

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิก
แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 Graduate School.

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH MYOFASCIAL PAIN SYNDROME
AT THAI TRADITIONAL MEDICINE CLINIC, SURATTHANI HOSPITAL

Miss Ubonkarn Yodtor

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 2011

Copyright of Chulalongkorn University

อุบลกาญจน์ ยอดต่อ : ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วย
ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. (PREVALENCE
AND FACTORS ASSOCIATED WITH MYOFASCIAL PAIN SYNDROME AT THAI
TRADITIONAL MEDICINE CLINIC, SURATTHANI HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก : ศศ.ดร.นพ.ชัยชนะ นิ่มนวล, 69 หน้า.

การศึกษาเรื่อง Myofascial pain syndrome ในประเทศไทยมักกระจายอยู่ในกลุ่มแพทย์
เวชศาสตร์ฟื้นฟู, ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และอายุรแพทย์ ซึ่งพบอุบัติการณ์ที่แตกต่างกัน
ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในคลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ยังไม่มีการศึกษาในคลินิกแพทย์แผนไทย
ในเชิงประจักษ์ ในการวิจัยนี้ การเป็น Myofascial pain syndrome กำหนดโดย การได้รับวินิจฉัยว่า
เป็น Myofascial pain syndrome จากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือโรคลมปลายปัตคาด จากแพทย์
แผนไทย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัย
ที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 273 คน เครื่องมือที่ใช้มี 4 ส่วน ได้แก่
1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบบันทึกการวินิจฉัย จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย
3) แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression scale ฉบับภาษาไทย 4) แบบสอบถามคุณภาพ
ชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Chi-
Square Test และ Multiple logistic regression

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Myofascial pain syndrome ร้อยละ 74.7 ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมี
Myofascial pain syndrome คือ อายุ 55 ปี หรือน้อยกว่า และการมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย
ระดับกลางๆ ถึงไม่ดี

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชาสุขภาพจิต..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ปีการศึกษา 2554.....

5374673230 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS : MYOFASCIAL PAIN SYNDROME/ PREVALENCE/ ASSOCIATED FACTORS

UBONKARN YODTOR : PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH MYOFASCIAL PAIN SYNDROME AT THAI TRADITIONAL MEDICINE CLINIC, SURATTHANI HOSPITAL. ADVISOR : ASST. PROF. CHAICHANA NIMNUAL, M.D., 69 pp.

Studies of Myofascial pain syndrome in Thailand were usually conducted in rehabilitation medicine, orthopedic surgery and medical clinic. There has been no empirical study in Thai traditional medicine clinic. Myofascial pain syndrome in this research is diagnosed by modern medicine and Thai traditional medicine.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to determine prevalence and factors associated with myofascial pain syndrome. Data were collected from 273 patients of Thai traditional medicine clinic, Suratthani hospital. The instruments consisted of four following parts; 1) General Background Questionnaire 2) Thai Hospital Anxiety and Depression scale (Thai HADS) 3) WHOQOL-BREF-THAI 4) The diagnoses of Myofascial pain syndrome and Lomplai Pattakad extracted from patients medical records. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-Square statistics and multiple logistic regression analysis.

The results revealed that 74.7% of patients in Thai traditional medicine clinic had Myofascial pain syndrome. Those with aged 55 or younger and those with moderate or low physical aspect of quality of life were the factors associated with the prevalence of myofascial pain syndrome.

Department : Psychiatry

Student's Signature

Field of Study : Mental Health

Advisor's Signature

Academic Year : 2011

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาจากบุคคลหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ ชัยชนะ นิ่มนวล อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่ให้แนวทางในกระบวนการการทำวิจัย แนวทางการแก้ไขปัญหา คอยชี้แนะแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ สุภปีติพร ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ สำหรับการให้เกียรติมาเป็นคณะกรรมการในการการสอบวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทั้งยังช่วย ชี้แนะให้แก้ไขในข้อบกพร่องบางประการ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิทย์ ที่อนุญาตให้ใช้ แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression scale ฉบับภาษาไทย และ นายแพทย์ สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล ที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับ ภาษาไทย ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ ธรรมบุญ สุขุมานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์ อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล ขอขอบพระคุณ คุณหญิงศรี อุทัยรัตน์ หัวหน้าคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ให้ความกรุณา อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยเป็นอย่างดี และงานวิจัยนี้จะสำเร็จลงไม่ได้ หากไม่มีผู้ป่วยในคลินิก แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ยินดีสละเวลา ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่คอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานต่างๆ จนวิทยานิพนธ์นี้ สำเร็จ

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ญ |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| คำถามของการวิจัย..... | 2 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 2 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 2 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 3 |
| ข้อจำกัดการวิจัย..... | 3 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 4 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 4 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 5 |
| Myofascial pain syndrome..... | 5 |
| ลักษณะทางคลินิก..... | 5 |
| การวินิจฉัยลมปลายปัตคาดเทียบเคียงกับ Myofascial pain syndrome..... | 6 |
| การวินิจฉัยแยกโรค..... | 7 |
| กลุ่มอาการที่พบร่วมด้วย..... | 7 |
| วิตกกังวล..... | 7 |
| ซึมเศร้า..... | 8 |
| คุณภาพชีวิต..... | 9 |

| บทที่ | หน้า |
|-------|------|
| | ๗ |
| | หน้า |
| | 9 |
| | 10 |
| | 10 |
| | 14 |
| | 14 |
| 3 | 16 |
| | 16 |
| | 16 |
| | 17 |
| | 20 |
| | 21 |
| 4 | 23 |
| | 24 |
| | 26 |
| | 28 |
| | 35 |
| 5 | 37 |
| | 37 |
| | 37 |
| | 39 |

บทที่

หน้า

| | |
|--|----|
| ข้อเสนอแนะ..... | 40 |
| รายการอ้างอิง..... | 41 |
| ภาคผนวก..... | 45 |
| ภาคผนวก ก ใบจริยธรรม..... | 46 |
| ภาคผนวก ข จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ /ขอเก็บข้อมูล..... | 49 |
| ภาคผนวก ค เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย..... | 53 |
| ภาคผนวก ง เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย..... | 58 |
| ภาคผนวก จ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย..... | 61 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... | 69 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า |
|--|------|
| 3.1 แสดงการแปรผลค่าคะแนนแบบสอบถามคุณภาพชีวิต..... | 19 |
| 3.2 แสดงแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ปรับข้อคำถาม | 19 |
| 3.3 แสดงการแปรผลค่าคะแนนคุณภาพชีวิตหลังปรับข้อคำถาม | 20 |
| 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละ ลักษณะต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง..... | 24 |
| 4.2 แสดงลักษณะทั่วไป ภาวะวิตกกังวล/ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตจำแนกตาม การวินิจฉัย..... | 27 |
| 4.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบโรค Myofascial pain syndrome กับโรคลมปลายปัตคาด..... | 29 |
| 4.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบ Myofascial pain syndrome/ลมปลายปัตคาด กับกลุ่มอาการอื่นๆ..... | 31 |
| 4.5 วิเคราะห์เปรียบเทียบ Myofascial pain syndrome/ลมปลายปัตคาด กับกลุ่มอาการอื่นๆยกเว้น โรค Migraine..... | 33 |
| 4.6 การวิเคราะห์การถอดยลจิตติกเชิงพหุเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome Model 1..... | 35 |
| 4.7 การวิเคราะห์การถอดยลจิตติกเชิงพหุเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome Model สุดท้าย..... | 36 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“อาการปวด” หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายกายหรือจิตใจอันเนื่องมาจากการมี หรือ แขนงโน้มที่จะมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หรือเป็นเพียงความรู้สึกที่ราวกับว่ามีการบาดเจ็บ “อาการปวด” เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เป็นสัญญาณเตือนภัยที่มีความไวสูง เพื่อบอกให้ทราบว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย ทำให้อาการปวดถูกจัดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า (The Fifth Vital Sign) เพราะ “อาการปวด” มีความเกี่ยวข้องกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา แต่อาจแตกต่างกันในบทบาทหน้าที่⁽¹⁾

อาการปวดกล้ามเนื้อมักเป็นอาการนำหรือร่วมกับอาการอื่น ที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุด ส่วนใหญ่หาสาเหตุไม่ได้ชัดเจน การปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะปวดแบบเรื้อรังเป็น โรคที่มีสถิติ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการหยุดงานอีกด้วย⁽²⁾

จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยนอก ตามกลุ่มสาเหตุจากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ไทย ในปี พ.ศ.2552 พบว่า มีผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการทางสาธารณสุขด้วยโรกระบบกล้ามเนื้อรวม โครงสร้างและเนื้อเยื่อยึดเสริม (Disease of musculoskeletal system and connective tissue) เป็น จำนวน 16,789,872 คน⁽³⁾ ซึ่งโรคในกลุ่มของระบบกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อยคือ Myofascial pain syndrome Myofascial pain syndrome เป็นอาการปวดกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย มักปวดเป็นบริเวณกว้าง โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน พบมากในวัยทำงานทุก สาขาอาชีพ ความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละคน อาจปวดเพียงเล็กน้อยเป็นครั้งคราวแล้วหายได้เอง หรือปวดรุนแรงกระทั่งขยับไม่ได้ ส่วนใหญ่จะเป็นๆ หายๆ เรื้อรังไม่รุนแรง แต่สามารถบั่นทอน ความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้มาก⁽⁴⁾

การศึกษาเรื่อง Myofascial pain syndrome ในประเทศไทยมักกระจายอยู่ในกลุ่มแพทย์เวช ศาสตร์ฟื้นฟู, ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และอายุรกรรม โดยเฉพาะสาขาโรคข้อรูมาติสซั่ม⁽⁵⁾ พบว่า Myofascial pain syndrome มีอุบัติการณ์แตกต่างกันในแต่ละการสำรวจ บางรายงานกล่าวว่าพบได้ ถึง 21% ของผู้ป่วยออโทปิดิกส์ และ 30% ในคลินิกเวชกรรมทั่วไป⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นการศึกษาในคลินิก แพทย์แผนปัจจุบันทั้งสิ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาในคลินิกแพทย์แผนไทยในเชิงประจักษ์

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรค Myofascial pain syndrome ที่คลินิกแพทย์ แผนไทยในครั้งนี้ จึงช่วยขยายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ Myofascial pain syndrome ให้ครอบคลุม ในกลุ่มผู้รับบริการทางการแพทย์อีกกลุ่มหนึ่ง โดยอาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียม

ความพร้อมในการรับมือกับผู้ป่วยที่อาจมีจำนวนมาก และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

คำถามของการวิจัย

1. ความหูกของผู้ป่วย Myofascial pain syndrome ที่มารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีเท่าใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความหูกของผู้ป่วย Myofascial pain syndrome ที่มารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

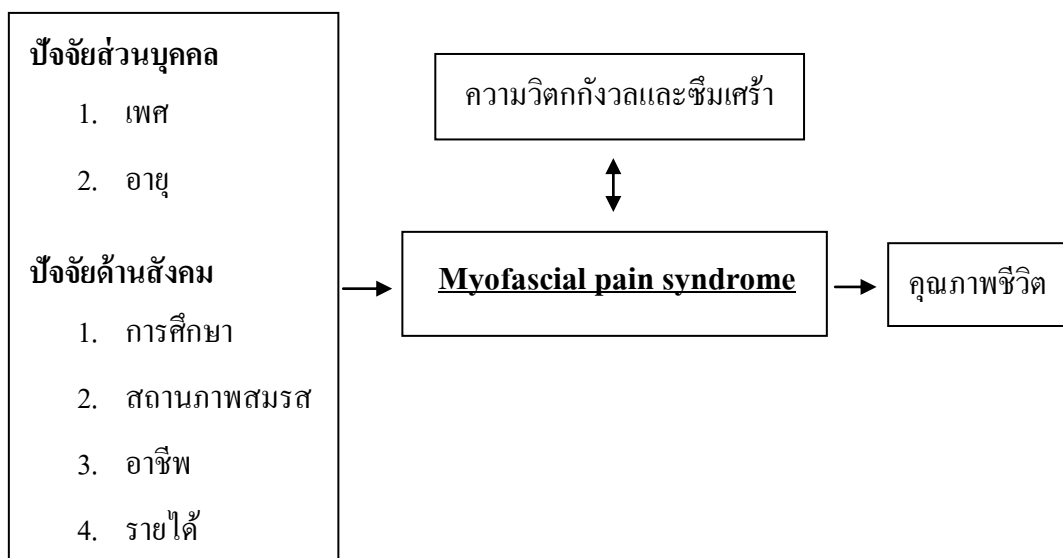
ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งทางโรงพยาบาลได้มีนโยบายในการให้บริการทางการแพทย์แบบผสมผสาน มีการนำการรักษาทางแผนไทยมาร่วมรักษาด้วย ดังนั้นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทยจะมี 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน แล้วพบว่าสามารถใช้แนวทางการรักษาทางแผนไทยได้ และผู้ป่วยที่สมัครใจมารับบริการทางแผนไทยโดยตรง จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทย โดยใช้แนวทางการวินิจฉัยและรักษาด้วยแพทย์แผนไทย ซึ่งคลินิกแพทย์แผนไทยนี้เริ่มเปิดให้บริการในปี พ.ศ.2546 มีแพทย์แผนไทยที่มีหน้าที่ตรวจและวินิจฉัยโรคจำนวน 2 คน และมีเจ้าหน้าที่แผนไทย 9 คน มีหน้าที่นวดรักษาผู้ป่วย ภายในคลินิก มีเตียงสำหรับการรักษา 8 เตียง ผู้สำหรับอบสมุนไพร 2 ตู้ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาจะได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกายด้วยวิธีทางแผนไทย และบันทึกข้อมูลไว้ในเวชระเบียนแผนไทยก่อนการรักษาทุกครั้ง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงตั้งแต่วันที่ 5 กันยายน พ.ศ.2554 ถึง วันที่ 19 มกราคม พ.ศ.2555 โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 273 คน และผ่านเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาทั้งหมด กล่าวคือ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา (Variables)

1. Myofascial pain syndrome
2. ตัวแปรส่วนบุคคล
3. ตัวแปรด้านสังคม
4. ตัวแปรความวิตกกังวลและซึมเศร้า
5. ตัวแปรคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)



ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มโรค และจำกัดเฉพาะที่คลินิกเดียวเท่านั้น จึงไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระจายผลไปสู่กลุ่มประชากรทั่วไป

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

- Myofascial pain syndrome หมายถึงกลุ่มอาการปวดร้าว (referred pain) หรืออาการของระบบประสาทอิสระ (autonomic symptom) มีสาเหตุจาก Myofascial trigger point (TrP) ของกล้ามเนื้อหรือเนื้อเยื่อพังผืด โดยจำกัดอยู่ที่บริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกาย เช่น คอ, แขน, สะบัก, ไหล่, หลัง, สะโพก แต่ผู้ป่วยต้องไม่มีไข้ เมื่ออาหาร อ่อนเพลีย หรือน้ำหนักลดร่วมด้วย⁽⁷⁾ ซึ่งในการวิจัยนี้ การมี Myofascial pain syndrome กำหนดโดย การได้รับวินิจฉัยว่าเป็น Myofascial pain syndrome (MPS), Myofascial trigger point pain syndrome (MTPPS) โดยแพทย์แผนปัจจุบัน หรือ โครลมปลายปิดคาด โดยแพทย์แผนไทย

- ความวิตกกังวล หมายถึงความรู้สึกของการเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น และความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคย ภาวะเช่นนี้จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลตระหนักว่ามีอะไรบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตน แต่ยังไม่สามารถลงมือจัดการกับสิ่งนั้นได้ เนื่องจากยังไม่ได้เกิดขึ้นจริงๆ หากสิ่งนั้นได้เกิดขึ้นแล้ว ความวิตกกังวลก็จะหมดไป⁽⁸⁾ ซึ่งในการวิจัยนี้ความวิตกกังวลจะถูกประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) พัฒนาโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ⁽⁹⁾

- ซึมเศร้า หมายถึงอาการเบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงานหรือการเรียน⁽¹⁰⁾ ซึ่งในการวิจัยนี้ อาการซึมเศร้าจะถูกประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) พัฒนาโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ⁽⁹⁾

- คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตอยู่ด้วยความพึงพอใจในสิ่งที่ตนได้สัมผัส ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับบุคคล สังคม และวัฒนธรรมแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ⁽¹¹⁾ ซึ่งในการวิจัยนี้ คุณภาพชีวิตถูกประเมินโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ⁽¹²⁾

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของ Myofascial pain syndrome เพื่อนำไปใช้สำหรับการวางแผนในการให้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทย
2. ได้ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ Myofascial pain syndrome เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมป้องกัน
3. มีข้อมูลในการทำการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์หรือเชิงลึกต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โรคไมโอฟาซเซียล เพน ซินโดรม (Myofascial pain syndrome)
2. ความวิตกกังวล
3. ซึมเศร้า
4. คุณภาพชีวิต

Myofascial pain syndrome (MPS)

หมายถึงกลุ่มอาการปวดร้าว (referred pain) หรืออาการของระบบประสาทอิสระ (autonomic symptom) โดยมีสาเหตุจาก Myofascial trigger point (TrP) ของกล้ามเนื้อหรือเนื้อเยื่อพังศืด โดยจะจำกัดอยู่ที่บริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกาย เช่น คอ, แขน, สะบัก, ไหล่, หลัง, สะโพก แต่ที่สำคัญคือผู้ป่วยต้องไม่มีไข้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หรือน้ำหนักลดร่วมด้วย⁽⁷⁾ มีอุบัติการณ์แตกต่างกันในแต่ละการสำรวจ บางรายงานกล่าวว่าพบได้ถึง 21% ของผู้ป่วยออโทปีดิกส์ และ 30% ในคลินิกเวชกรรมทั่วไป⁽⁶⁾ อายุโดยเฉลี่ยที่พบคือ 45.6 ± 11.4 ปี⁽¹³⁾ เพศหญิงพบได้บ่อยกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2.4:1 เนื่องจากในเพศหญิงมีค่าระดับการรับรู้ความเจ็บปวดด้วยแรงกด (Pressure Pain Threshold) ต่ำกว่าเพศชายในกล้ามเนื้อทุกมัด⁽¹⁴⁾ อานนท์ พงศ์ธรรกุลพานิชและคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า Myofascial pain syndrome มักพบในผู้ที่สมรสแล้ว และพบได้ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันในทุกระดับการศึกษา ไม่พบความแตกต่างกันในกลุ่มอาชีพ แต่ข้อมูลจาก Travell, J.G. และ Simon, D.G.⁽¹⁶⁾ พบ Myofascial pain syndrome ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานน้อยที่สุด

ลักษณะทางคลินิก^(7, 17)

อาการเด่นคือ

1. ปวดร้าวเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย (regional pain) ความรุนแรงอาจมีเพียงเล็กน้อยพอรำคาญหรืออาจจะปวดรุนแรงจนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้

2. อาการปวดร้าวจะมีลักษณะเฉพาะตัว สามารถหาได้ว่าอาการปวดที่แท้จริงเกิดขึ้นที่กล้ามเนื้อใด อาจมีอาการของระบบประสาทอิสระร่วมด้วย เช่น ช้ำ วาบ เย็น เหน็บ หนา ซีด ขนลุก เหงื่อออกตามบริเวณที่มีอาการปวดร้าว หากมีอาการปวดบริเวณคออาจมีอาการมึนงง หูอื้อ ตาพร่ามัว

3. Trigger point คือจุดปวดที่ไวต่อการกระตุ้น เกิดขึ้นตามกล้ามเนื้อหรือพังศืดมีขนาด 2-3 มม. มักเกิดร่วมกันเป็นกลุ่ม เวลาคลำจะรู้สึกถึงความตึง (taut band) หรือเป็นก้อน (nodule) สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการปวดได้ง่าย แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

-Active trigger point คือ trigger point ที่แสดงอาการปวดในสภาวะปกติ

-Latent trigger point คือ trigger point ที่ในสภาวะปกติจะไม่แสดงอาการ แต่เมื่อถูกกระตุ้นด้วยแรงกด หรือ ใช้เข็มแทง จึงจะมีอาการปวด latent trigger point พบได้บ่อยกว่า active trigger point

การวินิจฉัยลมปลายปัตคาดเทียบเคียงกับการวินิจฉัย Myofascial pain syndrome

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Tough, A., et al⁽¹⁸⁾ ไม่พบว่ามีเกณฑ์การวินิจฉัย Myofascial pain syndrome ที่สรุปได้ชัดเจน และยังพบว่ามิงานวิจัยจำนวนน้อยมาก ที่มีการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability), ความไว (sensitivity), ความจำเพาะ (specificity) ของเกณฑ์การวินิจฉัย Myofascial pain syndrome แต่พบว่า มีอาการสำคัญบางอาการที่ระบุไว้ตรงกันในหลายๆ การศึกษา คือ มีจุดกดเจ็บชัดเจนในมัดกล้ามเนื้อ, สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการปวดได้เมื่อกดที่จุดกดเจ็บนั้น, มีอาการปวดร้าวตามแบบแผนของมัดกล้ามเนื้อที่มีจุดกดเจ็บ, สามารถกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมัดกล้ามเนื้อได้ชั่วคราว โดยการกดหรือแทงเข็มบนจุดกดเจ็บ, พิสัยการเคลื่อนไหวลดลง หากเทียบเคียงกับ Myofascial pain syndrome จะเห็นว่า 4 อาการแรก คือมีจุดกดเจ็บชัดเจนในมัดกล้ามเนื้อ, สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการปวดได้เมื่อกดที่จุดกดเจ็บนั้น, มีอาการปวดร้าวตามแบบแผนของมัดกล้ามเนื้อที่มีจุดกดเจ็บ, สามารถกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมัดกล้ามเนื้อได้ชั่วคราว พบร่วมกับอาการสำคัญของ myofascial pain syndrome ของการศึกษาส่วนใหญ่

การวินิจฉัยทางคลินิกจึงตั้งอยู่บนการซักประวัติและตรวจร่างกายเป็นสำคัญ คือ ประวัติของอาการปวด และ/หรืออาการประสาทอิสระบริเวณใดบริเวณหนึ่ง ร่วมกับตรวจร่างกายที่กล้ามเนื้อโดยการคลำหรือกดด้วยนิ้วมือ ต้องพบ TrP ที่สามารถแสดงอาการต่างๆ ตามที่ผู้ป่วยให้ประวัติได้ชัดเจน⁽¹⁹⁾ ถ้าอาการต่างๆ ดำเนินอย่างต่อเนื่องหรือเกิดซ้ำอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน เรียกว่า chronic MPS

MPS พบได้ทั้ง acute และ chronic forms ทั้ง primary และ secondary forms โดย

1. Acute MPS จะมีประวัตินำมาของ sudden overload เช่น sprain, strain หรือ injury ส่วนใหญ่อาการจะค่อยๆ ดีขึ้นเอง จนหาย หรือถ้าไม่หาย การรักษาเฉพาะที่ ที่ตำแหน่งของ TrP ด้วยวิธีต่างๆ มักจะได้ผลดีต่างกับกรณีของ Chronic MPS
2. Chronic MPS ส่วนใหญ่จะมีปัจจัยเกื้อหนุนให้เรื้อรัง (perpetuating factors) ปัจจัยต่างๆ ในที่นี้หมายถึงภาวะไม่ใช่โรค ในกรณีนี้เรียกว่า secondary MPS

การวินิจฉัยแยกโรค ^(20, 21)

MPS เป็นกลุ่มอาการที่สามารถเลียนแบบโรคและอาจเกิดร่วมกับโรคอื่นๆ ได้ หลักการที่นำมาพิจารณาวินิจฉัยแยกโรคจึงต้องคำนึงถึง 4 ประเด็นหลักที่สำคัญ คือ

1. MPS เป็นกลุ่มอาการปวดที่สามารถเกิดได้ทุกบริเวณของร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรคจึงต้องแยกจากโรคต่างๆ ที่สามารถก่อให้เกิดอาการปวดในบริเวณนั้นๆ เช่น TrP ที่กล้ามเนื้อบ่า คอ และศีรษะก่อให้เกิดอาการปวดหัว ต้องวินิจฉัยแยกโรคกับ tension headache หรือ migraine ส่วน TrP ที่กล้ามเนื้อหน้าอกด้านซ้ายทำให้เจ็บหน้าอก ต้องวินิจฉัยแยกโรคกับภาวะ angina pectoris
2. บริเวณที่มีอาการปวดอาจแคบหรือกว้างขึ้นอยู่กับ TrP ของกล้ามเนื้อแต่ละมัด ถ้าเป็นบริเวณแคบและใกล้ตำแหน่งของข้อต่อ ต้องแยกโรคกับภาวะ osteoarthritis, bursitis หรือ tendinitis ถ้ามีอาการเป็นบริเวณกว้าง ต้องแยกกับภาวะ neuralgia หรือ peripheral neuropathy
3. ในกรณีที่ TrP กระจายหลายบริเวณต้องแยกกับ widespread pain เช่น fibromyalgia
4. Chronic MPS อาจเกิดร่วมกับ co-morbid ที่มีอาการคล้ายคลึงกันได้บ่อย เช่น osteoarthritis

กลุ่มอาการที่พบร่วมด้วย

1. กลุ่มอาการวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกของการเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญหน้ากับสิ่งที่เกิดขึ้น และความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคย ภาวะเช่นนี้จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลตระหนักว่ามีอะไรบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตน แต่ยังไม่สามารถลงมือจัดการกับสิ่งนั้นได้ เนื่องจากยังไม่ได้เกิดขึ้นจริงๆ หากสิ่งนั้นได้เกิดขึ้นแล้ว ความวิตกกังวลก็จะหมดไป เพราะไม่ต้องเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหา

เหลืออยู่ก็แค่การลงมือปฏิบัติจริง และภาวะอารมณ์ชนิดอื่นจะเข้ามาแทนที่ความวิตกกังวล⁽⁸⁾ โดยความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อร่างกายคือ เกิดการกระตุ้นการทำงานของประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปเกิดอาการต่างๆ เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูงขึ้น วิงเวียน เป็นลม เหงื่อออก แน่นหน้าอก หายใจสั้น กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปั่นป่วนในท้อง ท้องเสีย ท้องผูก ปวดแสบปวดร้อนในกระเพาะอาหาร ประจำเดือนผิดปกติ นอนไม่หลับ ความวิตกกังวลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการเกิด Myofascial pain syndrome และผู้ป่วยบางคนอาจเกิดความวิตกกังวลจากความเรื้อรังของอาการปวดที่ไม่ได้รับคำวินิจฉัยอย่างชัดเจน Sidney B., et al.⁽²²⁾ ศึกษาผู้ป่วย Myofascial pain syndrome จำนวน 1,953 คนใน South Manchester, UK พบว่า 11.9% ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรควิตกกังวลร่วมด้วย ส่วน Fernandez, C., et al.⁽²³⁾ พบว่าความวิตกกังวลเพิ่มความปวด ความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ และเป็นปัจจัยลด MPS threshold

2. ซึมเศร้า (Depression)

ดวงใจ กษานติกุล⁽¹⁰⁾ ได้อธิบายภาวะซึมเศร้า (Depression) ว่า ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่างๆ ดังนี้

1. อาการทางกาย (Vegetative) เช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเพลียเพลียแรง หมดอารมณ์ทางเพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้น วัยรุ่นสาวอาจมีอาการรับประทานมาก นอนมาก ซึ่งไม่เป็นอาการตามรูปแบบ (Atypical)

2. พฤติกรรมคำพูด (Psychomotor) ผู้ป่วยอายุน้อย มักมีอาการเชื่องซึม (Retardation) เหม่อลอย คิดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบาและแยกตัวไม่ยอมพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร ผู้ป่วยสูงอายุ มักมีอาการหลงลืมง่าย หรือซึมเศร้าแบบกระวนกระวายกระสับกระส่าย (Agitated Depression) มีอาการนั่งไม่ติดต้องเดินไปเดินมา ทรมานใจมาก

3. ความคิดกังวล (Cognitive) คิดเรื่องร้ายๆ มองโลกทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ วิตกกังวลไปต่างนานา ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อยๆ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตัวเองว่าเลวหรือโง่ รู้สึกท้อแท้ที่ท้อถอย รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดหวัง ไม่มีทางออก ไม่เห็นทางแก้ปัญหา ทั้งที่ความจริงไม่มีปัญหา แต่ผู้ป่วยคิดไปเอง ทำให้คิดฆ่าตัวตาย Mallen, C. และ Peat, G.⁽²⁴⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังและไม่มี

