

ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและ
กล้ามเนื้อ



นางสาวจันทร์รัตน์ เลิศทองไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN CHRONIC LOW BACK PAIN PATIENTS FROM
ORTHOPEDIC DISEASE

Miss Chantharat Lertthongthai



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง
เรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

โดย

นางสาวจันทร์รัตน์ เลิศทองไทย

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.ชัยชนะ นิ่มนวล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมี กัลยาศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.ชัยชนะ นิ่มนวล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จันทรัตน์ เลิศทองไทย : ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง
 เรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ. (DEPRESSION AND QUALITY OF
 LIFE IN CHRONIC LOW BACK PAIN PATIENTS FROM ORTHOPEDIC DISEASE)
 อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. นพ. ดร.ชัยชนะ นิมนวล, 97 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะ
 ซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแผนกออร์โธปิดิกส์และแผนก
 เวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 290 คน เครื่องมือที่ใช้มี 4 ส่วน ได้แก่
 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและอาการ
 ปวดหลัง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ9) และ
 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health
 Organization Quality of life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ที่มีการปรับจำนวนข้อให้
 เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์สถิติด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Chi-Square Test,
 Independent – Samples T Test, One – Way ANOVA และ Multiple Regression
 Analysis

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 91.0 ปัจจัย
 ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ สถานภาพทางเศรษฐกิจไม่พอใช้ต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้สิน
 มีคะแนนความปวดระดับสูง และจำนวนด้านที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง และผู้ป่วยมี
 คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 93.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
 โดยรวมคือ เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย สถานภาพเศรษฐกิจไม่พอใช้ต้องหยิบยืมหรือ
 เป็นหนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสถานภาพเศรษฐกิจอื่นๆ มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าไม่มี
 โรคประจำตัว ระดับความปวด 6-10 มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าระดับความปวด 0-5 และสูญเสียหน้าที่
 ต่อตนเอง 2 ด้านขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าไม่สูญเสียหน้าที่หรือสูญเสียหน้าที่ 1 ด้าน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ปีการศึกษา 2556

5574115630 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: DEPRESSION / QUALITY OF LIFE / CHRONIC LOW BACK PAIN

CHANTHARAT LERTTHONGTHAI: DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN CHRONIC LOW BACK PAIN PATIENTS FROM ORTHOPEDIC DISEASE. ADVISOR: ASST. PROF. CHAICHANA NIMNUAN, M.D., 97 pp.

The purpose of this cross-section descriptive study was to study depression and quality of life in 290 chronic low back pain (LBP) patients of Orthopedic and Physical Medicine and Rehabilitation section at King Chulalongkorn Memorial Hospital. The instruments were demographic data questionnaire, general health and related symptom in low back pain data questionnaire, Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ9) and World Health Organization Quality of Life Brief – Thai (WHOQOL-BREF-THAI) with number of items adjusted for the sample. Data were analyzed using descript statistics, Chi-Square Test, Independent – Samples T Test, One – Way ANOVA and Multiple Regression Analysis.

The finding showed that most patients had no depression (91.0%). Predictive variables of depression were “lower financial status”; “higher pain score”; and “number of dysfunction”. Most patients had average level of quality of life (93.4%). Predictive variables of quality of life were “being male”; “higher financial status”; “not having underlying disease”; “lower pain score”; and “lower number of dysfunction”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Department: Psychiatry

Student's Signature

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาจากบุคคลหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ ชัยชนะ นิมนวล อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา ช่วยเหลือในกระบวนการการทำวิทยานิพนธ์ ชี้แนะใน ข้อบกพร่องต่างๆ ให้แนวทางในการแก้ไขปัญหาทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีสำเร็จอย่างความสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง รัศมน กัลยาศิริ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์นายแพทย์ เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ ให้เกียรติมาเป็นคณะกรรมการในการสอบวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ให้วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล ที่อนุญาตให้ใช้แบบประเมิน โรคซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 และนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล ที่อนุญาตให้ ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าฝ่ายออร์โธปิดิกส์ หัวหน้าฝ่าย เวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่ให้ความอนุเคราะห์ อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้การ ช่วยเหลือ แนะนำ ติดต่อประสานงานต่างๆ จนวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัวและเพื่อนๆ ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rational).....	1
คำถามการวิจัย (Research Question).....	2
วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives).....	3
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition).....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework).....	4
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application).....	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคปวดหลัง.....	5
โครงสร้างและส่วนประกอบของหลัง.....	5
อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง.....	6
สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่าง.....	7
การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง.....	10
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	10
ความหมายของภาวะซึมเศร้า.....	10
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า.....	12
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	13
ความหมายของคุณภาพชีวิต.....	13
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	14
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	19

