักษาด้วยการนวดแผนไทยพบว่าระดับความปวดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 60) รองลงมาคือ ระดับความปวด 0 (ร้อยละ 25) และระดับความปวด 4 (ร้อยละ 15)

ตารางที่ 5 แสดงความถี่ ร้อยละของแบบวัดความปวดฉบับภาษาไทย (n=20)

ลักษณะความปวด	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา	
	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)	จำนวน(n)	ร้อยละ(%)
ปวดแบบตุบๆ	19	95.0	13	65.0
ปวดจี๊ด	9	45.0	2	10.0
ปวดเหมือนถูกแทง	1	5.0	1	5.0
ปวดแปล๊บ	13	65.0	2	10.0
ปวดเกร็ง	18	90.0	13	65.0
ปวดเหมือนถูกแทะ	2	10.0	-	-
ปวดแสบปวดร้อน	4	20.0	1	5.0
ปวดตื้อๆ	19	95.0	15	75.0
ปวดหนักๆ	18	90.0	11	55.0
กดเจ็บ	20	100.0	17	85.0
ปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยง	3	15.0	1	5.0
รู้สึกเหนื่อยล้า	19	95.0	7	35.0
รู้สึกไม่สบาย	15	75.0	4	20.0
รู้สึกหวาดกลัวความเจ็บปวด	8	40.0	2	10.0
รู้สึกทรมาน	19	95.0	7	35.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 5 แสดงความถี่ ร้อยละของลักษณะความปวดแบบต่างๆ ตามแบบวัดความปวดฉบับภาษาไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีลักษณะความปวดแบบกดเจ็บ และลักษณะความปวดก่อนการรักษาส่วนใหญ่ ได้แก่ ลักษณะความปวดแบบตุบๆ (ร้อยละ 95) ปวดตื้อๆ (ร้อยละ 95) รู้สึกเหนื่อยล้า (ร้อยละ 95) และรู้สึกทรมาน (ร้อยละ 95) รองลงมาคือลักษณะความปวดแบบปวดเกร็ง (ร้อยละ 90) ปวดหนักๆ (ร้อยละ 90) รู้สึกไม่สบาย (ร้อยละ 15) และในหลังการรักษามีลักษณะความปวดส่วนใหญ่ ได้แก่ กดเจ็บ(ร้อยละ 85.0) ปวดตื้อๆ (ร้อยละ 75.0) ปวดเกร็ง (ร้อยละ 65.0) และปวดแบบตุบๆ (ร้อยละ 65.0)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความปวด ก่อนและหลังการรักษา

3.1 ความวิตกกังวล

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยใช้สถิติ Paired-sample T test

ปัจจัยที่ศึกษา	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา		*t*	*p-value*
	mean	SD	mean	SD		
ความวิตกกังวล	10.6	1.57	5.4	1.63	11.60	<0.001

แสดงค่าเฉลี่ย(mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการรักษา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนการรักษาค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลอยู่ที่ 10.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.57 และหลังการรักษาค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลอยู่ที่ 5.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.63

3.2 ความซึมเศร้า

ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับความซึมเศร้าเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยใช้สถิติ Paired-sample T test

ปัจจัยที่ศึกษา	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา		*t*	*p-value*
	mean	SD	mean	SD		
ความซึมเศร้า	8.4	2.66	4.5	2.46	6.67	<0.001

แสดงค่าเฉลี่ย(mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความซึมเศร้าก่อนและหลังการรักษา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนการรักษาค่าเฉลี่ยของระดับความซึมเศร้าอยู่ที่ 8.4 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.66 และหลังการรักษาค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลอยู่ที่ 4.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.46

3.3 ความปวด

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระดับความปวดเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign rank test

ปัจจัยที่ศึกษา	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา		*p-value*
	mean	SD	mean	SD	
ความปวด	5.6	1.79	1.8	1.28	<0.001

แสดงค่าเฉลี่ย(mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความปวดก่อนและหลังการรักษา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ โดยก่อนการรักษาระดับคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 5.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.79 และหลังการรักษาการรักษาระดับคะแนนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 1.80 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.28

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.4 ศึกษาความแตกต่างของความเปลี่ยนแปลงคะแนนความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในระดับต่างๆ

ตารางที่ 9 แสดงผลการศึกษาความแตกต่างของความเปลี่ยนแปลงคะแนนความปวดในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับต่างๆ โดยสถิติ Mann- Whitney

ความวิตกกังวล	จำนวน (n)	mean	SD	Mann-Whitney	p-value
- ไม่พบว่ามีภาวะวิตกกังวล (0-7 คะแนน)	-	-	1.398	-2.324	0.031
- มีภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (8-10 คะแนน)	10	3.2			
- มีภาวะวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (11-21 คะแนน)	10	4.4			

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าความเปลี่ยนแปลงของระดับความปวดในกลุ่มที่มีความวิตกกังวลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าในกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (11-21 คะแนน) มีคะแนนความเปลี่ยนแปลงหรือความปวดลดลงมากกว่าในกลุ่มตัวอย่างมีอาการวิตกกังวลแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (8-10 คะแนน)