อาการอักเสบร่วมด้วย พบว่ามี severe depressive 1.9% moderate depressive 11.4% mild depressive 21.7% และ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 63.8%

3. คุณภาพชีวิต

หมายถึง การมีชีวิตอยู่ด้วยความพึงพอใจในสิ่งที่ตนได้สัมผัส ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ทั้งนี้ความรู้สึกดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับบุคคล สังคม และวัฒนธรรมแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ⁽¹¹⁾ ผู้ป่วย Myofascial pain syndrome มักมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงเนื่องจากอาการปวดที่เรื้อรัง เป็นๆหายๆ รบกวนการนอน รบกวนการทำงาน เป็นผลให้เกิดการหยุดงานบ่อยครั้ง หรือทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ Landis, C.A., et al.⁽²⁵⁾ ศึกษาพบว่าผู้ป่วย Myofascial pain syndrome 73% มีปัญหาการนอน โดยผู้ป่วยมักบอกว่าโดนปลุกให้ตื่นตลอดคืน เนื่องจากปวด เป็นๆ หายๆ ตื่นตอนเช้าไม่สดชื่น และรู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อยล้า จากการทบทวนวรรณกรรมโดย Celiker, R., et al.⁽²⁶⁾ พบว่าผู้ป่วยที่เป็น Myofascial pain syndrome มีองค์ประกอบหลายด้านของคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป เช่น เรื่อง ความปวด กำลังวังชา การเคลื่อนไหวร่างกาย การนอน และด้านอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า

พยาธิกำเนิด

กลไกที่แท้จริงไม่ทราบชัดเจน แต่ที่กล่าวถึงกันอย่างกว้างขวางในกรณีของ Chronic MPS คือการผสมกันระหว่างความผิดปกติของ peripheral nociception กับ central sensitization⁽²⁷⁾ เรียงลำดับเหตุการณ์ดังนี้

1. ภาวะที่กล้ามเนื้อทำงานเกินกำลังจาก physical และ/หรือ psychosocial overload จนถึงจุดที่มี motor endplate dysfunction ทำให้เกิดการบกพร่องของพลังงาน เป็นที่มาของการอธิบายภาวะอาการล้าของกล้ามเนื้อมัดที่มี TrP ซึ่งทำให้เกิด muscle contraction knot
2. Muscle contraction knot เป็น self-sustained contraction ตรงตำแหน่งของ TrP จึงสามารถคลำได้เป็นลิ่มหรือก้อน และทำให้พิสัยการเคลื่อนไหวน้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่ามีสารค้างค้ำของ waste products ที่ก่ออาการปวดหลายชนิด แต่ไม่พบ inflammatory-process cell ที่ชัดเจน
3. Autonomic nervous disturbance จากการกระตุ้นของสารค้างค้ำดังกล่าว เป็นที่มาของ autonomic symptoms ต่างๆ ในบริเวณนั้นๆ
4. Central sensitization ซึ่งจะทำให้ TrP มีความไวต่อการกระตุ้นมากขึ้น

Perpetuating factors แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่⁽²⁸⁾ ที่ควรทราบคือ

1. Physical Perpetuating factors ที่พบบ่อย ได้แก่ poor physical conditions, poor posture, repetitive microtrauma ที่คาบเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้กล้ามเนื้อซ้ำๆ จนเกิดภาวะ overload บ่อยครั้งคือกิจกรรมหรืองานที่ทำประจำ ซึ่งผู้ป่วยและแพทย์ส่วนใหญ่จะนึกไม่ถึง ผู้ป่วยหลายรายจึงให้ประวัติว่าอาการเกิดขึ้นเอง โดยไม่ได้ไปทำอะไรที่ผิดปกติ ด้วยเหตุนี้การกลับมาของ TrP หลังจากการรักษา จึงเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง

2. Psychological Perpetuating factors ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล, เครียด, ท้อแท้, ซึมเศร้า

3. Systemic Perpetuating factors ที่พบบ่อยได้แก่

- ภาวะ low normal vitamin B 1, 6, 12, folic acid และ vitamin C อาการที่พบบ่อยคือ เพลีย ชาปลายมือปลายเท้า
- ภาวะ borderline hypothyroid อาการที่พบบ่อยคือ อ่อนล้า เหนื่อยชา หนาวง่าย ท้องผูก

Chronic MPS อาจเกิดร่วมกับโรคอื่น (co-morbid) ที่พบบ่อย ได้แก่ osteoarthritis และ fibromyalgia

การตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการ⁽²⁸⁾

การตรวจค้นทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัย MPS ไม่มีความจำเป็น เพราะที่ตำแหน่ง TrP จะไม่พบความผิดปกติที่ชัดเจนใดๆ ส่วนใหญ่ทราบได้จากการซักประวัติ และตรวจร่างกาย การตรวจค้นอาจมีความจำเป็นในกรณีที่สงสัยโรคอื่น หรือโรคร่วม (co-morbid) ต่างๆ เช่น รังสีวินิจฉัยในกรณี osteoarthritis

การรักษา Myofascial pain syndrome

การรักษา Primary MPS

หมายถึง MPS ที่เป็นสาเหตุอาการปวดของผู้ป่วยโดยไม่มี perpetuating factors ซึ่งพบได้น้อย ส่วนใหญ่สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรังมาจากการมองข้ามในการวินิจฉัย ถ้าวินิจฉัยถูกต้อง การรักษาที่ TrP ทุกวิธี ได้ผลดีและไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในด้าน evidence-based ของแต่ละวิธี⁽²³⁾ การรักษาที่เหมาะสม ควรจะพิจารณาจากวิธีที่ผู้ป่วยพึงพอใจ และไม่มี

ข้อห้าม ส่วนการรักษาระยะยาวเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ จะต้องคำนึงถึงความปลอดภัย สามารถนำไปปฏิบัติได้เอง ง่าย คุ่มค่าและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยเอง

การรักษา Primary MPS ที่ได้รับความนิยมได้แก่

1. การยืดกล้ามเนื้อที่มี TrP (stretching)

การยืดกล้ามเนื้อซ้ำๆ จนถึงจุดที่ตึง หรือเริ่มมีอาการปวดเล็กน้อย และค้างไว้ระยะเวลาหนึ่ง ข้อดีคือปลอดภัย สะดวก และสามารถทำได้เอง ถือเป็นมาตรฐานการรักษาพื้นฐานที่จะต้องทำในทุกราย⁽⁶⁾ โดยทั่วไปควรยืดกล้ามเนื้อค้างไว้นาน 20-30 วินาที ขณะยืดควรอยู่ในภาวะผ่อนคลาย และจัดทำทางให้มั่นคง ทำชุดละ 5-10 ครั้ง และควรทำต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 2 ชุด (เป็นเวลา 2 สัปดาห์ นับเป็น 1 course)

2. การนวด (massage)⁽⁶⁾

นยมนวดแบบกดจุด (acupressure) โดยการนวดแผนไทยสามารถครอบคลุมพื้นที่ ที่มีอาการปวดได้เป็นอย่างดี ผลพลอยได้ที่เป็นจุดเด่นคือ deep relaxation นวดไทยมีสองแบบคือ นวดราชสำนักซึ่งเน้นการกดจุดอย่างเดียว และนวดเขลยศักดิ์ ที่มีการยืดคัดร่วมด้วย ซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา TrP ได้มาก แต่ควรระวังหรือหลีกเลี่ยงในรายที่มีภาวะ mechanical instability การนวดควรทำติดต่อกัน 6-12 ครั้ง (ถือเป็น 1 course)

3. การทำกายภาพบำบัด (physical therapy)⁽²⁰⁾

เป็นการรักษาที่มีองค์ประกอบหลายอย่างที่ช่วยรักษา TrP เช่น การประคบร้อน การนวด การยืดกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่จะทำมากกว่าหนึ่งอย่าง (การทำกายภาพบำบัด 2 สัปดาห์ ถือเป็น 1 course)

4. การฝังเข็ม (acupuncture)⁽²⁹⁾

ปลายเข็มจะทำให้ TrP คลายตัวด้วยกลไก mechanical disruption และพบว่าจุดฝังเข็มมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับตำแหน่งของ TrP ที่พบบ่อยถึง 71% (ฝังเข็ม 10 ครั้ง ถือเป็น 1 course)

5. การแทงเข็มที่ TrP (dry needling)⁽⁶⁾ เป็นอีกทางเลือกที่ใช้แทนการฝังเข็มได้

6. การฉีดยาที่ TrP (trigger point injection)^(6, 20)

เชื่อว่าผลของการรักษา TrP ที่สำคัญมาจากการแทงเข็ม โดยที่สารหรือยาที่ใช้เป็นเพียงตัวเสริม สารที่นิยมใช้คือ ยาชาเฉพาะที่ ควรเลือกใช้ชนิดที่มีผล myotoxic น้อยและความเข้มข้นอยู่ในระดับที่ระงับการทำงานของ sensory fiber โดยไม่ยับยั้งการทำงานของ motor fiber เช่น 0.5% bupivacaine

หรือ 1% lidocaine ยาชาที่ใช้ต้องไม่มีส่วนผสมของ adrenaline ที่จะทำให้มีการหดตัวของเส้นเลือด บริเวณ TrP ปริมาณยาที่ใช้เฉลี่ย 0.5-2 มล. ต่อจุด ขึ้นอยู่กับขนาดของกล้ามเนื้อ แต่ต้องคำนึงถึง ปริมาณสูงสุด ในแต่ละครั้งที่ทำการรักษาหลายจุดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

7. Botulinum Toxin injection⁽⁶⁾

มีข้อบ่งชี้ในกรณีของ Refractory TrP หรือ TrP ที่ตอบสนองต่อการทำ TrP eradication แต่ผลที่ได้ อยู่เพียงเวลาอันสั้น ด้วยค่าใช้จ่ายที่สูงเพราะยาราคาแพงจึงสมควรอยู่ในดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ

8. ยา (drugs)⁽²⁰⁾

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานว่ายาตัวใดสามารถทำให้ TrP คลายตัวจนหายไปได้ แต่ยาก็มีความจำเป็นใน กรณีต่างๆ ดังนี้

- ลดอาการปวดซึ่งเป็นการรักษาตามอาการ ในกรณีที่ปวดน้อยถึงปานกลางนิยมใช้ ยาแก้ปวดธรรมดา เช่น acetaminophen ส่วนใหญ่ใช้ในครั้งแรกของการทำ TrP eradication ซึ่ง การรักษาบางวิธีอาจมีอาการปวด หลังจากรักษาได้ เช่น trigger point injection การฝังเข็ม ควร หลีกเลี่ยง aspirin เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ bleeding ของการรักษาในหลายวิธี ในกรณีที่ ปวดปานกลางถึงรุนแรง อาจพิจารณาให้ยากลุ่ม tramadol และควรหลีกเลี่ยงการใช้ติดต่อกัน เป็น เวลานาน ยากลุ่มที่นิยมใช้ มีดังนี้

ยากล่อมกล้ามเนื้อ (muscle relaxants) ที่แพทย์นิยมสั่งให้ผู้ป่วย ยังไม่มีหลักฐาน สนับสนุนว่าสามารถทำให้ TrP สลายหรือคลายตัวได้ และอาจทำให้ภาวะ overload ที่ TrP มากขึ้น จากการที่เข้าไปมีผลให้กล้ามเนื้อปกติรอบๆ TrP คลายตัว ผู้ป่วยบางรายจะรู้สึกถึงอาการที่มากขึ้น ได้ สำหรับรายที่ใช้แล้วอาการดีขึ้น มักจะเป็นในกรณีของ TrP ที่กล้ามเนื้อรอบๆ หรือ ใกล้เคียงมีการ เกร็ง (muscle spasm) หรือความตึงตัว (muscle tension) รวมอยู่ด้วย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบได้บ่อย ยาจะมีผลในการคลายและลดอาการของกล้ามเนื้อรอบๆ TrP แต่จะไม่สามารถทำให้ TrP คลายหรือ หายไปได้

NSAIDs เป็นอีกกลุ่มของยาที่ถูกใช้บ่อยในกรณี MPS แต่ผลที่ได้มักจะน้อยกว่า ที่คาดหวัง เนื่องจากที่ตำแหน่งของ TrP นั้น ไม่พบ inflammatory-mediated cells ที่ชัดเจน แต่ยา กลุ่มนี้อาจมีประโยชน์ในกรณีที่มี inflammatory joint diseases เป็น co-morbid

Steroids เป็นกลุ่มยาที่นิยมนำมาใช้ในการฉีดที่ตำแหน่ง TrP โดยเชื่อว่าได้ผลดีกว่า การใช้ยาเฉพาะที่ในการลดอาการปวด และแก้ไขภาวะ fibrosis ที่ตำแหน่ง TrP แต่ไม่มีหลักฐาน สนับสนุน จึงไม่แนะนำ เนื่องจากผลที่ได้ไม่คุ้มค่าต่อการเสี่ยงกับ local และ systemic side effects ของ steroid

- ใช้รักษา perpetuating factors บางอย่าง เช่น vitamin, antidepressants และอาจใช้ anxiolytics เช่น clonazepam ในระยะสั้นตามความจำเป็น
- ใช้รักษา co-morbid ตัวอย่างที่พบบ่อยคือ osteoarthritis และ neuropathic pain การรักษาแต่ละวิธี จะมีทั้งจุดเด่นและจุดด้อย ข้อควรระวังและข้อห้ามที่แตกต่างกัน การรักษาในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการมากและซับซ้อน อาจจำเป็นต้องมีการผสมผสานของการรักษามากกว่าหนึ่งอย่าง เพื่อความเหมาะสม

การรักษา Secondary MPS

Secondary MPS หมายถึง MPS อันเนื่องมาจากการชักนำของ perpetuating factors การรักษาที่ TrP เป็นเพียงการรักษาตามอาการ และมักจะได้ผลชั่วคราว การรักษาเพื่อหวังผลระยะยาว จะต้องมุ่งประเด็นไปที่การค้นหาและทำการแก้ไข Perpetuating factors ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม และอาจพบได้มากกว่าหนึ่งอย่างในผู้ป่วยบางราย