รูปแบบการวิจัย (Research Design)	19
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	19
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	20
การรวบรวมข้อมูล (Data collection).....	23
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....	24
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	25
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	51
รายการอ้างอิง	57
ภาคผนวก ก.....	61
ภาคผนวก ข.....	76
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	97

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การแปลผลค่าคะแนนแบบสอบถามคุณภาพชีวิต.....	22
2	แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ตัดข้อคำถามและค่า Cronbach's alpha.....	22
3	การแปลผลคะแนนแบบสอบถามคุณภาพชีวิตหลังตัดข้อคำถาม.....	23
4	จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง.....	27
5	จำนวนและร้อยละของตัวแปรด้านสุขภาพและอาการปวดหลังของตัวอย่าง.....	29
6	ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง.....	32
7	ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง.....	32
8	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง.....	34
9	ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง.....	35
10	การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง.....	36
11	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยวิธี Logistic Regression.....	40
12	การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัย ส่วนบุคคลในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง.....	42
13	การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ (Post-hoc) ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม กับสถานภาพสมรสและสถานภาพทางเศรษฐกิจ.....	46
14	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมใน ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยวิธี Linear Regression.....	48
15	การเปรียบเทียบตัวแบบสำหรับอธิบายตัวแปรคุณภาพชีวิต.....	49

สารบัญรูปภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework).....	4
ภาพที่ 2	ภาพอีสโทแกรมคะแนนภาวะซึมเศร้า.....	33
ภาพที่ 3	ภาพอีสโทแกรมคะแนนคุณภาพชีวิต.....	35
ภาพที่ 4	ภาพแสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างผลกระทบจากอาการปวดหลัง และคุณภาพชีวิต.....	47



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rational)

หลัง (Back) ถือเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งในร่างกายที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากหลังมีหน้าที่หลักในการรองรับน้ำหนักตัวของร่างกาย และมีการเคลื่อนไหวมากกว่าบริเวณอื่น โดยเฉพาะบริเวณหลังส่วนล่างคือตั้งแต่ช่วงเอวลงมาถึงก้นกบ จะรองรับน้ำหนักตัวมากที่สุด ทำให้บริเวณนี้พบกับอาการบาดเจ็บได้ง่าย^(1, 2) ซึ่งอาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจะพบมากในรูปแบบของอาการปวดหลัง ซึ่งส่วนมากเกิดจากมีพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อหรือที่กระดูก

อาการปวดหลังส่วนล่าง (Low Back Pain) เป็นปัญหาสุขภาพทางกายที่สำคัญในปัจจุบัน⁽²⁾ และพบได้มากที่สุดของโรคทางระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ⁽³⁾ อาการปวดหลังเฉียบพลันพบได้ในทุกวัย แต่อาการปวดหลังเรื้อรังมักพบในคนวัยทำงานอายุ 25-50 ปี⁽¹⁾ โดยเฉพาะพบมากในคนที่ประกอบอาชีพที่ต้องออกแรงหรือยกของหนัก เช่น กรรมกรหรือเกษตรกร หรืออาชีพนักกีฬาที่ต้องใช้กระดูกสันหลัง เช่น ยกน้ำหนัก ก็พบว่ามีอาการปวดหลังส่วนล่างได้มากเช่นกัน หรือแม้แต่ในอาชีพที่ต้องนั่งทำงานหรือทำงานในท่าทางเดิมๆเป็นเวลานานๆ เช่น พนักงานบริษัทหรือคนขับรถ จากการนั่งนานๆหรืออยู่ในท่าทางเดิมๆและอิริยาบถในการนั่งทำงานไม่ถูกต้องทำให้มีอาการปวดหลังเรื้อรังได้ และในผู้สูงอายุก็พบอาการปวดหลังส่วนล่างได้ค่อนข้างบ่อย มีโอกาสเกิดขึ้นใกล้เคียงกันทั้งในเพศหญิงและเพศชาย⁽⁴⁾ พบว่าประมาณร้อยละ 80 ของประชากรทั่วไปจะมีอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต และประมาณน้อยกว่าร้อยละ 10 จะมีอาการปวดอย่างรุนแรง หรือมีอาการปวดเรื้อรังจนเป็นปัญหาต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตประจำวัน⁽⁵⁾ และมีอาการปวดหลังซ้ำมากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยปวดหลังที่มีอาการทุเลาแล้ว⁽⁶⁾

อาการปวดหลังเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์มากที่สุดอาการหนึ่งจากสถิติการเจ็บป่วยที่สำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นอาการที่พบบ่อยรองลงมาจากอาการไข้หวัด⁽⁷⁾ ในประเทศไทยอาการปวดหลังเป็นอาการที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.8 ของผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ ตั้งแต่มีอาการปวดเล็กน้อยๆสามารถหายได้เอง ไปจนถึงต้องผ่าตัด⁽³⁾ และอาการปวดหลังส่วนล่างมีแนวโน้มสูงขึ้น ในกลุ่มที่ต้องทำงานอยู่ในท่าเดียวเป็นเวลานาน และอิริยาบถไม่ถูกต้อง^(1, 8, 9)

โรคปวดหลังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยเองโดยตรง อาการปวดหลังที่เกิดขึ้นเฉียบพลันมีผลต่อการทำงานของร่างกาย ต่อหน้าที่การงานของผู้ป่วย ต่อครอบครัว สังคมจิตใจและเศรษฐกิจของตัวผู้ป่วย และในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อจิตใจเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ทำให้ขาดความมั่นใจ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และกลายเป็นภาระต่อครอบครัวและประเทศชาติ⁽⁷⁾ ผลกระทบที่เกิดขึ้นได้แก่ การจำกัดความสามารถในด้านต่างๆ ทำให้ความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวันและการทำงานของผู้ป่วยลดลง สูญเสียหน้าที่การ

งาน ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องขาดงานเป็นระยะเวลาหลายวัน และอาจจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁽¹⁰⁾ โดยเฉพาะอาการปวดหลังที่รุนแรงหรือเรื้อรัง กลายเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวและประเทศชาติ

จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน เมื่อมีอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลามารับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค อีกทั้งเสียค่าเดินทางมาโรงพยาบาล และการสูญเสียรายได้จากการขาดงานหรืออาจต้องออกจากงาน ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ดังเดิม⁽¹¹⁾ ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากอาการปวดเรื้อรัง ส่วนมากจะพบภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์ผิดปกติตามมา⁽¹²⁾ อีกทั้งผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ทำให้รู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า สิ้นหวัง มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตจนอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด⁽¹³⁾ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยบกพร่องในการดูแลตนเองและกลายเป็นภาระต่อคนอื่น เช่น คนในครอบครัว อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการป่วยซ้ำลงอีกด้วย

ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างจะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง เช่น อาการปวดเรื้อรังในตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพที่ส่งผลต่อกล้ามเนื้อและเส้นประสาท จะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชา เดินไม่ได้ ไม่มีแรง กลั้นปัสสาวะ ออจากระไม่ได้ หรือทำให้เป็นอัมพาตได้ ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง⁽⁴⁾ เมื่อคุณภาพชีวิตลดลงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ช้าลงและอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีโรคอื่น ๆ หรือมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย⁽¹⁴⁾ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังเริ่มเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพอาการของตนเองในขณะนั้น โดยผู้ป่วยอาจจะต้องช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจะมีปฏิกริยาทางด้านจิตใจขึ้น ถ้าไม่สามารถใช้กลไกทางจิตที่ดี ไม่มีความสุข เครียดหรือกังวลกับอาการโรคของตน และมีการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้⁽¹⁵⁾

จากปัญหาที่กล่าวมานั้น ทำให้เห็นได้ว่าอาการปวดหลังทำให้เกิดผลกระทบในหลายๆด้าน และยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของอาการปวดหลังช้าลงและยังเป็นภาระต่อบุคคลอื่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาประเด็นข้างต้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้หาแนวทางในการป้องกันและรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

คำถามการวิจัย (Research Question)

1. ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพอะไรบ้างที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ
2. เพื่อหาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