ตารางที่ 10 แสดงผลการศึกษาความแตกต่างของความเปลี่ยนแปลงคะแนนความปวดในผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าในระดับต่างๆ โดยสถิติ Kruscal Wallis

ความซึมเศร้า	จำนวน (n)	mean	SD	Kruscal Wallis	p-value
- ไม่พบว่ามีภาวะซึมเศร้า (0-7 คะแนน)	6	3.0	1.09	6.392	0.041
- มีภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (8-10 คะแนน)	10	3.8	1.08		
- มีภาวะซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (11-21 คะแนน)	10	5.3	1.15		

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าความเปลี่ยนแปลงของระดับความปวดในกลุ่มที่มีความซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าในกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (11-21 คะแนน) มีคะแนนความเปลี่ยนแปลงหรือความปวดลดลงมากกว่าในกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (8-10 คะแนน)

3.4 แบบวัดระดับความปวดฉบับภาษาไทย

ตารางที่ 11 แสดงลักษณะของความปวดเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา

ลักษณะความปวด	มีอาการปวด*		ดีขึ้น**		ไม่ดีขึ้น***	
	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
ปวดแบบตุบๆ	19	95.0	18	90.0	1	5.0
ปวดจี๊ด	9	45.0	7	35.0	2	10.0
ปวดเหมือนถูกแทง	2	10.0	1	5.0	1	5.0
ปวดแปล๊บ	17	85.0	13	65.0	4	20.0
ปวดเกร็ง	19	95.0	15	75.0	4	20.0
ปวดเหมือนถูกแทะ	7	35.0	2	10.0	5	25.0
ปวดแสบปวดร้อน	8	40.0	4	20.0	4	20.0
ปวดตื้อๆ	20	100.0	17	85.0	3	15.0
ปวดหนักๆ	20	100.0	16	80.0	4	20.0
กดเจ็บ	20	100.0	15	75.0	5	25.0
ปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยง	9	45.0	3	15.0	6	30.0
รู้สึกเหนื่อยล้า	20	100.0	18	90.0	2	10.0
รู้สึกไม่สบาย	17	85.0	14	70.0	3	15.0
รู้สึกหวาดกลัวความเจ็บปวด	14	70.0	9	45.0	5	25.0
รู้สึกทรมาน	19	95.0	17	85.0	2	10.0

*มีอาการปวด = มีอาการปวดก่อนการรักษา ตั้งแต่ระดับความปวดที่ 1 คะแนนขึ้นไป

**ดีขึ้น = มีระดับความปวดลดลงตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไปเมื่อเทียบก่อนและหลังการรักษา

***ไม่ดีขึ้น = มีระดับความปวดเท่าเดิมเมื่อเทียบก่อนและหลังการรักษา

จากตารางที่ 11 แสดงลักษณะของความปวดเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ลักษณะความปวดของกลุ่มตัวอย่าง 20 คน มีลักษณะแบบปวดตื้อๆ ปวดหนักๆ กดเจ็บและรู้สึกเหนื่อยล้า เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาของลักษณะความปวดแบบต่างๆ พบว่าหลังการนวดรักษาอาการปวดในลักษณะต่างๆส่วนใหญ่ดีขึ้น โดยเฉพาะอาการปวดแบบตุบๆ ปวดแปล๊บ ปวดเกร็ง ปวดตื้อๆ ปวดหนักๆ กดเจ็บ รวมถึงความรู้สึกเหนื่อยล้า รู้สึกไม่สบาย และรู้สึกทรมาน ในขณะเดียวกันอาการปวดที่คงเดิมหรือไม่ดีขึ้นได้แก่ ปวดเหมือนถูกแทง ปวดเหมือนถูกแทะ ปวดแสบปวดร้อน และปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความปวดในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นอาสาสมัครที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (MPS) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี โดยระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีอื่นๆ เช่น กายภาพบำบัด ฝังเข็ม หรือยาแก้ปวด เป็นต้น และยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย รวมทั้งร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Thai Hads) และแบบประเมินความปวด โดยกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้าสู่โครงการ รวมทั้งสิ้น 20 คน โดยจะทำการทดลองติดต่อกัน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 วัน ผู้วิจัยจะวัดระดับความปวด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าก่อนการรักษา(ก่อนเข้าการศึกษา)และหลังการรักษา(สิ้นสุดการศึกษา) โดยหลังสิ้นสุดการศึกษาอาสาสมัครสามารถมาติดตามผลการรักษาได้ครบ 20 คน โดยการวิจัยครั้งนี้ได้รับการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 20 คน พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 30 ปี สถานภาพโสด รองลงมามีสถานะแต่งงาน/อยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยา อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป ระยะเวลาการทำงานต่อสัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ที่ 5 วัน/สัปดาห์หรือมากกว่า มีอิริยาบถส่วนใหญ่ในแต่ละวันคือการนั่งต่อเนื่องนาน เขียนหนังสือหรือใช้ computer ต่อเนื่อง ระยะเวลาการนอนหลับต่อวัน ส่วนใหญ่เท่ากับ 7 ชั่วโมงต่อวัน โดยในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน (คอ บ่า ไหล่)

ผลการศึกษาความชุกของความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความปวดก่อนการรักษา

ความชุกของความวิตกกังวลก่อนการรักษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 100 และพบความชุกของความซึมเศร้า ร้อยละ 70 และในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับความปวดส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 4 และระดับ 6 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับความปวดปานกลาง

ผลการศึกษาผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความปวด

ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการรักษา โดยใช้สถิติ Paired-sample T test มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนการรักษาค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลอยู่ที่ 10.60 ±1.57 และหลังการรักษาอยู่ที่ 5.35 ±1.63 ($p<0.001$)

ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยของระดับความซึมเศร้าก่อนและหลังการรักษา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนการรักษาค่าเฉลี่ยของระดับความซึมเศร้าอยู่ที่ 8.4±2.66 และหลังการรักษาอยู่ที่ 4.5±2.46 ($p<0.001$)

ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดก่อนและหลังการรักษา โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon signed rank test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p<0.001*) โดยมีค่าเฉลี่ยก่อนการรักษาเท่ากับ 5.6±1.79 และค่าเฉลี่ยหลังการรักษาเท่ากับ 1.8±1.28

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (MPS) ซึ่งมีความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความปวดร่วมด้วย พบว่าความวิตกกังวลซึมเศร้าและอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดในเพศหญิงพบมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยในช่วง 20- 30 ปี สอดคล้องกับรายงานอัตราความชุกของความวิตกกังวลพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบมากในเกณฑ์อายุประมาณ 20-35 ปี[2] และงานวิจัยของนพ.อานนท์ ในปี 2553 พบอัตราความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (MPS) ในกลุ่มประชากรไทย พบในเพศหญิงได้บ่อยกว่าเพศชาย [10] และกลุ่มที่ทำงานเบามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด MPS ได้บ่อยกว่ากลุ่มที่ทำงานหนัก ซึ่งในช่วงอายุที่พบอยู่ในช่วงของวัยทำงานโดยในกลุ่มนี้มีปัจจัยกระตุ้นจารเกิดโรคจากอิริยาบถประจำวัน ความเครียดจากการทำงาน จากการศึกษายังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 คน มีอาการปวดกล้ามเนื้อในบริเวณบ่าช่วงบน (คอ บ่า ไหล่) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลอิริยาบถส่วนใหญ่นั่งต่อเนื่องนาน ใช้คอมพิวเตอร์หรือเขียนหนังสือต่อเนื่องนาน

ผลการศึกษาความชุกของความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 อยู่ในเกณฑ์ที่มีความวิตกกังวลแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และกลุ่มทีมีอาการวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่าเป็นความปิดปกติทางจิตเวช และร้อยละ 70 อยู่ในเกณฑ์ที่มีความซึมเศร้าแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจนและกลุ่มทีมีความซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความปิดปกติทางจิต

เวช ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 89.3 ของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (MPS) มีภาวะวิตกกังวล และร้อยละ 22.9 มีภาวะซึมเศร้า[] ส่วนการศึกษาของธนินทร ในปี 2554 พบปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับร้อยละ 39.19 ในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (MPS) [37] จากผลการศึกษาพบความชุกของความวิตกกังวลซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (MPS) ในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่าภาวะวิตกกังวล ความเครียด ซึมเศร้า เป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้เรื้อรังที่พบได้บ่อยในกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด (MPS) กายและจิตสัมพันธ์กันในหลายๆครั้ง พบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการทางกายได้จึงอาจเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้พบภาวะวิตกกังวลซึมเศร้าร่วมกับอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด

ผลการศึกษาพบว่าผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปถามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับ Field ในปี 1998 การนวดสามารถเพิ่มการทำงานของเส้นประสาทเวกัส (Vagus nerve) และช่วยกระตุ้นการแสดงออกทางสีหน้า ลดการหลั่งฮอร์โมน Cortisal ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างความเครียด และช่วยสร้าง Serotonin กับ Dopamine ที่ทำให้รู้สึกสุขสบาย ทำให้มีผลในการลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้[35] อีกทั้งการนวดด้วยวิธีการกด การบีบ เป็นการสัมผัสที่ส่งผลต่อระบบลิมบิค ซึ่งทำหน้าที่ในการตอบสนองด้านอารมณ์ ถูกกระตุ้นน้อยลง ทำให้ร่างกายมีการผ่อนคลายได้ในระดับลึก รับรู้ถึงความเป็นสุขได้[34] และในการนวดนั้นส่งผลให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ลดอาการตึงเกร็ง จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย รวมทั้งการประคบสมุนไพรหลังการนวด น้ำมันหอมระเหยและความร้อนจากลูกประคบเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย สบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจในงานวิจัยต่อไปอาจพิจารณาแยกกลุ่มตัวอย่างเพื่อดูความแตกต่างของผลการนวดไทยเพียงอย่างเดียวเปรียบเทียบกับการนวดไทยร่วมกับการประคบสมุนไพรเพื่อให้เห็นผลการศึกษาที่ชัดเจนขึ้น