การแก้ไข Perpetuating factors

1. Physical perpetuating factors⁽⁶⁾ ปัจจัยทางร่างกายของผู้ป่วยที่ทำให้ TrP อยู่ในสภาพที่ overload จนเกิดอาการได้บ่อย มักจะมีความคล้ายหรือใกล้เคียงกันเกือบทุกรายคือ

- ท่าทางที่ไม่สมดุล (poor posture) แก้ไขโดยจัดสมดุลให้ร่างกายอยู่ในลักษณะที่เสถียรเปรียบเชิงกลน้อยสุดโดย ไบพู หัวไหล่ ปมกระดูก Trochanter อยู่ในแนวเส้นดิ่งเดียวกันในท่า นั่ง และอยู่ในแนวเส้นเดียวกับจุดกลางด้านข้างข้อเข่าในท่ายืน (good posture) ในทางปฏิบัติมีได้หลายวิธีเช่น การปรับท่าทาง การดัดแปลงอุปกรณ์เครื่องใช้ที่มีผลต่อท่าทางให้เหมาะสม ปรับสมดุลร่างกายด้วยโยคะ ส่วนที่เหมาะสมและนิยมในรายสูงอายุ อาจเป็นรำไม้พลองหรือรำมวยจีน การแก้ไขท่าทางนอกจากมีผลในการรักษา ยังเป็นการเสริมบุคลิกภาพที่ดีอีกด้วย

- สมรรถภาพร่างกายไม่สมบูรณ์เพียงพอ (poor physical conditions) แก้ไขโดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ข้อควรระวังคือ อาการปวดอาจกำเริบมากขึ้น ซึ่งมักเกิดจากการออกกำลังกาย มากเกินความสามารถของร่างกาย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องออกกำลังกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป และคำนึงถึงสมรรถภาพของตนเองเป็นหลัก

2. Psychological Perpetuating factors ที่สำคัญคือความวิตกกังวลจนอาจถึงขั้นซึมเศร้า จากความเรื้อรังของอาการที่ไม่ได้รับคำตอบที่ชัดเจน⁽³⁰⁾ บ่อยครั้งที่หลายรายถูกเข้าใจว่าแกล้งทำ หรือไม่ได้ปวดจริง อีกทั้งถูกคิดว่าอาการทางจิตใจเป็นสาเหตุหลัก เนื่องจากอาการมักจะกำเริบหรือรุนแรง ในช่วงที่มีงานมาก เร่งรีบ ซึ่งเป็นช่วงที่มีปัจจัยทางกายมากระตุ้นคู่กัน การวินิจฉัยที่เหมาะสมก็สามารถทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นมาก การอธิบายให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจน ให้ความเข้าใจ

ตลอดจนแนะนำแนวทางรักษา การให้กำลังใจและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย มีประโยชน์มาก สำหรับรายที่มีอาการรุนแรงอาจพิจารณาให้ anxiolytic หรือ antidepressant⁽³¹⁾ ในช่วงเริ่มการรักษา

3. Systemic Perpetuating factors⁽²⁰⁾ ควรสอบถามหรือสังเกตจากอาการที่ผู้ป่วยบอกเล่า ที่พบบ่อยคือ

- อาการอ่อนเพลีย ซาปลายมือปลายเท้าเป็นครั้งคราว ควรนึกถึงภาวะ low normal level water soluble vitamins ให้ทำการเสริม vitamin B1, 6, 12 และ folic acid ตลอดจน vitamin C ขนาดที่แนะนำคือ ขนาดน้อย เช่น B1 10 mg., B6 10 mg., B12 500 mg., folic acid 1 mg, และ C 500 mg. ซึ่งทั้งหมดสามารถพบได้ในวิตามินรวมบางขนาน การให้เกินขนาดดังกล่าวที่ไม่มากจนเกินไป จะไม่ก่อปัญหาเนื่องจากเป็น water soluble vitamins ปริมาณที่เกินความต้องการ ร่างกายสามารถขับออกได้ หลังจากรับอาหารเสริม อาการมักจะดีขึ้นภายใน 1-2 เดือน
- สำหรับรายที่มีอาการอ่อนล้า เฉื่อยชา หนาวง่าย ท้องผูก ให้นึกถึงภาวะ borderline hypothyroid ควรทำการยืนยันโดยส่งตรวจระดับฮอร์โมนก่อน ถ้าจะมีการใช้อาหารเสริม ควรให้ในปริมาณเล็กน้อย

Myofascial pain syndrome ในทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด Myofascial pain syndrome เทียบกับโรคลมปลายปัตคาดในแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด มีลักษณะเฉพาะคือ จะต้องมียจุดปวด หรือจุดกดเจ็บ (trigger point) เป็นจุดที่ทำให้เกิดการปวดร้าว ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย⁽³¹⁾ ไม่มีอาการอักเสบ แดงร้อน

ลมปลายปัตคาด⁽³²⁾

ความหมายของศัพท์ ปัตคาด หมายถึง กล้ามเนื้อ ปลาย หมายถึง จุดสิ้นสุด

ลมปลายปัตคาด เป็นลักษณะของกล้ามเนื้อที่เกิดภาวะเครียดแข็งเป็นก้อนเป็นลำ ทำให้เกิดอาการปวด แต่ไม่มีความร้อน (ถ้ามีความร้อนร่วมด้วยเรียก ลำของแทรกลมปลายปัตคาด) เป็นได้กับกล้ามเนื้อทุกมัด แต่ไม่เกิดกับกระดูก ข้อกระดูก ปกติกล้ามเนื้อที่ไม่มีปัญหาจะราบเรียบ กล้ามเนื้อที่เริ่มเกิดปัญหาที่จุดๆ หนึ่ง อาจคลำพบคล้ายเม็ดกรวด ที่ง้วนานขนาดจุดจะโตขึ้น ถ้าคลำถูกจุด trigger point จะเจ็บ เพราะมีการหดตัวของใยกล้ามเนื้อ เวลาคลำต้องลูบขวางกล้ามเนื้อ เพราะลูบตามแนวใยกล้ามเนื้อจะไม่พบจุด trigger point และถ้ากดจุดจะทำให้เกิดการคลายตัวและทำให้รู้สึกสบายขึ้น

ลมปลายปีศาจที่พบบ่อย คือ

1. ลมปลายปีศาจบ่า
2. ลมปลายปีศาจสัญญาณ 1 และ 3 หลัง
3. ลมปลายปีศาจสัญญาณ 4 และ 5 หลัง
4. ลมปลายปีศาจข้อศอก

หลักการรักษาลมปลายปีศาจ

1. นวด การนวดทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ก้อนคลายตัว ทำให้หลอดเลือดขยายตัว เลือดไหลเวียนดีขึ้น
2. งดอาหารแสลง เช่น ข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ แอลกอฮอล์ทุกชนิด
3. ประคบความร้อนชื้น ความร้อนทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว เลือดไหลเวียนดีขึ้น
4. การบริหาร โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อมัดที่มีปัญหา ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวจากการหดเกร็ง และเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ประชากรที่ศึกษา (Study Population) คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงที่เก็บข้อมูล และผ่านเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

พื้นที่ที่ศึกษา (Setting) คลินิกแพทย์แผนไทยนี้เริ่มเปิดให้บริการในปี พ.ศ.2546 ซึ่งประกอบด้วย แพทย์แผนไทยที่มีหน้าที่ตรวจและวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่แผนไทย ที่มีหน้าที่นวดรักษาผู้ป่วยจำนวน 9 คน ภายในคลินิก มีเตียงสำหรับรักษา 8 เตียง และตู้สำหรับอบสมุนไพร 2 ตู้ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาจะได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกายด้วยวิธีทางแผนไทย และบันทึกข้อมูลไว้ในเวชระเบียนแผนไทยก่อนการรักษาทุกครั้ง ซึ่งผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทยจะมี 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทย ปัจจุบัน แล้วพบว่าสามารถใช้แนวทางการรักษาทางแผนไทยได้จึงส่งต่อมารักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย และผู้ป่วยที่สมัครใจมารับบริการทางแผนไทยโดยตรง จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทย โดยใช้แนวทางการวินิจฉัยและรักษาด้วยแพทย์แผนไทย

หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่าน เขียน ภาษาไทยได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

หลักเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

มีโรคทางร่างกายที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการทำแบบสอบถาม เช่นตาบอด แขนอ่อนแรง

ตัวอย่าง (Sample)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงตั้งแต่วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2554 ถึง วันที่ 19 มกราคม พ.ศ.2555 ที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าศึกษาทั้งหมด ตามลำดับการเข้ารับการรักษา จำนวน 273 คน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 P(1-P)}{d^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha} = Z_{0.05} = 1.96$ (2-tail)

d = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้กำหนดที่ 0.05

P = สัดส่วนสิ่งที่สนใจเท่ากับ 0.2⁽⁶⁾ (เนื่องจากยังไม่เคยมีการสำรวจในคลินิกแพทย์แผนไทย จึงใช้ข้อมูลจากการสำรวจในคลินิกอโศกปิติกส์ ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะทางที่น่าจะมีความใกล้เคียงกันของข้อมูล)

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2(0.2)(0.8)}{(0.05)^2}$$

$$n = 246$$

ผู้วิจัยประมาณว่าอาจมีผู้ไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัยประมาณ 10% จำนวนตัวอย่างจึงถูกปรับเป็น 273 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามด้านบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน
2. แบบบันทึกการวินิจฉัยที่ได้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

3. แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วย Myofascial pain syndrome พัฒนาโดย ธนา นิลชัยโกวิทช์ และคณะ⁽⁹⁾ โดยตัวแบบสอบถามจะมีคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน คะแนนรวม 0-7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีความคิดปกติทางจิตเวช คะแนนรวม 8-10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และคะแนนรวม 11-21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความคิดปกติทางจิตเวช ผู้พัฒนาได้ทดสอบและสอบถามผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลรามารับดีจำนวน 60 ราย โดยเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่า Thai HADS สามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ศึกษาได้ดี โดยมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ และ สำหรับอาการซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 85.7 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ เมื่อใช้ cut-off point ที่คะแนน >11 คะแนนเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช Thai HADS มีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกคิดเป็นร้อยละ 88.3 สำหรับอาการวิตกกังวล ($P < 0.0001$, kappa = 0.67) และร้อยละ 90 สำหรับอาการซึมเศร้า ($P < 0.0001$, kappa = 0.73) ส่วนค่าความเชื่อถือเทียบจากค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.83 สำหรับ depression sub-scale

จากการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 273 คน ของการวิจัยนี้ พบว่า ค่า Cronbach's alpha coefficient ของ anxiety sub-scale และ depression sub-scale เท่ากับ 0.78 และ 0.72 ตามลำดับ

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ตรวจวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็น Myofascial pain syndrome พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ⁽¹²⁾ โดยตัวแบบสอบถามจะมีคำถาม 26 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อคำถามจะมีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ การแปลผล จะมี

คะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน ดังนี้ 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน (ตารางที่ 3.1) จากการทดสอบแบบสอบถามนี้โดยนำมาทดสอบเทียบกับ WHOQOL-100 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาย 208 คน เป็นหญิง 459 คน พบว่าค่า Cronbach's alpha coefficient ของ WHOQOL-100 และ WHOQOL-BREF มีค่าเป็น 0.92 และ 0.84 ตามลำดับ และความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องชี้วัดทั้งสองมีค่า $r=0.65$ ($p < 0.01$)

ตารางที่ 3.1 การแปลผลค่าคะแนนแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

| องค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน | | คุณภาพชีวิต ไม่ดี | คุณภาพชีวิต ปานกลาง | คุณภาพชีวิต ดี |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------|------------------------|-------------------|
| สุขภาพกาย | 2, 3, 4,10, 11,12, 24 | 7 - 16 | 17 – 26 | 27 - 35 |
| จิตใจ | 5, 6, 7, 8, 9, 23 | 6 - 14 | 15 – 22 | 23 - 30 |
| ความสัมพันธ์ทางสังคม | 13, 14, 25 | 3 - 7 | 8 – 11 | 12 - 15 |
| สิ่งแวดล้อม | 15, 16,17, 18, 19, 20, 21, 22 | 8 - 18 | 19 – 29 | 30 – 40 |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม | 1,26 | 26 - 60 | 61 – 95 | 96 - 130 |

จากการตรวจสอบคุณภาพของ WHOQOL-BREF-THAI ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 273 คน พบว่าบางข้อคำถามมีค่า Correlation กับข้ออื่นๆ ต่ำ (Item-Total Correlation) และเมื่อพิจารณาพร้อมกับองค์ประกอบแต่ละด้านของแบบสอบถามเพื่อคงความตรงเชิงเนื้อหา ตามที่แบบสอบถามถูกออกแบบไว้ จึงตัดข้อคำถามที่มี Correlation ในระดับต่ำ (< 0.20) ทำให้แบบสอบถามที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างนี้จะเหลือทั้งสิ้น 24 ข้อ จากเดิม 26 ข้อ (ตารางที่ 3.2)

ตารางที่ 3.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ปรับข้อคำถาม

| คุณภาพชีวิต 4 ด้าน | จำนวนข้อดั้งเดิม | ข้อที่ตัดออก | จำนวนข้อที่เหลือ | α |
|----------------------|-------------------------|--------------|------------------|----------|
| สุขภาพกาย | 2,3,4,10,11,12,24 | 11 | 6 | 0.71 |
| จิตใจ | 5,6,7,8,9,23 | - | 6 | 0.81 |
| ความสัมพันธ์ทางสังคม | 13,14,25 | 25 | 2 | 0.68 |
| สิ่งแวดล้อม | 15,16,17,18,19,20,21,22 | - | 8 | 0.83 |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม | 1-26 | 11,25 | 24 | 0.92 |

เนื่องจากจำนวนข้อคำถามของแต่ละด้านเปลี่ยนไป การแปลผลค่าคะแนน โดยอิงค่าคะแนนของแบบสอบถามดั้งเดิมจึงจำเป็นต้องแปลงค่า โดยปรับตามสัดส่วนของจำนวนข้อ แล้วอิงการแปลผลแบบดั้งเดิม (ตารางที่ 3.3)