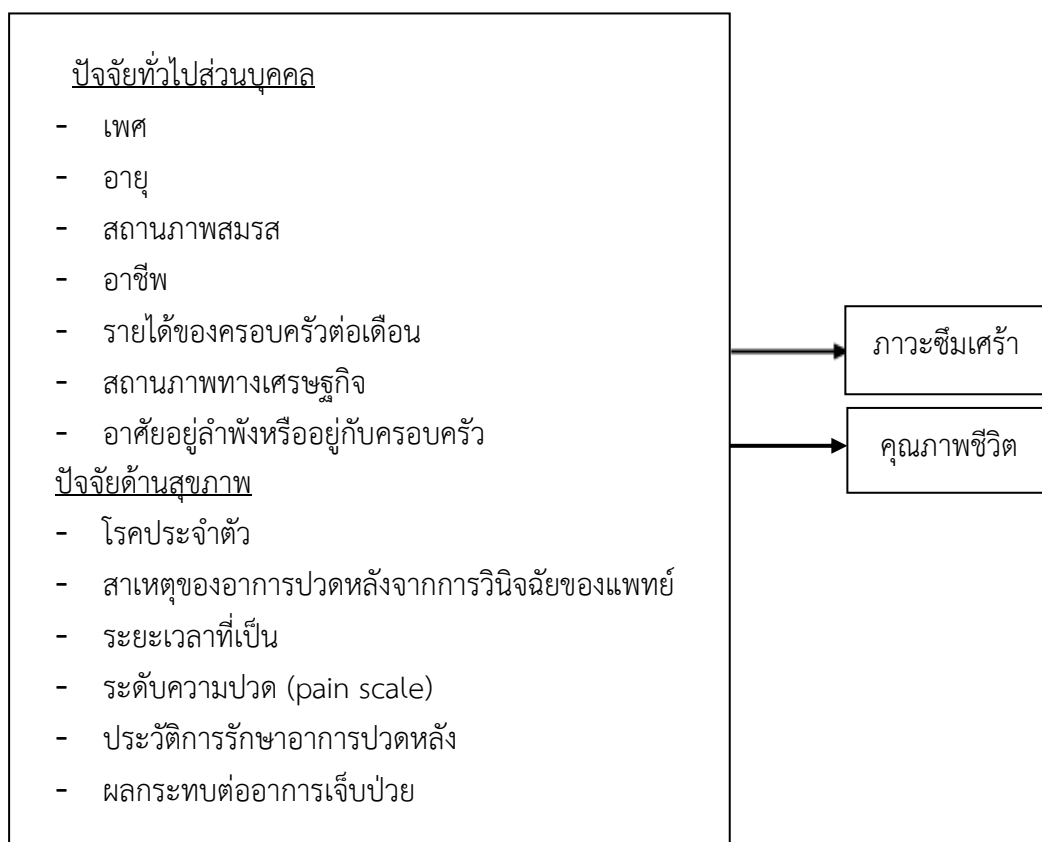
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง หมายถึง เป็นอาการปวดจำกัดเฉพาะบริเวณหลังและบั้นเอวส่วนล่าง รวมถึงมีอาการปวดหลังร่วมกับอาการปวดขา⁽¹⁶⁾ ซึ่งอาจเกิดได้จากมีความผิดปกติของระบบโครงร่าง กล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่อ อาการอาจแสดงออกมาในรูปแบบความเจ็บปวด ปวดเมื่อย บริเวณหลังส่วนล่าง ร่วมกับถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของบริเวณหลัง บางครั้งอาจมีปวดร้าวลงไปที่ขา⁽¹⁷⁾ และมีอาการปวดหลังมาเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป หรือมีอาการปวดซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง อาการจะปวดขึ้นทีละน้อยอย่างต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นฉับพลัน โดยมีการวินิจฉัยของแพทย์และการประเมินระดับความเจ็บปวด

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการแสดงอารมณ์เศร้าหมองหรือเบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ทั้งระดับความรุนแรงและระยะเวลาจนก่อให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยแสดงความผิดปกติทางอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น หรือแสดงออกทางพฤติกรรมคำพูด เช่น เหม่อลอย พูดซ้ำ คิดซ้ำ แยกตัว เป็นต้น และความคิด เช่น ขาดสมาธิ คิดเรื่องร้ายๆ วิตกกังวลไปต่างๆ นานา แ่นหน้าอก ย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงผิดไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย⁽¹⁸⁾ วัดโดยแบบประเมินโรคซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) แปลและพัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2551)⁽¹⁹⁾

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้ความผาสุก ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง⁽²⁰⁾ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งพัฒนาเครื่องมือโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540)⁽²¹⁾

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. ได้ข้อมูลครอบคลุมหรือระดับของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เพื่อนำไปใช้วางแผนรักษาภาวะซึมเศร้าหรือปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้
2. ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ซึ่งอาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยผู้วิจัยมีขอบเขตในการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคปวดหลัง

โครงสร้างและส่วนประกอบของหลัง

โครงสร้างและส่วนประกอบของหลัง^(5, 22) ประกอบไปด้วย

กระดูกสันหลัง (Spine)