ผลการศึกษาพบว่าการนวดไทยมีผลลดระดับความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอธิบายได้จากทฤษฎี Gate-control theory การนวดไทยร่วมกับการประคบสมุนไพร เป็นการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้มีการยับยั้งหรือปิดกั้นกระแสประสาทความปวดที่ไขสันหลัง จึงทำให้ไม่มีกระแสประสาทส่งผ่านไปยังสมองส่วนกลางเป็นผลให้ความเจ็บปวดลดลง[28] อีกทั้งการนวดเป็นการลดอาการตึงเกร็งของกล้ามเนื้อและกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดจึงทำให้อาการปวดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของกฤติฤณและคณะ ในปี 2556 พบว่าผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอหรือหลังส่วนบนจาก Myofascial pain syndrome ด้วยการนวดไทยร่วมกับประคบสมุนไพร 2 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดลดน้อยลงกว่าก่อนได้รับการนวดไทยร่วมกับประคบสมุนไพร[42] ซึ่งมีความแตกต่างกันในแง่ของการติดตามการรักษา โดยในการศึกษาของผู้วิจัยมีการนัดติดตามการรักษา 3 ครั้ง ซึ่งเป็นรูปแบบใหม่

ของการติดตามผลระยะสั้นสามารถเห็นผลความเปลี่ยนแปลงได้ทั้ง 3 ด้าน ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจมีการพิจารณาเพิ่มระยะเวลาและจำนวนครั้งในการติดตาม ประเมินผล

ผลการศึกษาความแตกต่างของความเปลี่ยนแปลงคะแนนความปวดในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ความซึมเศร้าในระดับต่างๆ พบว่า การนวดไทยมีผลต่อคะแนนความเปลี่ยนแปลงหรือความปวดในกลุ่มที่มีความวิตกกังวล ความซึมเศร้าในระดับที่มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (11-21 คะแนน) มากกว่าในกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (8-10 คะแนน) เป็นไปได้ว่าในกลุ่มที่มีระดับความวิตกกังวลความซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช มักมีอาการทางด้านร่างกายร่วมด้วยเช่นอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังเมื่อรับการรักษาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดอาการปวด ทำให้เกิดความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเพิ่มระยะติดตามผลการรักษาและจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สามารถเห็นผลทดลองได้ชัดเจนมากขึ้น

2. ในการทำวิจัยเกี่ยวกับผลการนวดไทยในครั้งต่อไป ควรนำเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์แผนปัจจุบันมาเป็นตัววัดประสิทธิผลด้วย อาทิเช่น การวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อเครื่องวัดองศาการเคลื่อนไหวของคอ เป็นต้น

3. การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์หากนำผลไปอ้างอิงอาจต้องพิจารณาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างนั้นๆด้วยว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

รายการอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่ง ปี 2556. ความสุขมวลรวมของคนไทยลดลง รวมทั้งโรคความเครียดยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น ปีที่ 10, ฉบับที่ 2: 6.

2. สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การศึกษาคาความสูญเสียปสุขภาวะเนื่องจากความบกพรองทางสุขภาพ จากความผิดปกติทางจิตของประชากรไทย พ.ศ.2547. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth.2547.

3. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ(สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช). แผนพัฒนาระบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2556.

4. “รับรู้รับมือกับความเครียดด้วยปัญญา.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.si.mahidol.ac.th /2554

5. สถาบันวิจัยการแพทย์แผนไทย. รายงานสถานการณ์ผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ปี 2546-2550. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dtam.moph.go.th/images/document/research-thai. 2556

6. อุบลกาญน์ ยอดต่อ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2554

7. ประดิษฐ์ ประทีปปะวนิช. Myofascial Pain Syndrome:A common Problem in Clinical Pratice. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท อมรินทร์ปริ๊นติ้งแอนพับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), 2542

8. สมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ Myofascial Pain Syndrome, Fribromyalgia. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท อมรินทร์ปริ๊นติ้งแอนพับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน), 2552

9. Simons DG. Myofascial Pain Syndrome due to trigger points In Goodgold J, ed. Rehabilitation Medicine. St. Louis: Mosby,1988;686-273
10. อานนท์ พงศธรกุลพาณิช, พรฑิตา ชัยอำนวย, ไพจิตต์ อัศวบดี, อุรุยา ก้องเกียรติงาม. Myofascial Pain Syndrome in Thai community. จุลสารรูมาติสซั่ม 2538;4:2-9
11. วีณา อยู่ภู่. การวิเคราะห์องค์ประกอบความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก. ปริญญานิพนธ์ สาขาวิจัยและสถิติการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,2549.
12. เกศินี คำเหลา. การสำรวจระดับความวิตกกังวลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร,2553.
13. กิตติยาภรณ์ ภูครองหิน. ผลของการฝึกผ่อนคลายต่อระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2539.
14. สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. ครั้งที่ -. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554.
15. ศ.นพ.จำลอง ดิษยวณิช. แนวคิดเชิงพุทธของความวิตกกังวล[ออนไลน์].2556. แหล่งที่มา: http://www.lanna.mbu.ac.th/panya/no_60/vitok.asp[6 เมษายน 2558]
16. วิกิพีเดีย. ขีณาสพ[ออนไลน]. 2558. แหล่งที่มา : https://th.wikipedia.org/wiki
17. ภริดา วัชรโชติ. ความวิตกกังวล. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.vichaiyut.co.th. 2556.
18. ศรีเรือน แก้วกังวาน. ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ. 9th ed. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน; 2544.
19. อตินุช มาลากุล ณ อยุธยา. ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
20. Supawan. ทฤษฎีบุคลิกภาพของ Sigmand Freud[ออนไลน์].2553. เข้าถึงได้จาก: http://www.bloggang.com/mainblog.
21. ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : ผลจากการสำรวจระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติ ปี 2551. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf. 2551.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