ตารางที่ 3.3 การแปลผลค่าคะแนนคุณภาพชีวิตหลังปรับข้อคำถาม

| องค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน | คุณภาพชีวิต ไม่ดี | คุณภาพชีวิต ปานกลาง | คุณภาพชีวิต ดี |
|---------------------------------|----------------------|------------------------|-------------------|
| สุขภาพกาย | 6-14 | 15-22 | 23-30 |
| จิตใจ | 6-14 | 15-22 | 23-30 |
| ความสัมพันธ์ทางสังคม | 2-4 | 5-7 | 8-10 |
| สิ่งแวดล้อม | 8-18 | 19-29 | 30-40 |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม | 24-56 | 57-88 | 89-120 |

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม เอกสารราชการ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ขึ้นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เข้าพบหัวหน้าคลินิกแพทย์แผนไทย และเจ้าหน้าที่เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. แนะนำตัวพร้อมแสดงเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในครั้งนี้อย่างละเอียดจนผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
5. ชี้แจงถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และรายงานผลเป็นข้อมูลกลุ่ม โดยไม่มีผลวิจัยที่สามารถระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัยได้ การเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยยืนยันว่าผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบหรือไม่ตอบข้อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับแต่ประการใด

6. ชี้แจงถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ว่า จะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ป่วย Myofascial pain syndrome ส่วนความเสี่ยงที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจได้รับคือ อาจเสียเวลา และไม่สะดวกในการเข้าร่วมการวิจัย

7. ผู้วิจัยลงข้อมูลในแบบฟอร์มการวินิจฉัย Myofascial pain syndrome โดยข้อมูลได้จากแพทย์ประวัติผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยมี 2 ประเภท คือผู้ป่วยที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัย แล้วพบว่าสามารถใช้การรักษาทางแผนไทยได้ และผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แพทย์แผนไทยโดยตรง ซึ่งจะได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์แผนไทย

8. แจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่ยินยอมร่วมมือในการทำวิจัย

- แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)
- แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF-THAI)

9. เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 10 นาที ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง

10. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

11. นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 16 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนาสำหรับตัวแปรแต่ละตัว

- หาค่าความชุกของ Myofascial pain syndrome โดยคิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิก

2. สถิติสำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ที่ละคู่

- วิเคราะห์ตัวแปรเชิงคุณภาพโดยใช้ chi-square statistics

3. สถิติสำหรับวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome พร้อมกันหลายตัว
 - วิเคราะห์โดยใช้ Multiple Logistic Regression Analysis อย่างเป็นลำดับขั้น โดยเลือกตัวแปรจากผลการวิเคราะห์เบื้องต้นของตัวแปรทีละคู่ (Univariate analysis) ร่วมกับแนวคิดทางทฤษฎีที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ค่าสถิติที่ได้เป็นแบบ 2-tail และนัยสำคัญทางสถิติกำหนดที่ $p < 0.05$

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 273 คน โดยจะเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ลักษณะทั่วไป ภาวะวิตกกังวล/ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตจำแนกตามการวินิจฉัย

ส่วนที่ 3 การเทียบเคียงโรค Myofascial pain syndrome กับโรคลมปลายปัตคาด

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ Myofascial pain syndrome

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประมาณครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่า 45 ปี ส่วนมากมีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทยนี้ประมาณ $\frac{3}{4}$ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Myofascial pain syndrome หรือลมปลายปัตคาด ในภาพรวมส่วนใหญ่ไม่พบความผิดปกติทางจิตชนิควิตกกังวลหรือซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละ ลักษณะต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง (N=273)

| ตัวแปร | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 87 | 31.9 |
| หญิง | 186 | 68.1 |
| อายุ (\bar{X}=45.23, SD=12.61, Med=46, IQR=18, Min=21, Max=81) | | |
| น้อยกว่าเท่ากับ 35 ปี | 66 | 24.2 |
| 36 – 45 ปี | 64 | 23.4 |
| 46 – 55 ปี | 88 | 32.2 |
| 56 ปีขึ้นไป | 55 | 20.1 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 72 | 26.4 |
| สมรสหรืออยู่กับคู่ครอง | 170 | 62.3 |
| หม้าย | 13 | 4.8 |
| หย่า | 11 | 4.0 |
| แยกกันอยู่เป็นเวลา 3 เดือนขึ้นไป | 7 | 2.6 |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | |
| ไม่ได้ศึกษาเล่าเรียน | 2 | 0.7 |
| ต่ำกว่าประถมศึกษา | 4 | 1.5 |
| ประถมศึกษา | 21 | 7.7 |
| มัธยมศึกษา หรือ ปวช. | 58 | 21.2 |
| อนุปริญญา หรือ ปวส. | 24 | 8.8 |
| ปริญญาตรี | 124 | 45.4 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 40 | 14.7 |

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

| | ตัวแปร | จำนวน | ร้อยละ |
|--|--|-------|--------|
| อาชีพ* | | | |
| | ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 16 | 5.9 |
| | นักเรียน, นักศึกษา | 4 | 1.5 |
| | เกษตรกร | 19 | 7.0 |
| | ค้าขาย | 16 | 5.9 |
| | รับจ้างทั่วไป | 33 | 12.1 |
| | ธุรกิจส่วนตัว | 26 | 9.5 |
| | รัฐวิสาหกิจ | 16 | 5.9 |
| | รับราชการ | 109 | 39.9 |
| | เกษียณอายุ | 34 | 12.5 |
| รายได้ต่อเดือน | | | |
| | น้อยกว่า 15,000 บาท | 65 | 23.8 |
| | 15,000 - 24,999 บาท | 60 | 22.0 |
| | 25,000 – 44,999 บาท | 72 | 26.4 |
| | มากกว่า/เท่ากับ 45,000 บาท | 76 | 27.8 |
| การวินิจฉัยโรค | | | |
| | Myofascial pain syndrome | 89 | 32.6 |
| | ลมปลายปัตคาด | 115 | 42.1 |
| | Migraine | 35 | 12.8 |
| | Osteoarthritis of the knee | 16 | 5.9 |
| | Frozen shoulder | 13 | 4.8 |
| | Trigger finger | 5 | 1.8 |
| Thai HADS | | | |
| วิตกกังวล (\bar{X}=6.31, SD=3.33, Med=6, IQR=4, Min=0, Max=17) | | | |
| | ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช | 180 | 65.9 |
| | มีอาการวิตกกังวลสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน | 64 | 23.4 |
| | มีอาการวิตกกังวลสูงในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช | 29 | 10.6 |
| ซึมเศร้า (\bar{X}=4.17, SD=2.96, Med=4, IQR=4, Min=0, Max=20) | | | |
| | ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช | 236 | 86.4 |
| | มีอาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน | 29 | 10.6 |
| | มีอาการซึมเศร้าสูงในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช | 8 | 2.9 |

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

| ตัวแปร | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| WHOQOL-BREFF-THAI | | |
| ด้านสุขภาพกาย (\bar{X} =22.38, SD=3.39, Med=23, IQR=5, Min=12, Max=30) | | |
| คุณภาพชีวิตดี | 141 | 51.6 |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ | 125 | 45.8 |
| คุณภาพชีวิตไม่ดี | 7 | 2.6 |
| ด้านจิตใจ (\bar{X} =23.47, SD=3.42, Med=24, IQR=5, Min=11, Max=30) | | |
| คุณภาพชีวิตดี | 170 | 62.3 |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ | 102 | 37.4 |
| คุณภาพชีวิตไม่ดี | 1 | 0.4 |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | | |
| (\bar{X} =7.72, SD=1.41, Med=8, IQR=2, Min=4, Max=10) | | |
| คุณภาพชีวิตดี | 170 | 62.3 |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ | 99 | 36.3 |
| คุณภาพชีวิตไม่ดี | 4 | 1.5 |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | | |
| (\bar{X} =29.73, SD=4.65, Med=30, IQR=6, Min=15, Max=40) | | |
| คุณภาพชีวิตดี | 138 | 50.5 |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ | 132 | 48.8 |
| คุณภาพชีวิตไม่ดี | 3 | 1.1 |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม | | |
| (\bar{X} =90.42, SD=11.81, Med=90, IQR=17, Min=55, Max=117) | | |
| คุณภาพชีวิตดี | 149 | 54.6 |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ | 123 | 45.1 |
| คุณภาพชีวิตไม่ดี | 1 | 0.4 |

*ตัวแปรอาชีพ เป็นข้อมูลที่ไม่สามารถแยกแยะระหว่างอาชีพและสถานภาพการทำงานได้ จึงไม่นำตัวแปรอาชีพที่ได้เข้าร่วมวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป เนื่องจากผลที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อนหรืออคติสูง

ส่วนที่ 2 ลักษณะทั่วไป ภาวะวิตกกังวล/ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตจำแนกตามการวินิจฉัย

Migraine มีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงที่ใกล้เคียงกัน ส่วนกลุ่มวินิจฉัยอื่นมักพบในเพศหญิง กลุ่มอาการกระดูกและข้อพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 56 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ ส่วนโรคอื่นๆ มักอยู่ในช่วงอายุ 35-55 ปี กลุ่มตัวอย่างประมาณ 25-30% มีอาการวิตกกังวลมากหรือมีความวิตก

กังวลจนเป็นความผิดปกติทางจิตเวช แต่ไม่พบว่าแตกต่างกันในแต่ละการวินิจฉัย และประมาณ 10-20% เท่านั้นที่มีอาการซึมเศร้ามากหรือซึมเศร้าจนเป็นความผิดปกติทางจิตเวช แต่ไม่พบว่าแตกต่างกันในแต่ละการวินิจฉัย กลุ่มอาการกระดูกและข้อ มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อมดีกว่ากลุ่มอื่น คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมมีแนวโน้มไม่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มการวินิจฉัย (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 แสดงลักษณะทั่วไป ภาวะวิตกกังวล/ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตจำแนกตามการวินิจฉัย (N=273)

| ตัวแปร | MPS | ลมปลาย ปวด | Migraine | กระดูก/ข้อ | X ² | df | p |
|----------------------------|-----------|---------------|------------|------------|----------------|----|-------|
| | ร้อยละ(n) | ร้อยละ (n) | ร้อยละ (n) | ร้อยละ (n) | | | |
| เพศ | | | | | 6.90 | 3 | .08 |
| ชาย | 34.8 (31) | 29.6 (34) | 45.7 (16) | 17.6 (6) | | | |
| หญิง | 65.2 (58) | 70.4 (81) | 54.3 (19) | 82.4 (28) | | | |
| อายุ | | | | | 46.35 | 9 | <.01* |
| น้อยกว่า/เท่ากับ 35 ปี | 22.5 (20) | 28.7 (33) | 37.1 (13) | .0 (0) | | | |
| 36 – 45 ปี | 29.2 (26) | 22.6 (26) | 17.1 (6) | 17.6 (6) | | | |
| 46 – 55 ปี | 38.2 (34) | 31.3 (36) | 28.6 (10) | 23.5 (8) | | | |
| 56 ปีขึ้นไป | 10.1 (9) | 17.4 (20) | 17.1 (6) | 58.8 (20) | | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | 13.62 | 6 | .03* |
| สมรส | 60.7 (54) | 66.1 (76) | 51.4 (18) | 64.7 (22) | | | |
| โสด | 29.2 (26) | 23.5 (27) | 42.9 (15) | 11.8 (4) | | | |
| อื่นๆ | 10.1 (9) | 10.4 (12) | 5.7 (2) | 23.5 (8) | | | |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | | | | 5.53 | 6 | .48 |
| ประถมศึกษา/ต่ำกว่า | 9.0 (8) | 9.6 (11) | 8.6 (3) | 14.7 (5) | | | |
| มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา | 34.8 (31) | 24.3 (28) | 40.0 (14) | 26.5 (9) | | | |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 56.2 (50) | 66.1 (76) | 51.4 (18) | 58.8 (20) | | | |
| รายได้ต่อเดือน | | | | | 4.61 | 9 | .87 |
| น้อยกว่า 15,000 บาท | 23.6 (21) | 24.3 (28) | 25.7 (9) | 20.6 (7) | | | |
| 15,000 - 24,999 บาท | 20.2 (18) | 20.0 (23) | 31.4 (11) | 23.5 (8) | | | |
| 25,000 – 44,999 บาท | 27.0 (24) | 29.6 (34) | 20.0 (7) | 20.6 (7) | | | |
| มากกว่า/เท่ากับ 45,000 | 29.2 (26) | 26.1 (30) | 22.9 (8) | 35.5 (12) | | | |

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

| ตัวแปร | MPS | ลมปลาย ปวด | Migraine | กระดูก/ข้อ | X ² | Df | P |
|-------------------------------|------------|---------------|------------|------------|----------------|----|------|
| | ร้อยละ (n) | ร้อยละ (n) | ร้อยละ (n) | ร้อยละ (n) | | | |
| Thai HADS | | | | | | | |
| วิตกกังวล | | | | | 2.25 | 3 | .52 |
| ไม่มีความผิดปกติ | 66.3 (59) | 62.6 (72) | 65.7 (23) | 76.5 (26) | | | |
| มีอาการมาก/ภาวะวิตกกังวล | 33.7 (30) | 37.4 (43) | 34.3 (12) | 23.5 (8) | | | |
| ซึมเศร้า | | | | | 2.65 | 3 | .45 |
| ไม่มีความผิดปกติ | 82.0 (73) | 88.7 (102) | 85.7 (30) | 91.2 (31) | | | |
| มีอาการมาก/ภาวะซึมเศร้า | 18.0 (16) | 11.3 (13) | 14.3 (5) | 8.8 (3) | | | |
| WHOQOL-BREFF-THAI | | | | | | | |
| ด้านร่างกาย | | | | | 6.82 | 3 | .08 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 46.1 (41) | 48.7 (56) | 57.1 (20) | 70.6 (24) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 53.9 (48) | 51.3 (59) | 42.9 (15) | 29.4 (10) | | | |
| ด้านจิตใจ | | | | | .55 | 3 | .91 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 59.6 (53) | 62.6 (72) | 65.7 (23) | 64.7 (22) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 40.4 (36) | 37.4 (43) | 34.3 (12) | 35.3 (12) | | | |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | | | | | 1.18 | 3 | .76 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 61.8 (55) | 60.9 (70) | 60.0 (21) | 70.6 (24) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 38.2 (34) | 39.1 (45) | 40.0 (14) | 29.4 (10) | | | |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | | | | | 8.51 | 3 | .04* |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 47.2 (42) | 46.1 (53) | 51.4 (18) | 73.5 (25) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 52.8 (47) | 53.9 (62) | 48.6 (17) | 26.5 (9) | | | |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม | | | | | 4.46 | 3 | .22 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 55.1 (49) | 50.4 (58) | 51.4 (18) | 70.6 (24) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 44.9 (40) | 49.6 (57) | 48.6 (17) | 29.4 (10) | | | |