กระดูกสันหลังเป็นอวัยวะที่สำคัญ มีหน้าที่เป็นโครงสร้างของร่างกายที่ยึดเกาะของกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายสามารถเคลื่อนไหวได้ ช่วยปกป้องอวัยวะภายในที่สำคัญและรองรับน้ำหนักของร่างกาย บริเวณส่วนหลังของมนุษย์นับตั้งแต่คอจนถึงก้นกบ ประกอบไปด้วยกระดูกทั้งหมด 33 ชิ้นเรียงต่อกัน ได้แก่ กระดูกสันหลังส่วนคอ (cervical) 7 ชิ้น กระดูกสันหลังส่วนอก (thoracic) 12 ชิ้น กระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbar) 5 ชิ้น กระดูกสันหลังส่วนก้น (sacrum) 5 ชิ้น และกระดูกก้นกบ (coccyx) 4 ชิ้น ซึ่งกระดูกทั้ง 33 ชิ้นนี้จะเชื่อมต่อกันเป็นชิ้นเดียว กระดูกสันหลังส่วนบนจะมีขนาดเล็กกว่า ถัดมาจะมีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆเพื่อความมั่นคง แข็งแรง และรองรับน้ำหนักได้มาก จนถึงกระดูกก้นกบจะมีขนาดเล็กลงจนถึงขั้นสุดท้าย

หมอนรองกระดูกสันหลัง (Intervertebral disc)

หมอนรองกระดูกสันหลัง ถือเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดส่วนหนึ่งของโครงสร้างหลัง บริเวณส่วนกลางของหมอนรองกระดูกสันหลังเรียกว่า นิวเคลียส พัลโพซัส (nucleus pulposus) มีลักษณะเหนียวข้น และมีน้ำเป็นส่วนประกอบ ช่วยให้ความยืดหยุ่นต่อกระดูกสันหลัง ซึ่งขึ้นอยู่กับช่วงอายุ เมื่ออายุน้อยๆ นิวเคลียส พัลโพซัส จะมีความยืดหยุ่นที่ดี แต่เมื่ออายุมากขึ้น น้ำที่เป็นส่วนประกอบจะลดลงทำให้ความยืดหยุ่นลดลง ทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังแบนลงด้วยเช่นกัน ส่วนที่อยู่รอบๆ นิวเคลียส พัลโพซัส เรียกว่า แอนนูลัส ไฟโบรซัส (annulus fibrosus) ประกอบไปด้วยเส้นใยที่

เหนียว เรียงตัวเฉียงไปมาเป็นมุมประมาณ 30 องศากับแนวราบ ทำให้มีความแข็งแรงมากและรับแรงกดหรือแรงบิดได้ดี ตัวแอนนูลัส ไฟโบรซัส จะมีความแข็งแรงทางด้านหน้ามากกว่าด้านหลัง ทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังเมื่อเกิดการปลิ้นจึงมักจะเกิดการปลิ้นออกทางด้านหลังเยื้องด้านข้างมากกว่า ส่วนกระดูกอ่อนแผ่นบางๆที่อยู่ตรงกลางทั้งด้านบนและด้านล่างของหมอนรองกระดูกสันหลังเรียกว่า คาร์ติเลจिनัส เพลท (cartilaginous plate) เป็นที่ยึดเกาะของ แอนนูลัส ไฟโบรซัส และคั่นระหว่าง นิวเคลียส พัลโพซัส กับตัวกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลังจะช่วยทำให้กระดูกสันหลัง เคลื่อนไหวไปตามการเคลื่อนไหวของร่างกายในอิริยาบถต่างๆ ซึ่งถ้าเคลื่อนไหวในอิริยาบถที่กระทบต่อ หมอนรองกระดูกสันหลัง เช่น ท่าแอ่นหลังหรือยกของหนัก จะทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังเกิดการ ยื่นโป่งออกไปทางด้านใดด้านหนึ่งมากเกินไป จะส่งผลทำให้เกิดอาการปวดหลังได้

ไขสันหลังและเส้นประสาท (Spinal cord and Nerve)

บริเวณด้านหลังของกระดูกสันหลังจะมีส่วนกระดูกที่เป็นลักษณะโค้งเกิดเป็นช่องเรียกว่า ช่องไขสันหลัง เป็นที่อยู่ของไขสันหลัง บริเวณส่วนโค้งของกระดูกสันหลังแต่ละอันที่เชื่อมต่อกันเป็น ข้อกระดูกเรียกว่า ข้อฟาเซ็ท ระหว่างกระดูกสันหลังแต่ละชั้นเชื่อมต่อกันจะมีช่องให้เส้นประสาทไขสันหลังลอดออกมา หรือเรียกว่า รู้อเส้นประสาทไขสันหลัง เส้นประสาทไขสันหลังประกอบไปด้วย เส้นประสาท 2 ส่วน คือ เส้นประสาทรับความรู้สึกและเส้นประสาทสั่งงาน