22. ปริยศ กิตติธีระศักดิ์. ภาวะซึมเศร้า. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nurse.tu.ac.th/pdf/. 2556.

23. โรงพยาบาลมนารมย์. โรคซึมเศร้า. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.manarom.com/sara/depression.html. 2558.

24. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย,พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย.การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า (พิมพ์ครั้งที่1).กรุงเทพมหานคร :โรงพิมพ์บริษัทธนาเพลส;2553.

25. ทิพวรรณ ไตรติลานันท์. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โรงพยาบาลรามาธิบดี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

26. พวงทอง ไกรพิบูลย์. ปวด เจ็บ(Pain). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://haamor.com/th/%E0%B8%9B%E0%B8%A7%E0%B8%94/.2558

27. อำนวย ถิฐาพันธ์. ความปวด Pain : concept & mechanism. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://ramacme.ra.mahidol.ac.th/th/?q=node/15. 2552.

28. ศุภกิจ สุวรรณไตรย์. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการนวดแบบราชสำนักต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ คลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.

29. “พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dtam.moph.go.th/index.php/2556

30. มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา. ประวัติวิวัฒนาการและการประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:บริษัทสามเจริญพาณิชย์, 2550

31. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมและโรงเรียนอายุรเวทธำรง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์. หัตถเวชกรรมแผนไทย(การนวดไทยแบบราชสำนัก) การนวดพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ศุภวนิชการพิมพ์, 2554

32. Frank H. Netter, Atlas of human anatomy. 1906-1991.

33. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ. หัตถเวชกรรมไทย(นวดแบบราชสำนัก). พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร : พิฒเณศปริ๊นติ้งเซนเตอร์จำกัด, 2548

34. พวงผกา ตันกิจจานนท์. ประสิทธิผลของโปรแกรมคลายเครียดโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับการนวดไทยและการดัดตน เพื่อการคลายเครียด ในสตรีวัยกลางคน ตำบลพระยืน อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.

35. Tiffany Field P, Director TRI, Miami F, USA. Touch A Parent's Guide to Infant Massage 2006.

36. อภิญญา เอี่ยมตระการ, วารี จิรอดิศัย และฉัฐยา จิตประไพ. การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยคลินิคปวดหลัง โรงพยาบาลรามาธิบดี. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร ปีที่ 8. ฉบับที่ 1 (2541)

37. ธนินทร สมนึก. ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมัยโอฟาสเชี่ยล. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.siriraj-irbak.si.mahidol.ac.th. 2554

38. กิติยา โกวิทยานนท์, ปนดา เตชทรัพย์อมร. เปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอจาก Myofascial Pain Syndrome ด้วยการนวดไทยกับอัลตร้าซาวด์. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ 8, ฉบับที่ 2-3(2553)

39. เลขา ดีรูป. การเปรียบเทียบผลการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมัยโอฟาสเชี่ยลบริเวณบ่าด้วยวิธีฝังเข็มแบบจุดไกลและการใช้ dry needing. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ปีที่ 2, ฉบับที่ 2(2555)

40. เรณู มีชนะ. เปรียบเทียบผลของการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอลในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

41. ชาธิปัตย์ เครือพาณิชย์, อุไรวรรณ ชัชวาล, วิชัย อึงพินิจพงศ์และกรรณิการ์ คงบุญเกียรติ. ผลแบบทันทีของการนวดไทยในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยปวดศีรษะจากความเครียดแบบ Episodic tension-type headache. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.

42. กฤตฤณ กุลเวิน, เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์ และปานจิต วรรณภิระ. ผลการรักษาผู้ป่วยปวดคอหรือหลังส่วนบนจาก Myofascial Pain Syndrome ด้วยการนวดไทยร่วมการประคบสมุนไพร. วารสารการวิจัย ปีที่ 6, ฉบับที่ 2 (2556)

43. พีรดา จันทร์สิบูลย์, ศุภะลักษณ์ ฟักคำ. ประสิทธิผลของการนวดแบบราชสำนักในการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนของผู้มารับบริการในศูนย์วิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2553

44. คัญฑมารา สิทธิไกรพงษ์. การศึกษาประสิทธิผลการนวดไทยกับการใช้ยาไดโคลฟีแนค (Diclofenac) ในการลดอาการปวดบ่า. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 23, ฉบับที่ 5(2557)

45. ชนินทร์ ลีวานันท์. Thai Traditional Massage for Back Pain. [ออนไลน์].http://thaicamdb.info/show_research.php/2549

46. วินัย พากเพียร, สิทธิศักดิ์ หรรษาเวก. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคออร์โธปิดิกส์:ระบบสันหลัง-โรคและการบาดเจ็บ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จามจุรีโปรดักท์, 2555

47. สถาบันการแพทย์แผนไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2553

48. วิไล อุดมพิทยาสรรพ์. ผลการนวดไทยต่อการลดอาการปวดศีรษะจากความเครียด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2543.

49. Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam W.M. Mitchell. Gray’s Anatomy for student,2005.

50. สันต์ หัตถีรัตน์. ตำราซักประวัติและตรวจร่างกาย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2550.

51. ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. การใช้ SPSS เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล. เอกสารการเรียนการสอนระดับปริญญาโท สาขาการวัดผลการศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2542.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถาม

<u>เรื่อง</u> ผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

<u>ส่วนที่ 1</u> **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล**

คำชี้แจง : โปรดตอบแบบสอบถามทุกคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลง ☐ ในตัวเลือกที่เป็นคำตอบของท่าน และเติมข้อมูลในช่องว่าง (.....) ให้ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ ..... ปี

2. เพศ

   ชาย ☐$_1$ หญิง ☐$_2$

3. สถานภาพสมรส

   โสด (ยังไม่เคยแต่งงาน) ☐$_1$
   แต่งงาน/อยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยา ☐$_2$
   หม้าย(คู่สมรสเสียชีวิต) ☐$_3$
   หย่าร้าง ☐$_4$
   แยกกันอยู่ (จากปัญหาชีวิตคู่) ☐$_5$

4. ปัจจุบันท่านมีบุตร (ถ้ามี)

   จำนวน .....คน

5. วุฒิการศึกษา

   ไม่ได้เรียน ☐$_1$
   ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ☐$_2$
   มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ☐$_3$
   อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า ☐$_4$
   ปริญญาตรี ☐$_5$

สูงกว่าปริญญาตรี ☐6

6. ศาสนา

พุทธ ☐1 คริสต์ ☐3

อิสลาม ☐2 .อื่นๆ (โปรดระบุ) ☐4

.....

7. อาชีพ

เกษตรกร/ทำไร่สวน ☐1 รับจ้างทั่วไป ☐4

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐2 ธุรกิจส่วนตัว ☐5

พนักงานบริษัทเอกชน ☐3 อื่นๆ (โปรดระบุ) ☐6

.....

8. รายได้เฉลี่ยทั้งหมดต่อเดือนของท่าน

รายได้ทั้งหมด ..... บาท/เดือน

9. โดยเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ ท่านใช้เวลาในการทำงานกี่วัน

5 วันหรือมากกว่า ☐1

3-4 วัน ☐2

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 วัน ☐3

ไม่ได้ทำงาน ☐4

10. อิริยาบถแต่ละวัน (ส่วนใหญ่)

นั่ง ☐1 เดิน/ยืน ☐2

ยกของหนัก ☐3 เขียนหนังสือหรือใช้ computer ต่อเนื่อง ☐4

อื่นๆ (โปรดระบุ) ☐5 .....

11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

ไม่มี ☐1

มี ☐2

โปรดระบุ .....

12. การนอนหลับ

วันละ ..... ชั่วโมง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

<u>ส่วนที่ 2</u> แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai Hads)

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่านเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะเจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด
   - ☐ 1. เป็นส่วนใหญ่
   - ☐ 2. บ่อยครั้ง
   - ☐ 3. เป็นบางครั้ง
   - ☐ 4. ไม่เป็นเลย
2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้
   - ☐ 1. เหมือนเดิม
   - ☐ 2. ไม่มากเท่าแต่ก่อน
   - ☐ 3. มีเพียงเล็กน้อย
   - ☐ 4. เกือบไม่มีเลย
3. ฉันมีความรู้สึกกลัวคล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น
   - ☐ 1. มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย
   - ☐ 2. มี แต่ไม่มากนัก
   - ☐ 3. มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ
   - ☐ 4. ไม่มีเลย
4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้
   - ☐ 1. เหมือนเดิม
   - ☐ 2. ไม่มากนัก
   - ☐ 3. มีน้อย
   - ☐ 4. ไม่ได้เลย
5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล
   - ☐ 1. เป็นมากทีเดียว
   - ☐ 2. บ่อยมาก
   - ☐ 3. เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