ส่วนที่ 3 การเทียบเคียงโรค Myofascial pain syndrome กับโรคลมปลายปวด

เนื่องจากผู้วิจัยสนใจว่าโรค Myofascial pain syndrome (แผนปัจจุบัน) กับ โรคลมปลายปวด (แผนไทย) เป็นกลุ่มที่คล้ายคลึงกันเพียงใด จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบ Myofascial pain syndrome กับลมปลายปวด (ตารางที่ 4.3) และ Myofascial pain syndrome/ลมปลายปวด กับ โรคอื่นๆ (ตารางที่ 4.4) และ Myofascial pain syndrome/ลมปลายปวด กับ โรคอื่นๆ ยกเว้น

Migraine (ตารางที่ 4.5) พบว่าเมื่อวิเคราะห์ Myofascial pain syndrome กับลมปลายปิดคาด ไม่มีปัจจัยใดที่แตกต่างกัน แต่เมื่อวิเคราะห์โดยจัดกลุ่ม Myofascial pain syndrome กับลมปลายปิดคาด ให้เป็นกลุ่มเดียวกัน แล้วเทียบเคียงกับกลุ่มอื่นๆ รวมทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ยกเว้น Migraine พบว่ากลุ่ม Myofascial pain syndrome และลมปลายปิดคาดมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าสูง หรือเป็นภาวะทางจิตเวชมากกว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อมแย่กว่ากลุ่มอื่นๆ จึงน่าจะเป็นไปได้ว่าทั้งสองโรคอาจเป็นโรคเดียวกัน เพียงแต่ใช้ชื่อแตกต่างกันตามสาขาการแพทย์ที่ต่างกัน คือการแพทย์แผนปัจจุบันใช้ชื่อ Myofascial pain syndrome และการแพทย์แผนไทยใช้ชื่อลมปลายปิดคาด

ตารางที่ 4.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบโรค Myofascial pain syndrome กับ โรคลมปลายปิดคาด (N=204)

| ตัวแปร | MPS ร้อยละ (n) | ลมปลายปิดคาด ร้อยละ (n) | X ² | df | p |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|----------------|----|-----|
| เพศ | | | .64 | 1 | .42 |
| ชาย | 34.8 (31) | 29.6 (34) | | | |
| หญิง | 65.2 (58) | 70.4 (81) | | | |
| อายุ | | | 4.17 | 3 | .24 |
| น้อยกว่า/เท่ากับ 35 ปี | 22.5 (20) | 28.7 (33) | | | |
| 36 – 45 ปี | 29.2 (26) | 22.6 (26) | | | |
| 46 – 55 ปี | 38.2 (34) | 31.3 (36) | | | |
| 56 ปีขึ้นไป | 10.1 (9) | 17.4 (20) | | | |
| สถานภาพสมรส | | | .87 | 2 | .65 |
| สมรส | 60.7 (54) | 66.1 (76) | | | |
| โสด | 29.2 (26) | 23.5 (27) | | | |
| อื่นๆ | 10.1 (9) | 10.4 (12) | | | |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | | 2.72 | 2 | .26 |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | 9.0 (8) | 9.6 (11) | | | |
| มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา | 34.8 (31) | 24.3 (28) | | | |
| ปริญญาตรีหรือมากกว่า | 56.2 (50) | 66.1 (76) | | | |
| รายได้ต่อเดือน | | | .31 | 3 | .96 |
| น้อยกว่า 15,000 บาท | 23.6 (21) | 24.3 (28) | | | |
| 15,000 - 24,999 บาท | 20.2 (18) | 20.0 (23) | | | |
| 25,000 - 44,999 บาท | 27.0 (24) | 29.6 (34) | | | |
| มากกว่า/เท่ากับ 45,000 บาท | 29.2 (26) | 26.1 (30) | | | |

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

| ตัวแปร | MPS ร้อยละ (n) | ลมปลายปัตคาด ร้อยละ (n) | X ² | df | P |
|-------------------------------|-------------------|----------------------------|----------------|----|-----|
| Thai HADS | | | | | |
| วิตกกังวล | | | .30 | 1 | .59 |
| ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช | 66.3 (59) | 62.6 (72) | | | |
| มีอาการมาก/ภาวะวิตกกังวล | 33.7 (30) | 37.4 (43) | | | |
| ซึมเศร้า | | | 1.83 | 1 | .18 |
| ไม่มีความผิดปกติ | 82.0 (73) | 88.7 (102) | | | |
| มีอาการมาก/ภาวะซึมเศร้า | 18.0 (16) | 11.3 (13) | | | |
| WHOQOL-BREFF-THAI | | | | | |
| ด้านร่างกาย | | | .14 | 1 | .71 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 46.1 (41) | 48.7 (56) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 53.9 (48) | 51.3 (59) | | | |
| ด้านจิตใจ | | | .20 | 1 | .66 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 59.6 (53) | 62.6 (72) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 40.4 (36) | 37.4 (43) | | | |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | | | .02 | 1 | .89 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 61.8 (55) | 60.9 (70) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 38.2 (34) | 39.1 (45) | | | |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | | | .03 | 1 | .88 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 47.2 (42) | 46.1 (53) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 52.8 (47) | 53.9 (62) | | | |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม | | | .43 | 1 | .51 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 55.1 (49) | 50.4 (58) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 44.9 (40) | 49.6 (57) | | | |

ตารางที่ 4.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบ Myofascial pain syndrome/ลมปลายปัตคาค กับกลุ่มอาการอื่นๆ (N=273)

| ตัวแปร | MPS/ลมปลายปัตคาค ร้อยละ (n) | อื่นๆ ร้อยละ (n) | X ² | df | p |
|----------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------|----|-------|
| เพศ | | | <.01 | 1 | .99 |
| ชาย | 31.9 (65) | 31.9 (22) | | | |
| หญิง | 68.1 (139) | 68.1 (47) | | | |
| อายุ | | | 17.7 | 3 | <.01* |
| น้อยกว่าเท่ากับ 35 ปี | 26.0 (53) | 18.8 (13) | | | |
| 36 – 45 ปี | 25.5 (52) | 17.4 (12) | | | |
| 46 – 55 ปี | 34.3 (70) | 26.1 (18) | | | |
| 56 ปีขึ้นไป | 14.2 (29) | 37.7 (26) | | | |
| สถานภาพสมรส | | | 1.12 | 2 | .57 |
| สมรส | 63.7 (130) | 58.0 (40) | | | |
| โสด | 26.0 (53) | 27.5 (19) | | | |
| อื่นๆ | 10.3 (21) | 14.5 (10) | | | |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | | .99 | 2 | .61 |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | 9.3 (19) | 11.6 (8) | | | |
| มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา | 28.9 (59) | 33.3 (23) | | | |
| ปริญญาตรีหรือมากกว่า | 61.8 (126) | 55.1 (38) | | | |
| รายได้ต่อเดือน | | | 2.65 | 3 | .45 |
| น้อยกว่า 15,000 บาท | 24.0 (49) | 23.2 (16) | | | |
| 15,000 - 24,999 บาท | 20.1 (41) | 27.5 (19) | | | |
| 25,000 – 44,999 บาท | 28.4 (58) | 20.3 (14) | | | |
| มากกว่าเท่ากับ 45,000 บาท | 27.5 (56) | 29.0 (20) | | | |
| Thai HADS | | | | | |
| วิตกกังวล | | | 1.06 | 1 | .30 |
| ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช | 64.2 (131) | 71.0 (49) | | | |
| มีอาการมาก/ภาวะวิตกกังวล | 35.8 (73) | 29.0 (20) | | | |
| ซึมเศร้า | | | .30 | 1 | .58 |
| ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช | 85.8 (175) | 88.4 (61) | | | |
| มีอาการมาก/ภาวะซึมเศร้า | 14.2 (29) | 11.6 (8) | | | |

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

| ตัวแปร | MPS/ลมปลายปีตคาด ร้อยละ (n) | อื่นๆ ร้อยละ (n) | X ² | df | P |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------|----|------|
| WHOQOL-BREF-THAI | | | | | |
| ด้านร่างกาย | | | 5.43 | 1 | .02* |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 47.5 (97) | 63.8 (44) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 52.5 (107) | 36.2 (25) | | | |
| ด้านจิตใจ | | | .34 | 1 | .56 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 61.3 (125) | 65.2 (45) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 38.7 (79) | 34.8 (24) | | | |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | | | .34 | 1 | .56 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 61.3 (125) | 65.2 (45) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 38.7 (79) | 34.8 (24) | | | |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | | | 5.12 | 1 | .02* |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 46.6 (95) | 62.3 (43) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 53.4 (109) | 37.7 (26) | | | |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม | | | 1.47 | 1 | .23 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 52.5 (107) | 60.9 (42) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 47.5 (97) | 39.1 (27) | | | |

ตารางที่ 4.5 วิเคราะห์เปรียบเทียบ Myofascial pain syndrome/ลมปลายปัตคาด กับกลุ่มอาการอื่นๆ
ไม่รวม migraine (N=238)

| ตัวแปร | MPS/ลมปลาย ปัตคาด ร้อยละ (n) | โรคอื่นยกเว้น Migraine ร้อยละ (n) | X ² | df | p |
|----------------------------|------------------------------------|---|----------------|----|-------|
| เพศ | | | 2.81 | 1 | .09 |
| ชาย | 31.9 (65) | 17.6 (6) | | | |
| หญิง | 68.1 (139) | 82.4 (28) | | | |
| อายุ | | | 38.77 | 3 | <.01* |
| น้อยกว่า/เท่ากับ 35 ปี | 26.0 (53) | 0 (0) | | | |
| 36 – 45 ปี | 25.5 (52) | 17.6 (6) | | | |
| 46 – 55 ปี | 34.3 (70) | 23.5 (8) | | | |
| 56 ปีขึ้นไป | 14.2 (29) | 58.8 (20) | | | |
| สถานภาพสมรส | | | 6.65 | 2 | .04* |
| สมรส | 63.7 (130) | 64.7 (22) | | | |
| โสด | 26.0 (53) | 11.8 (4) | | | |
| อื่นๆ | 10.3 (21) | 23.5 (8) | | | |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | | .94 | 2 | .62 |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | 9.3 (19) | 14.7 (5) | | | |
| มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา | 28.9 (59) | 26.5 (9) | | | |
| ปริญญาตรีหรือมากกว่า | 61.8 (126) | 58.8 (20) | | | |
| รายได้ต่อเดือน | | | 1.60 | 3 | .66 |
| น้อยกว่า 15,000 บาท | 24.0 (49) | 20.6 (7) | | | |
| 15,000 - 24,999 บาท | 20.1 (41) | 23.5 (8) | | | |
| 25,000 - 44,999 บาท | 28.4 (58) | 20.6 (7) | | | |
| มากกว่า/เท่ากับ 45,000 บาท | 27.5 (56) | 35.3 (12) | | | |

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

| ตัวแปร | MPS/ลมปลาย ปวดคาด ร้อยละ (n) | โรคอื่นยกเว้น Migraine ร้อยละ (n) | X ² | df | p |
|-------------------------------|------------------------------------|---|----------------|----|-------|
| Thai HADS | | | | | |
| วิตกกังวล | | | 1.95 | 1 | .16 |
| ไม่มีความผิดปกติ | 64.2 (131) | 76.5 (26) | | | |
| มีอาการมาก/ภาวะวิตกกังวล | 35.8 (73) | 23.5 (8) | | | |
| ซึมเศร้า | | | .73 | 1 | .39 |
| ไม่มีความผิดปกติ | 85.8 (175) | 91.2 (31) | | | |
| มีอาการมาก/ภาวะซึมเศร้า | 14.2 (29) | 8.8 (3) | | | |
| WHOQOL-BREFF-THAI | | | | | |
| ด้านร่างกาย | | | 6.19 | 1 | .01* |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 47.5 (97) | 70.6 (24) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 52.5 (107) | 29.4 (10) | | | |
| ด้านจิตใจ | | | .15 | 1 | .70 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 61.3 (125) | 64.7 (22) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 38.7 (79) | 35.5 (12) | | | |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | | | 1.08 | 1 | .30 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 61.3 (125) | 70.6 (24) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 38.7 (79) | 29.4 (10) | | | |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | | | 8.47 | 1 | <.01* |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 46.6 (95) | 73.5 (25) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 53.4 (109) | 26.5 (9) | | | |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม | | | 3.67 | 1 | .05 |
| คุณภาพชีวิตที่ดี | 52.5 (107) | 70.6 (24) | | | |
| คุณภาพชีวิตกลางๆ/ไม่ดี | 47.5 (97) | 29.4 (10) | | | |

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ Myofascial pain syndrome

การวิเคราะห์ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่าตัวแปรใดที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome การคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าแบบวิเคราะห์ (Model) โดยเลือกตัวแปรที่ระดับความสัมพันธ์ทางสถิติค่อนข้างสูงที่ $p < 0.25$ ร่วมกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ร่วมกันใน Model ที่ 1 (ตารางที่ 4.6) โดยจัดกลุ่มตัวแปรใหม่ ตัวแปรปัจจัยจะจัดเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ เพศ (ชาย, หญิง), อายุ (น้อยกว่า 56 ปี, 56 ปีขึ้นไป เนื่องจากการผลวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ที่ละคู่โดยใช้ chi-square statistics ในตารางที่ 4.4 พบว่าผู้ป่วย Myofascial pain syndrome มีแนวโน้มที่มีอายุ น้อยกว่า 56 ปีเป็นส่วนใหญ่), ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (ไม่มีความผิดปกติ, มีอาการมากถึงเป็นภาวะทางจิตเวช), คุณภาพชีวิต (คุณภาพชีวิตดี, คุณภาพชีวิตกลางๆถึงไม่ดี) แล้วคัดเลือกด้วยกระบวนการกำจัดตัวแปรอิสระออกจากสมการทีละตัวโดยเลือกตัวแปรที่มีสัมประสิทธิ์ถดถอยน้อย และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออกก่อน และตัดออกไปเรื่อยๆ จนกระทั่งคงเหลือเฉพาะตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติใน Model สุดท้าย (ตารางที่ 4.7)

พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 56 ปี มีความเสี่ยงต่อการมี Myofascial pain syndrome เป็น 3.5 เท่า ของผู้ที่มีอายุมากกว่า และการมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายไม่ดี มีความเสี่ยงเป็น 1.8 เท่า ของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดี สรุปได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่ม Myofascial pain syndrome มีแนวโน้มอายุน้อยกว่า และมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายไม่ดี เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นที่มาที่คลินิกแพทย์แผนไทย

ตารางที่ 4.6 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome Model 1 (N = 204)

| ตัวแปร | B | S.E. | p-value | OR | 95% CI | |
|-----------------------------------|------|------|---------|------|--------|-------|
| | | | | | Lower | Upper |
| เพศ | .00 | .33 | .98 | 1.00 | .531 | 1.91 |
| อายุ | 1.20 | .34 | <.01* | 3.32 | 1.72 | 6.40 |
| วิตกกังวล | .06 | .36 | .86 | 1.07 | .53 | 2.13 |
| ซึมเศร้า | -.17 | .51 | .74 | .85 | .31 | 2.29 |
| คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย | 1.03 | .49 | .03* | 2.80 | 1.08 | 7.23 |
| คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ | -.38 | .45 | .40 | .68 | .28 | 1.66 |
| คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม | -.16 | .36 | .66 | .85 | .42 | 1.73 |
| คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม | .52 | .42 | .22 | 1.69 | .73 | 3.87 |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม | -.49 | .62 | .43 | .61 | .18 | 2.07 |

ตารางที่ 4.7 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome Model สุ่มท่าย (N = 204)

| ตัวแปร | B | S.E. | p-value | OR | 95% CI | |
|------------------------|------|------|---------|------|--------|-------|
| | | | | | Lower | Upper |
| อายุ | 1.26 | .32 | <.01 * | 3.51 | 1.87 | 6.60 |
| คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย | .60 | .30 | .04* | 1.83 | 1.02 | 3.26 |

Note:

* อายุ : น้อยกว่า 56 ปี เทียบกับ 56 ปีขึ้นไป

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย : ไม่ดีเทียบกับดี

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินค่าความชุกของ Myofascial pain syndrome และตรวจสอบว่าปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 273 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Myofascial pain syndrome ร้อยละ 74.7 ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome คือ อายุที่น้อยกว่า 56 ปี และการมีคุณภาพชีวิต ด้านร่างกายระดับกลางๆ ถึงไม่ดี จะมีความเสี่ยงต่อ Myofascial pain syndrome มากกว่า

อภิปรายผล

เนื่องจาก Myofascial pain syndrome และลมปลายปัตคาคมีความคล้ายกันในนิยามของโรค ผู้วิจัยจึงศึกษาเปรียบเทียบทั้งสองโรค พบว่า เมื่อวิเคราะห์ Myofascial pain syndrome กับลมปลายปัตคาค ไม่พบปัจจัยใดที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย คือเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้หลัก และปัจจัยอื่นๆ คือความวิตกกังวล/ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต แต่เมื่อวิเคราะห์ โดยจัดกลุ่ม Myofascial pain syndrome กับลมปลายปัตคาคให้เป็นกลุ่มเดียวกัน แล้วเทียบเคียงกับกลุ่มอื่นๆ พบว่ากลุ่ม Myofascial pain syndrome/ลมปลายปัตคาค มีแนวโน้มที่มีอายุน้อยกว่า มีอาการวิตกกังวลสูงหรือเป็นภาวะวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มอื่น คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้าน สิ่งแวดล้อมแยกว่ากลุ่มอื่นๆ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 273 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Myofascial pain syndrome 74.7% ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ ที่พบประมาณ 20-30%⁽⁶⁾ อาจเป็นไปได้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในคลินิกอโหปิติกส์และคลินิกเวชกรรมทั่วไป ซึ่งมีผู้ป่วยโรคอื่นๆ รวมด้วย ไม่ได้เจาะจงเฉพาะ โรค แต่การวิจัยในครั้งนี้ได้ศึกษาในคลินิกแพทย์แผนไทย ซึ่งมีความหลากหลาย

ในการรักษาโรคน้อยกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน และโรคที่รักษาส่วนใหญ่เป็นโรคที่เกี่ยวกับความปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการรักษา เป็นโรคปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งไม่ใช่โรคที่ร้ายแรงนัก ผู้ป่วยจึงเลือกรักษาเบื้องต้นที่คลินิกแพทย์แผนไทย และเนื่องจาก Myofascial pain syndrome เป็นโรคที่ไม่พบพยาธิสภาพที่ชัดเจน การรักษาจึงมักรักษาตามอาการของโรค จึงเป็นไปได้ว่าเมื่อแพทย์แผนปัจจุบันตรวจพบ จึงส่งต่อมารักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย เนื่องจากการนัดและประคบด้วยความร้อนเป็นการรักษาตามอาการที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับ⁽³³⁾ จึงทำให้ค่าความชุกจากการศึกษาในครั้งนี้สูงกว่าการศึกษาอื่นๆ แต่ถ้าดูจากตารางที่ 4.1 ในหัวข้อการวินิจฉัยโรค โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น Myofascial pain syndrome เพียงกลุ่มเดียว พบว่ามีผู้ป่วย ร้อยละ 32.6 ที่เป็น Myofascial pain syndrome ซึ่งเมื่อเทียบกับผลการศึกษานี้⁽⁶⁾ พบว่ามีความชุกที่ใกล้เคียงกัน

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome พบว่ามี 2 ปัจจัย คือปัจจัยอายุและคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย โดยอายุที่น้อยกว่า 56 ปี มีความเสี่ยงต่อการมี Myofascial pain syndrome เป็น 3.5 เท่า ของอายุที่มากกว่า สนับสนุนผลการศึกษาของ Martha, M.C., et al.⁽¹³⁾ ซึ่งพบว่าอายุของผู้ป่วย Myofascial pain syndrome ประมาณ 45.6 ± 11.4 ปี และการมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการมี Myofascial pain syndrome เป็น 1.8 เท่า ของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดี สนับสนุนโดยการศึกษาของ Celiker, R., et al.⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่เป็น Myofascial pain syndrome มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนทั่วไป ส่วนปัจจัยอื่นๆที่ไม่พบความสัมพันธ์ คือภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งจากการศึกษาของ Ge, H.Y., et al.⁽³⁴⁾ พบว่าความวิตกกังวลเพิ่มอัตราการเป็น Myofascial pain syndrome และการศึกษาของ Sidney B., et al.⁽²²⁾ พบว่า ผู้ป่วย Myofascial pain syndrome จำนวน 1,953 คน ใน South Manchester 11.9% ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความวิตกกังวลอย่างรุนแรงร่วมด้วย ส่วน Mallen, C. และ Peat, G.⁽²⁴⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังและไม่มีอาการอักเสบร่วมด้วย พบว่ามีภาวะซึมเศร้า 1.9% ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาจมีแนวโน้มประเมินปัญหาทางอารมณ์หรือคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าความเป็นจริง ทั้งกลุ่มที่เป็น Myofascial pain syndrome และผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ (Non-differential Misclassification) ส่งผลให้การตรวจสอบความแตกต่างของตัวแปรเหล่านี้ยากขึ้นจากการศึกษาของ Lee, K.H., et al.⁽¹⁴⁾ พบว่าเพศหญิงจะตรวจพบ Myofascial pain syndrome มากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2.4:1 และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วย Myofascial pain syndrome

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.1 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะปริมาณกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอที่จะชี้ถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปร

ข้อจำกัด

1. ข้อจำกัดด้านรูปแบบการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive study) ข้อมูลที่ได้จึงไม่ได้เป็นตัวแทนของทุกช่วงเวลา และไม่สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยต่างๆ กับ Myofascial pain syndrome นั้น สิ่งใดที่เกิดก่อนกัน เพียงแต่ทราบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome เท่านั้น และผู้ป่วยอาจมีความอ่อนไหวต่อเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ศึกษา (Period effect) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อยู่ในช่วงฟื้นฟูหลังจากเหตุการณ์น้ำท่วมครั้งใหญ่ จึงอาจส่งผลให้การประเมินระดับความวิตกกังวล ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ที่อาจจะสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง

2. ข้อจำกัดด้านสถานที่และกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาที่คลินิกแพทย์แผนไทยเพียงคลินิกเดียว กลุ่มตัวอย่างจึงเป็นตัวแทนเฉพาะคลินิกนี้เท่านั้น ไม่สามารถกระจายผลไปยังประชากรทั่วไปและคลินิกอื่นได้ และเนื่องจากคลินิกแพทย์แผนไทย เป็นคลินิกที่มีความจำกัดในเรื่องการรักษาโรค โดยโรคส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับความปวด อาจส่งผลให้ค่าความชุกของ Myofascial pain syndrome สูงกว่าการศึกษาทั่วไป

3. ข้อจำกัดด้านเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบเอง จึงไม่สามารถควบคุมคุณภาพในการตอบคำถามได้ทั้งหมด คำตอบที่ได้อาจมีอคติ เช่น ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิก อาจมีแนวโน้มในการประเมินปัญหาทางอารมณ์และคุณภาพชีวิตสูงกว่าความเป็นจริง และอาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome แต่ไม่ได้ศึกษา เช่น โรคที่เกิดร่วม ยาที่ใช้รักษา ระดับความเจ็บปวด

4. ข้อจำกัดด้านคำนิยามการศึกษา (Case definition)

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ใช้การวินิจฉัยสุดท้ายของแพทย์ ทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยเป็นหลัก ถึงแม้ว่าแนวทางการวินิจฉัยสามารถเทียบเคียงกันได้เป็นอย่างดีในทางทฤษฎี แต่การวินิจฉัยก็ทำภายใต้การประเมินเชิงอัตวิสัยของแพทย์ (Subjective Measurement) จึงอาจมีแนวโน้มที่จะวินิจฉัย Myofascial pain syndrome และลมปลายปัตคาคตสูงกว่าปกติ เนื่องจากบริบทของคลินิกที่ผู้ป่วยมีอาการปวดเป็นส่วนใหญ่ การแปรผลความชุกของ Myofascial pain syndrome ในการศึกษาจึงต้องระมัดระวัง รวมทั้งการเทียบเคียงผลการศึกษาเรื่องการวินิจฉัย ต้องระมัดระวัง

เนื่องจาก การวินิจฉัย Myofascial pain syndrome ยังไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยที่กำหนดเป็นมาตรฐาน⁽¹⁸⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษานี้จะนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย คือ ควรมีการใช้การรักษาแบบผสมผสานให้มากขึ้น เนื่องจากการวิจัย Myofascial pain syndrome ทางแพทย์แผนปัจจุบัน กับลมปลายปัตคาดทางแพทย์แผนไทย น่าจะเป็นกลุ่มเดียวกัน สามารถใช้การรักษาาร่วมกันได้ ในเชิงปฏิบัติโรงพยาบาลที่มีการรักษาแบบผสมผสาน ควรจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรค เพื่อใช้ในการส่งเสริมป้องกัน และความเข้าใจที่ตรงกันของทุกวิชาชีพ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ดังนี้ เพิ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องทางคลินิก โรคที่เกิดร่วม ยาที่ใช้รักษา ระดับความเจ็บปวด ระยะเวลาที่เป็น เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยที่สำคัญเพิ่มขึ้น และการให้คำจำกัดความของตัวแปรการวินิจฉัยโรค ควรให้แพทย์แผนปัจจุบันตรวจยืนยันผู้ป่วยที่เป็นโรคลมปลายปัตคาด เพื่อความมั่นใจได้ว่า ทั้งสองโรคเป็นโรคเดียวกัน รวมทั้งควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสามารถตรวจสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของปัจจัยอื่นๆ นอกจากนี้ควรขยายการศึกษาไปตามคลินิกหรือโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้ผลสรุปครอบคลุมประชากรทั่วไปได้มากขึ้น (generalizability)

รายการอ้างอิง

- (1) สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2552.
- (2) Fleckenstein, et al. Discrepancy between prevalence and perceived effectiveness of treatment methods in myofascial pain syndrome : Results of a cross-sectional, nationwide survey. **BMC Musculoskeletal Disorders** (2010): 11-32.
- (3) สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข; 2552.
- (4) Fricton, JR. Myofascial pain. **Bailliere's Clin Rheumatol** 8 (1994): 857-80.
- (5) รัชวรรณ สุขเสถียร. **Myofascial pain syndrome**. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู รพ.มหาราชนครราชสีมา, 2550.
- (6) Stein, J.B. and Simon, D.G. Focus review myofascial pain. **Arch Phys Med Rehabil.** 83(2002): 40-48.
- (7) Kellgren, J.H. Observation on referred pain arising from muscle. **Clin Sci** (1938): 175-90.
- (8) ประยุทธ์ ไทยธานี. การลดความวิตกกังวลในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพครูด้วยเทคนิคการสร้างสัญญาณพลังแบบองค์รวมตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส. กลุ่มวิชาจิตวิทยาการแนะแนว คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2552.
- (9) ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และ อุมาภรณ์ ไพบูลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** (2539): 18-30.
- (10) ดวงใจ กษานติกุล. **โรคซึมเศร้าและอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นกอักษรการพิมพ์, 2542.