- เส้นประสาทรับความรู้สึกทำหน้าที่รับความรู้สึกทั่วไป ความรู้สึกสัมผัสและความรู้สึกเจ็บปวด โดยรับความรู้สึกทั้งกล้ามเนื้อที่อยู่บริเวณหลังและอวัยวะภายในร่างกายที่อยู่ใกล้กับกระดูกสันหลัง นอกจากนี้ยังมีใยประสาทที่มาเลี้ยงผิวหนังบริเวณแขนและขาอีกด้วย
- เส้นประสาทสั่งงาน จะทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและเลี้ยงกล้ามเนื้อ บริเวณลำคอและหลัง

กล้ามเนื้อหลัง (Muscle)

กล้ามเนื้อหลัง คือ กล้ามเนื้อที่อยู่ทางด้านหลังและกล้ามเนื้อที่อยู่รอบๆกระดูกสันหลังทั้ง ด้านหลัง ด้านหน้า และด้านข้าง เช่น กล้ามเนื้อหน้าท้องก็นับว่าเป็นกล้ามเนื้อหลัง เพราะมีระยะห่างจากกระดูกสันหลังไม่มากเนื่องจากอยู่บริเวณด้านหน้าของกระดูกสันหลัง เป็นต้น กล้ามเนื้อหลังจะ ช่วยเพิ่มความมั่นคงแข็งแรงให้แก่กระดูกสันหลัง ดังนั้นถ้ากล้ามเนื้อหลังเกิดการอ่อนแรง จะทำให้ หลังเคลื่อนไหวได้ไม่เป็นปกติและทำให้เกิดอาการปวดหลังได้

อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

ความหมายของอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

อาการปวดหลังส่วนล่าง เป็นอาการปวดจำกัดเฉพาะบริเวณหลังและบั้นเอวส่วนล่าง รวมถึงมีอาการปวดหลังร่วมกับอาการปวดขา⁽¹⁶⁾ ซึ่งอาจเกิดได้จากมีความผิดปกติของระบบโครงร่าง กล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่อ อาการอาจแสดงออกมาในรูปแบบความเจ็บปวด ปวดเมื่อยบริเวณหลัง ส่วนล่าง ร่วมกับถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของบริเวณหลัง บางครั้งอาจมีปวดร้าวลงไปขาด้วย⁽¹⁷⁾

บริเวณหลังส่วนล่างเป็นส่วนที่พบอาการปวดหลังได้มากที่สุดในทุกส่วนของหลัง โดยอาการปวดหลังอาจเกิดได้อย่างเฉียบพลันทันที ซึ่งสามารถหายได้ภายใน 2-3 สัปดาห์ หรือปวดเรื้อรัง มีอาการปวดๆ หายๆ อยู่ยาวนานเป็นเดือนจนถึงเป็นปี⁽⁴⁾

สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่าง

โดยทั่วไปอาการปวดหลังจะมีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อและกระดูกสันหลัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง อาจเกิดได้แบบเฉียบพลันสามารถรักษาให้หายได้ในระยะเวลาไม่นานและสามารถกลับมามีอาการปวดได้อีกเป็นแบบเรื้อรัง ซึ่งสาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่างที่พบได้บ่อย ได้แก่

1. กล้ามเนื้อเกร็งหรืออักเสบ (Muscle sprain)⁽⁵⁾

อาการปวดหลังจากกล้ามเนื้อเกร็งหรืออักเสบเป็นอาการที่พบได้บ่อย สาเหตุที่สำคัญคือ การใช้กล้ามเนื้อทำงานในท่าที่ผิด การนั่ง ทำงาน ยืน นอน ในท่าที่ไม่เหมาะสม หรือใช้กล้ามเนื้อทำงานมากเกินไป เป็นต้น อาการปวดจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่กล้ามเนื้อมีปัญหาสุขภาพ เมื่อใช้กล้ามเนื้อบริเวณที่มีการอักเสบจะก่อให้เกิดอาการปวดมากขึ้น อาการปวดหลังส่วนล่างจากกล้ามเนื้อเกร็งหรืออักเสบเป็นอาการพบได้บ่อยมาก เกิดจากการนั่งทำงานบนเก้าอี้ที่ไม่มีพนักพิง เก้าอี้หรือโต๊ะไม่เหมาะสมกับการนั่งทำงาน การขับรถเป็นเวลานานๆ หรือการทำงานที่ต้องก้มๆเงยๆ ยกของหนักบ่อยๆ เป็นต้น กล้ามเนื้อเกร็งหรืออักเสบนั้นสามารถรักษาให้หายได้ แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดอาการปวดหลังเรื้อรังได้

2. ปวดกล้ามเนื้อจากโรค ไมโอฟาเซียล เพน ซินโดรม (Myofascial pain syndrome)^(5, 22)

อาการปวดที่เกิดขึ้นที่บริเวณกล้ามเนื้อจะมีอาการปวดลึกๆ ไม่สามารถระบุตำแหน่งที่มีอาการปวดได้แน่นอน แต่สามารถคลำพบบริเวณที่มีอาการปวดพบกล้ามเนื้อเกร็งตัวเป็นก้อนใต้ผิวหนัง ร่วมกับมีอาการปวดร้าวไปบริเวณใกล้เคียง หรือเรียกว่า ทริกเกอร์พอยต์ (trigger point) ในคนที่อยู่ในท่าเดิมหรือต้องทำงานในท่าเดิมเป็นเวลานานๆ เกิดความไม่สมดุลในการทำงานของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อมัดใดมัดหนึ่งต้องเกร็งตัวทำงานมากกว่าอีกมัดหนึ่งอยู่ตลอดเวลาจะมีโอกาสเป็นได้มาก อาการปวดกล้ามเนื้อจากโรค ไมโอฟาเซียล เพน ซินโดรม สามารถรักษาให้หายได้และสามารถกลับมาเป็นได้อีก หรือเกิดอาการเรื้อรัง

3. หมอนรองกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท (Herniated Nucleus Pulposus)^(3, 4)

หมอนรองกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทเป็นสาเหตุที่พบได้มากที่สุดของสาเหตุที่ทำให้ปวดหลังส่วนล่างและร้าวไปที่ขา พบในคนอายุตั้งแต่ 15 – 60 ปี แต่พบมาในช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไปจนถึงผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนมากพบความผิดปกติของหมอนรองกระดูกสันหลังระดับส่วนเอวข้อที่ 4 และ 5 สาเหตุของหมอนรองกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท เกิดจากหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมแล้วได้รับแรงกด

หรือแรงกระแทก ทำให้อาจเกิดการแตกของหมอนรองกระดูกสันหลัง จนปลิ้นออกจากข้อกระดูกสันหลัง เข้าไปในช่องกระดูกสันหลัง ไปกดทับเส้นประสาทหรือไขสันหลัง การปลิ้นของหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนมากจะปลิ้นออกทางด้านหลัง ส่วนทางด้านหน้าและด้านข้างจะพบได้ไม่บ่อย และจะไม่มีอาการกดทับเส้นประสาท ในท่าก้มหลังจะทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังถูกกดทับมาก ตำแหน่งความเจ็บปวดขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่หมอนรองกระดูกสันหลังแตก อาการสำคัญคือ มีอาการปวดหลังร้าวลงสะโพกและลงขา เนื่องจากการหมอนรองกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทไซแอติก (Sciatic nerve) บริเวณกระเบนเหน็บ ในผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดร้าวไปตามขาแต่ไม่มีอาการปวดหลังได้ ซึ่งอาการปวดร้าวลงขาจะมาที่ข้อสะโพกลงไปด้านข้างและด้านหน้าของต้นขาลงไปด้านข้างน่องไปจนถึงข้อเท้า หรือบางครั้งไปจนถึงส้นเท้า อาการปวดจะลดลงเมื่ออยู่ในท่านอนและจะปวดมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวบริเวณหลัง เช่น ก้ม เงย ไอหรือจาม เมื่อหมอนรองกระดูกสันหลังแตกแล้วจะไม่หายเป็นปกติ และจะทำให้เสียสภาพความยืดหยุ่นที่ช่วยในการเคลื่อนไหวกระดูกสันหลัง ถ้าปล่อยไว้หมอนรองกระดูกสันหลังที่แตกนั้นจะเกิดการแข็งตัว ทำให้เคลื่อนไหวข้อกระดูกสันหลังไม่ได้ ต้องใช้ข้อกระดูกสันหลังอื่นทดแทนและอาจทำให้ข้อกระดูกสันหลังอื่นๆนั้นแตกได้อีก

4. กระดูกสันหลังเสื่อม (Spondylosis)^(3, 4)