☐ 4. ไม่เป็นเลย

6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน
   - ☐ 1. ไม่มีเลย
   - ☐ 2. ไม่บ่อยนัก
   - ☐ 3. เป็นบางครั้ง
   - ☐ 4. เป็นส่วนใหญ่
7. ฉันสามารถทำตัวตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย
   - ☐ 1. เหมือนเดิม
   - ☐ 2. ได้โดยทั่วไป
   - ☐ 3. ไม่บ่อยนัก
   - ☐ 4. ไม่มีเลย
8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม
   - ☐ 1. เกือบตลอดเวลา
   - ☐ 2. บ่อยครั้ง
   - ☐ 3. เป็นบางครั้ง
   - ☐ 4. ไม่เคยเป็น
9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง
   - ☐ 1. ไม่เป็นเลย
   - ☐ 2. เป็นบางครั้ง
   - ☐ 3. ค่อนข้างบ่อย
   - ☐ 4. บ่อยมาก
10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตัวเอง
    - ☐ 1. ใช่
    - ☐ 2. ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร
    - ☐ 3. ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน
    - ☐ 4. ยังใส่ใจเหมือนเดิม
11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้
    - ☐ 1. เป็นมากทีเดียว
    - ☐ 2. ค่อนข้างมาก
    - ☐ 3. ไม่มากนัก
    - ☐ 4. ไม่เป็นเลย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

12. ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ

☐ 1. มากเท่าที่เคยเป็น

☐ 2. ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น

☐ 3. น้อยกว่าที่เคยเป็น

☐ 4. เกือบจะไม่มีเลย

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

☐ 1. บ่อยมาก

☐ 2. ค่อนข้างบ่อย

☐ 3. ไม่บ่อยนัก

☐ 4. ไม่มีเลย

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆที่เคยเพลิดเพลินได้

☐ 1. เป็นส่วนใหญ่

☐ 2. เป็นบางครั้ง

☐ 3. ไม่บ่อยนัก

☐ 4. น้อยมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

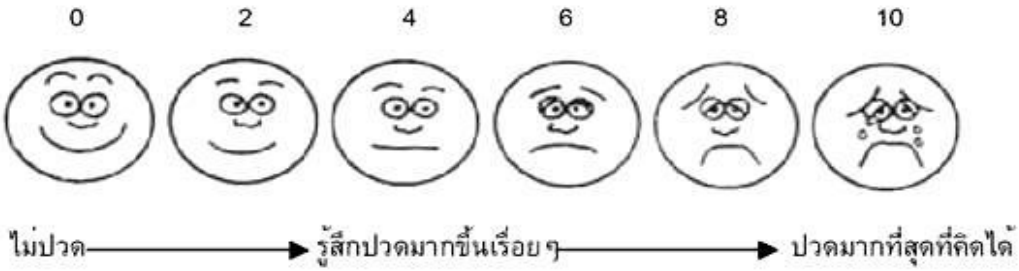
<u>ส่วนที่ 3</u> แบบวัดระดับความปวดฉบับภาษาไทย (Short – form McGill Pain Questionnaire Thai version) และ Vital sign

แบบวัดระดับความปวดฉบับภาษาไทย (Short – form McGill Pain Questionnaire Thai version)

ครั้งที่ ..... **วันที่ประเมิน** .....

	<u>ไม่ปวด/รู้สึก</u>	<u>ปวด/รู้สึกน้อย ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน</u>	<u>ปวด/รู้สึกปานกลาง รบกวนชีวิตประจำวัน</u>	<u>ปวด/รู้สึกมาก จนทนไม่ได้</u>
ปวดตุ๊บๆ	0).....	1).....	2).....	3).....
ปวดจี๊ด	0).....	1).....	2).....	3).....
ปวดเหมือนถูกแทง	0).....	1).....	2).....	3).....
ปวดแปลๆ	0).....	1).....	2).....	3).....
ปวดเกร็ง	0).....	1).....	2).....	3).....
ปวดเหมือนถูกแทะ	0).....	1).....	2).....	3).....
ปวดแสบปวดร้อน	0).....	1).....	2).....	3).....
ปวดตื้อๆ	0).....	1).....	2).....	3).....
ปวดหนักๆ	0).....	1).....	2).....	3).....
กดเจ็บ	0).....	1).....	2).....	3).....
ปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยง	0).....	1).....	2).....	3).....
รู้สึกเหนื่อยล้า	0).....	1).....	2).....	3).....
รู้สึกไม่สบาย	0).....	1).....	2).....	3).....
รู้สึกหวาดกลัวความเจ็บปวด	0).....	1).....	2).....	3).....
รู้สึกทรมาน	0).....	1).....	2).....	3).....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University



Vital Sign และการตรวจร่างกายเฉพาะที่

Vital sign

ความดันโลหิต (Blood pressure) .....

ชีพจร (Pulse Rate) .....

อัตราการหายใจ (Respiratory Rate) .....

อุณหภูมิร่างกาย (Temperature) .....