- (11) สุขศรี สงวนศักดิ์. **คุณภาพชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.**
ฝ่ายแนะแนวการศึกษาและอาชีพ กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี
ราชมงคลธัญบุรี, 2552.
- (12) สุวัฒน์ มหัตถ์รัตนกุล และคณะ. **เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัย
โลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. วารสารกรมสุขภาพจิต (พฤษภาคม
2541): 4-15.**
- (13) Martha M.C. and Daltro C. Sleep patterns and symptoms of anxiety and depression in
patients with chronic pain. **Arq Neuropsiquiatr** 67 (January 2009): 25-8.
- (14) Lee, K.H., Lee, M.H., Kim, H.S. and Chung, S.C. Pressure pain threshold of head and
neck muscle in a normal population. **J Musculoske Pain** (February 1994): 67-
82.
- (15) อานนท์ พงศ์รกุลพานิช, พรทิศา ชัยอำนาจ, ไพจิตร อัสวดี และ อรุยา ก้องเกียรติงาม.
Myofascial pain syndrome in Thai community. **จุลสารรูมาติสซั่ม** 4 (2538): 2-9.
- (16) Travell, J.G. and Simons, D.G. Myofascial pain and dysfunction. **The trigger point
manual**, pp.103-64. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983.
- (17) Kraybak, B., Borg, J., Oas, J. and Dumais, D. Reduced dizziness and pain with treatment
of cervical myofascial pain. **Arch Phys Med Rehabil** 77 (1996): 939-40.
- (18) Tough, A., et al. Variability of criteria used to diagnose Myofascial trigger point pain
syndrome-evidence from a review of the literature. **The Clinical Journal of
Pain** 23 (2007): 278-86.
- (19) Simons, D.G. Muscular pain syndromes. **Advances in pain research and therapy** 17
(1990): 1-41.
- (20) Simons, D.G., Travell, J.G. and Simons, L.S. Myofascial pain and dysfunction. **The
trigger point manual** Vol.1, upper half of body 2nd ed. Baltimore: Williams &
Wilkins, 1999.

- (21) Imamura, S.T., Fisher, A.A. and Imamura, M. Pain management using myofascial approach when other treatment failed. **Phys Med Rehabil Clin** (August 1997): 179-96.
- (22) Sidney, B., et al. Myofascial pain syndrome. **Arthritis & Rheumatism** 43, 2000: 561-7.
- (23) Fernandez, C. and Arendt, L. Sympathetic facilitation of hyperalgesia evoked from myofascial tender and trigger points in patients with unilateral shoulder pain. **Clin Neurophysiol** 117 (2006): 1545-50.
- (24) Mallen, C. and Peat, G. Screening older people with musculoskeletal pain for depressive symptoms in primary care. **British Journal of General Practice** 58 (2008): 688-93.
- (25) Landis, C.A., Lentz, M.J., Tsuji, J., Buchwald, D. and Shaver, J.L. Pain, Psychological variables, sleep quality and natural killer cell activity I midlife women with and without fibromyalgia. **Brain and Behav Immun** 18 (2004): 304-13.
- (26) Celiker, R., Atalay, A. and Guven, Z. Health-related Quality of Life in Patients with Myofascial Pain Syndrome. **Springer Science + Business Media LLC** (2010): 361-66.
- (27) Mense, S. Pathophysiologic basis of muscle pain syndrome. **Phys Med Rehabil Clin North Am** (August 1997): 23-53.
- (28) Melzack, R., Stillwell, D.M. and Fox, E.J. Trigger points and acupuncture point for pain: correlations and implication. **Pain** (March 1977): 3-23.
- (29) Groves, M.S. and Muskin, P.R. Psychological responses to illness. In Levenson, J.L. (ed.), **Textbook of Psychosomatic Medicine**, pp. 67-90. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2005.
- (30) Alpay, M. Pain patients. In Stern, T., et al. (eds.), **Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry** 5th ed. Philadelphia: Elsevier, 2004.

- (31) เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ. คู่มือการนวดรักษาโรคแบบราชสำนัก. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์, 2544.
- (32) มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา. คู่มือการนวดรักษาโรคแบบราชสำนัก. คู่มืออบรมการนวดไทย. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด, 2550.
- (33) Ernst, E. Musculoskeleton conditions and complementary/alternative medicine. **Best Pract Res Clin Rheumatol** 18 (2004): 539-56.
- (34) Ge, H.Y., Fernandez, C., Arendt, L., Sympthetic facilitation of hyperalgesia evoked from myofascial tender and trigger points in patients with unilateral shoulder pain. **Clin Neurophysiol** 117 (2006): 1545-50.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ใบจริยธรรม



COA No. 330/2011
IRB No. 113/54

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ความความทุกข์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัย Version 1.0 Dated 20/01/2011
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Dated 20/01/2011
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.0 Dated 20/01/2011
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1.0 Dated 20/01/2011
5. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป Version 1.0 Dated 20/01/2011
6. แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย Version 1.0 Dated 20/01/2011
7. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย Version 1.0 Dated 20/01/2011
8. แบบบันทึกการวิจัย Version 1.0 Dated 20/01/2011

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรอนพ ใจสำราญ)

รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม
(รองศาสตราจารย์โสภิต ธรรมอารี)

กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 24 พฤษภาคม 2554

วันหมดอายุ : 23 พฤษภาคม 2555

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ผู้วิจัย คือ นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ

หน่วยงาน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ 1 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2554

ลงชื่อ

(นายดามพ์ มุคตัมดี)

นายแพทย์ ระดับชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(นายธรรมบุญ สุขุมานันท์)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ 15/2554

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทร. (077) 272231 ต่อ2464, โทรสาร (077) 283257

ภาคผนวก ข
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ/เก็บข้อมูล



ที่ จว.พิเศษ /2554

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

18 เมษายน 2554

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิท

ด้วย นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี ซึ่งใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ในการเก็บข้อมูล โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ ใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุกปีดิพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร. 02-2564298, 02-2564346



ที่ จว.พิเศษ /2554

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

18 เมษายน 2554

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถาม คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI)

เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต

ด้วย นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี ซึ่งใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) ในการเก็บข้อมูล โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชัชชนะ นิ่มนวล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชัชชนะ นิ่มนวล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร. 02-2564298, 02-2564346

ที่ จว.พิเศษ /2554



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

18 เมษายน 2554

เรื่อง ขอเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี นายแพทย์ธรรมนุญ สุขุมานันท์

ด้วย นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 1 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ Myofascial pain syndrome ในผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชัชชนะ นิ่มนวล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขออนุญาตให้ นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ เก็บข้อมูล ณ คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยใช้แบบสอบถาม

1. Hospital Anxiety and Depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)
2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI)

ดังโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชัชชนะ นิ่มนวล)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ สุภปิติพร)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์


ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-2256-4298 , 0-2256-4346 นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ เบอร์ติดต่อ 089-726-0988

ภาคผนวก ค

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

(Information sheet for research participant)

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p> <p>(Information sheet for research participant)</p> <p>หน้า 1/4</p> |
|--|--|

ชื่อโครงการวิจัย ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ไมโอฟาสเซียล เพน ซินโดรม (Myofascial pain syndrome) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ

ที่อยู่ 227 AP แมนชั่น ซอย ลาดพร้าว 1 ถนนลาดพร้าว แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

เบอร์โทรศัพท์ 089-726-0988

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้


ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยนอก ตามกลุ่มสาเหตุจากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศไทย ในปี พ.ศ.2552 พบว่า มีผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการทางสาธารณสุขด้วยโรกระบบกล้ามเนื้อเนื้อรวม โครงร่างและเนื้อเยื่อยึดเสริม (Disease of musculoskeletal system and connective tissue) เป็นจำนวน 16,789,872 คน ซึ่งโรคในกลุ่มของระบบกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อยคือ ไมโอฟาสเซียล เพน ซินโดรม (Myofascial pain syndrome) ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นๆ หายๆ เรื้อรังไม่ถึงขั้นรุนแรงแต่สามารถบั่นทอนความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้มาก

การศึกษาเรื่อง ไมโอฟาสเซียล เพน ซินโดรม (Myofascial pain syndrome) ในประเทศไทยมักกระจายอยู่ในกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, ศัลยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์, อายุรแพทย์ ซึ่งเป็นการศึกษาในคลินิกการแพทย์แผนปัจจุบันทั้งสิ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาในคลินิกแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ

การศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์แผนไทย เพราะอาจช่วยให้เข้าใจความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรค ไมโอฟาสเซียล เพน ซินโดรม (Myofascial pain syndrome) โดยอาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับผู้ป่วยที่อาจมีจำนวนมาก และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 2/4</p> |
|--|--|

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความชุกของผู้ป่วย ไมโอฟาเซียล เพน ซินโดรม (Myofascial pain syndrome) ที่มารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับ ไมโอฟาเซียล เพน ซินโดรม (Myofascial pain syndrome) ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 273 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ท่านจะได้รับแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย


เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้วิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจเสียเวลา หรือไม่สะดวกในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ป่วย ไมโอฟาเซียล เพน ซินโดรม (Myofascial pain syndrome) ต่อไป

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 3/4</p> |
|--|--|

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบในข้อที่ไม่ต้องการตอบ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- หากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวอุบลกาญจน์ ยอดต่อ โทร.089-726-0988 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย


การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ น.ส.อุบลกาญจน์ ยอดต่อ ที่อยู่ 227 AP แมนชั่น ซอย ลาดพร้าว 1 ถนนลาดพร้าว แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900 หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับเข้าร่วมโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

| | |
|--|--|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 4/4</p> |
|--|--|

สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้


1. ท่านจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่อาจได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่า การยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการ โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพล บังคับ ช่มชู้ หรือหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึก อานันทมหิดล ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ภาคผนวก ง

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Consent form)

| | |
|--|---|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p> <p>หน้า 1/2</p> |
|--|---|

การวิจัยเรื่อง ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ไมโอฟาเซียล เพน ซินโดรม (Myofascial pain syndrome) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ


ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

| | |
|--|---|
|  <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> | <p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p> <p>หน้า 2/2</p> |
|--|---|

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต หรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
 (.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
 วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
 (.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
 วันที่ เดือน พ.ศ.

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

ภาคผนวก จ
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

รหัส.....

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย ()¹ หญิง ()²
2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี (นับจากปี พ.ศ. ที่เกิด)
3. สถานภาพสมรสในปัจจุบัน
 - โสด ()¹ สมรสหรืออยู่กับคู่ครอง ()² หม้าย ()³
 - หย่า ()⁴ แยกกันอยู่เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป ()⁵
 - อื่นๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จ
 - ไม่ได้ศึกษาเล่าเรียน ()⁰ ต่ำกว่าประถมศึกษา ()¹ ประถมศึกษา ()²
 - มัธยมศึกษา หรือ ปวช. ()³ อนุปริญญา หรือ ปวส. ()⁴ ปริญญาตรี ()⁵
 - สูงกว่าปริญญาตรี ()⁶
5. อาชีพหลัก (อาชีพที่ใช้เวลามากที่สุดต่อเดือน)
 - ไม่ได้ประกอบอาชีพ ()⁰ นักเรียน, นักศึกษา ()¹ เกษตรกร ()²
 - ค้าขาย ()³ รับจ้างทั่วไป ()⁴ ธุรกิจส่วนตัว ()⁵
 - รัฐวิสาหกิจ ()⁶ โปรดระบุตำแหน่ง.....
 - รับราชการ ()⁷ โปรดระบุตำแหน่ง.....
 - เกษียณอายุ ()⁸ โปรดระบุอาชีพและตำแหน่งสูงสุดก่อนเกษียณ
 -
 - อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ต่อเดือน (รายได้ของครอบครัวจากทุกแหล่งรวมกันที่เป็นตัวเงิน).....บาท

รหัส.....

แบบบันทึกการวินิจฉัย

- Myofascial pain syndrome (MPS, MTPPS)
- ลมปลายปีศาจ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

รหัส.....

แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน **ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** มากที่สุด และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบในข้อที่ไม่ต้องการตอบ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านกรุณาตอบทุกข้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

เป็นส่วนใหญ่ ()

บ่อยครั้ง ()

เป็นบางครั้ง ()

ไม่เป็นเลย ()

2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้

เหมือนเดิม ()

ไม่มากเท่าแต่ก่อน ()

มีเพียงเล็กน้อย ()

เกือบไม่มีเลย ()

3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย ()

มี แต่ไม่มากนัก ()

มีเพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้กังวลใจ ()

ไม่มีเลย ()

4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้

เหมือนเดิม ()

ไม่มากนัก ()

มีน้อย ()

ไม่มีเลย ()

5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

เป็นส่วนใหญ่ ()

บ่อยครั้ง ()

เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย ()

นานๆครั้ง ()

6. ฉันรู้สึกแถมใส่เบิกบาน

ไม่มีเลย ()

ไม่บ่อยนัก ()

เป็นบางครั้ง ()

เป็นส่วนใหญ่ ()

7. ฉันสามารถทำตัวตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย

ได้ดีมาก ()

ได้โดยทั่วไป ()

ไม่บ่อยนัก ()

ไม่ได้เลย ()

8. ฉันรู้สึกที่ตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม

เกือบตลอดเวลา ()

บ่อยมาก ()

เป็นบางครั้ง ()

ไม่เป็นเลย ()

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง

ไม่เป็นเลย ()

เป็นบางครั้ง ()

ค่อนข้างบ่อย ()

บ่อยมาก ()

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง

ใช่ ()

ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร ()

ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน ()

ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม ()

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้

เป็นมากที่สุดเลย ()

ค่อนข้างมาก ()

ไม่มากนัก ()

ไม่เป็นเลย ()

12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ

มากเท่าที่เคยเป็น ()

ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น ()

น้อยกว่าที่เคยเป็น ()

เกือบจะไม่มีเลย ()

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกระทันหัน

บ่อยมาก ()

ค่อนข้างบ่อย ()

ไม่บ่อยนัก ()

ไม่มีเลย ()

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ
ดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้

เป็นส่วนใหญ่ ()

เป็นบางครั้ง ()

ไม่บ่อยนัก ()

น้อยมาก ()

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL - BREF - THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแยะมาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแยะเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือ รู้สึกแยะระดับกลางๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

| | ไม่เลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. การเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการเล็กน้อยเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | ไม่เคย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ไปได้ในแต่ละวัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่ เคยทำมา มากน้อยเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่าน มาแค่ไหน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตาม ความจำเป็นเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | ไม่เคย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีจัดการ ทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือ การมี เพศสัมพันธ์) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ใน ระดับใด | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

| | |
|------------------|--|
| ชื่อ | นางสาว อุบลกาญจน์ ยอดต่อ |
| วัน เดือน ปีเกิด | 25 ธันวาคม พ.ศ. 2529 จังหวัด ภูเก็ต ปัจจุบันอายุ 25 ปี |
| พ.ศ. 2551 | สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี สาขาวิชา การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ปัจจุบัน | เข้าศึกษาต่อ ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2553 |