น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

BMI .....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คณะแพทยศาสตร์ **จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**	**เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย** **(Information sheet for research participation)** **หน้า 1/5**

ชื่อโครงการวิจัย ผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวจิรภรณ์ แนวบุตร

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 เบอร์โทรศัพท์ โทร 0-22564298, 0-22564346

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่าน

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อนของท่าน และแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลและความเป็นมา

ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบทั้งต่อร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในช่วงที่สังคมโลกเปลี่ยนไป การใช้ชีวิต การทำงาน ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ง่าย และในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดพบว่าภาวะทางด้านจิตใจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่ออาการปวดได้ การศึกษาถึงผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จะช่วยในการวางแผนการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ทั้งยังนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ในสาขาสุขภาพจิตและงานวิจัยต่อไป

คณะแพทยศาสตร์ **จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**	**เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย** **(Information sheet for research participation)** **หน้า 2/5**

<u>วัตถุประสงค์ของการศึกษา</u>

เพื่อศึกษาผลของการนวดแผนไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์โดย จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 20 คน

<u>วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย</u>

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ท่านจะได้รับการรักษา ทั้งหมด 3 ครั้ง ในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ของสัปดาห์ ด้วยวิธีการนวดไทยแบบราชสำนักโดยผู้วิจัย คือ นางสาวจิรภรณ์ แนวบุตร

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ในส่วนที่ 1 ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวลและซึมเศร้าก่อนการรักษา จำนวน 13 ข้อ และโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินในส่วนที่ 3 ได้แก่ แบบวัดระดับความปวดฉบับภาษาไทย จำนวน 15 ข้อ ประเมินระดับความปวดก่อนการรักษา ระดับ 0 - 10 วัด vital sign / การตรวจร่างกายเฉพาะที่ โดยผู้วิจัย และรับการรักษาโดยการนวดแผนไทย (กดจุดแบบราชสำนัก) ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

ครั้งที่ 2 ท่านจะได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยการนวดแผนไทย (กดจุดแบบราชสำนัก) รวมระยะเวลา 40 นาที

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวลและซึมเศร้าก่อนการรักษา และส่วนที่ 3 แบบวัดระดับความปวดฉบับภาษาไทย ประเมินระดับความปวดหลังการรักษา วัด vital sign /การตรวจร่างกายเฉพาะที่ โดยผู้วิจัย ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

โดยโปรแกรมการนวดไทย (Intervention)

การนวดไทยแบบราชสำนัก ในที่นี้อ้างอิงสูตรการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ทำการรักษาโดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มีใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทยประยุกต์

- นวดแผนไทย (กดจุดแบบราชสำนัก) 30 นาที
- ประคบสมุนไพร 10 นาที

โดยผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยของท่าน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation) หน้า 3/5

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย หากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นท่านสามารถผู้วิจัยได้ที่ 0-81850-9930 หรือ 0-82419-7474

ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัย แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปสู่แนวทางในการวางแผนการส่งเสริม ดูแลและรักษาผู้ป่วย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และในศาสตร์การรักษาทางแพทย์แผนไทยต่อไป

ค่าตอบแทนผู้ร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัยติดตามการรักษา 3 ครั้ง ท่านจะได้รับยาหม่องน้ำสมุนไพรเป็นการแสดงความขอบคุณ

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะไม่มีค่าใช่จ่ายในการเข้าร่วมวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง

- ขอให้ท่านแจ้งผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากท่านพบอันตรายเกิดจากการทำวิจัยท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากพิสูจน์ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวจิรภรณ์ แนวบุตร โทร 0-81850-9930 , 0-82419-7474 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation) หน้า 4/5

<u>การเข้าร่วมและสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย</u>

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับบริการตามปกติของท่านแต่อย่างใด

<u>ทางเลือกหรือกระบวนการการรักษาอื่นๆในกรณีที่ท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย</u>

ในกรณีที่ท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถเข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้ เช่น การฝังเข็มโดยแพทย์แผนจีน การทำกายภาพบำบัด ยาแก้ปวด/คลายกล้ามเนื้อ ฯลฯ

<u>การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร</u>

ข้อมูลที่อาจจะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน หากท่านยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ตึกธนาคารกรุงเทพฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-22564298, 0-22564346)

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	**เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)** **หน้า 5/5**

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ในการตัดสินใจดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับความไม่สบายที่ท่านจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลข่มขู่

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

คณะแพทยศาสตร์ **จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**	**เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย** **(Information sheet for research participation)** **หน้า 1/2**

การวิจัยเรื่อง ผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน.....

พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/

นางสาว.....ที่

อยู่.....ได้รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าเข้าใจข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการทำวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษา พยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน คณะกรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	**เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)** **หน้า 2/2**

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(นางสาว จิรภรณ์ แนวบุตร) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ : นางสาว จิรภรณ์ แนวบุตร

วันเดือนปีเกิด : วันที่ 7 กันยายน 2530 จังหวัดยโสธร

ปัจจุบัน อายุ 27 ปี

ประวัติการศึกษา :

ปีพ.ศ. 2553 สำเร็จการศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต (แพทย์แผนไทยประยุกต์) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีพ.ศ. 2556 ศึกษาต่อวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต หลักสูตรสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการทำงาน:

ปีพ.ศ. 2553 ทำงานในตำแหน่งเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยประยุกต์ วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชมงคลธัญญบุรี (คลองหก) ทำงานในตำแหน่ง sale-marketing สถาบันเวชศาสตร์ความงามแผนไทย

ปีพ.ศ. 2554 – ปัจจุบัน ทำงานในตำแหน่ง แพทย์แผนไทย คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University