กระดูกสันหลังเสื่อมเป็นโรคที่พบได้ร้อยละ 6.18 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคกระดูกและข้อทั้งหมด พบได้มากในผู้ใหญ่โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และมักพบในอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน เช่น กรรมกรหรือเกษตรกร เป็นต้น และในนักกีฬาที่ต้องใช้กระดูกสันหลัง เช่น นักยกน้ำหนัก เทนนิสหรือเดินร่า เป็นต้น ในคนที่มีน้ำหนักตัวมากก็สามารถพบได้บ่อยเช่นกัน เพราะน้ำหนักตัวมากทำให้กระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักมากขึ้น กระดูกสันหลังเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมของกระดูกสันหลัง รวมทั้งของหมอนรองกระดูกสันหลัง โดยมาจากสาเหตุต่างๆ ส่วนมากเกิดจากการใช้งานกระดูกสันหลังมาก และอายุที่มากขึ้นกระดูกสันหลังก็จะเสื่อมลง ส่งผลให้ข้อต่อระหว่างกระดูกสันหลังแต่ละข้ออักเสบชนิดไม่ติดเชื้อ เมื่อกระดูกสันหลังเสื่อมจะทำให้เกิดการเสียดสีกันระหว่างกระดูก ทำให้ข้อแคบลงและยึดติดกัน ข้อต่างๆ จะขาดความยืดหยุ่น และเกิดปุ่มกระดูกงอกเพื่อเสริมความแข็งแรงทดแทนระหว่างข้อและรอบๆรูทางออกของเส้นประสาทสันหลังทำให้เส้นประสาทถูกกด นอกจากนี้เมื่อข้อระหว่างกระดูกสันหลังในแต่ละข้อยุบตัวแคบลงจะบีบให้หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้นกดทับเส้นประสาทได้ ซึ่งการปลิ้นของหมอนรองกระดูกสันหลังจะเกิดขึ้นได้ง่ายเพราะมีการเสื่อมพร้อมๆกับการเสื่อมของกระดูกสันหลัง อาการปวดจะเกิดในตำแหน่งที่มีการเสื่อม ทำให้ปวดเอว ปวดหลัง ข้อกระดูกสันหลังยึดติดจำกัดการเคลื่อนไหว และกล้ามเนื้อรอบกระดูกสันหลังจะเกิดอาการเกร็งเพราะช่วยพยุงกระดูกสันหลังให้อยู่กับที่ ทำให้มีอาการปวดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ปุ่มกระดูกที่งอกและหมอนรองกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท ทำให้เกิดอาการชาร้าวลงขาได้ ตำแหน่งที่เกิดการเสื่อมสามารถเกิดขึ้นพร้อมๆกันได้หลายตำแหน่ง มักพบในตำแหน่งที่รองรับน้ำหนักและเกิดการเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เช่น กระดูกส่วนเอวข้อที่ 4 และ 5

จะพบได้บ่อยครั้ง อาการที่พบบ่อยของกระดูกสันหลังเสื่อมคือ มีอาการปวดหลังหรือปวดร้าวเรื้อรัง ซึ่งอาจเกิดร่วมกับอาการชาหรือขา

5. ช่องกระดูกสันหลังตีบ (Spinal stenosis)^(3, 4)

ช่องกระดูกสันหลังตีบพบมากในกระดูกสันหลังระดับเอว พบผู้ป่วยที่มีช่องกระดูกสันหลังตีบพบร้อยละ 0.22 เกิดจากช่องในกระดูกสันหลังที่เป็นที่อยู่ของไขสันหลังและเส้นประสาทเกิดการตีบแคบผิดปกติ ทำให้เกิดการกดเบียดทับเส้นประสาทและไขสันหลัง อาจเกิดร่วมกับหมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้นทำให้ช่องไขสันหลังตีบมากขึ้น สาเหตุอาจมาจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังหรือกระดูกสันหลังเคลื่อน และพบในผู้ป่วยที่ได้รับการกระทบกระเทือนจนทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้น

6. กระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis)⁽²³⁾

กระดูกสันหลังเคลื่อน คือ มีการเคลื่อนตัวของกระดูกสันหลังข้อหนึ่งไปด้านหน้าข้อที่ถัดลงมา ด้านหลัง หรือด้านข้าง ซึ่งสาเหตุที่เกิดสามารถเกิดได้จากการผิดปกติข้อกระดูกตั้งแต่กำเนิด เกิดจากการเสื่อมของข้อกระดูกสันหลัง หรือเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุ อาการสำคัญของกระดูกสันหลังเคลื่อนคือ มีอาการปวดหลังและขาเวลาเดิน อาจตัวพ้ออาการผิดปกติของเส้นประสาทระดับเอว ทำให้การเคลื่อนไหวช่วงเอวในท่าก้มและเงยลดลง ในผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนของกระดูกสันหลังมาก จะพบว่าช่วงเอวสั้น มีรอยสันที่คลำได้ที่กระดูกเอว มีการแอ่นของกระดูกเอวช่วงบน และมีการคอดที่บริเวณหน้าท้อง

7. ภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis)^(4, 5, 24)

โรคกระดูกพรุน คือ ภาวะที่กระดูกมีความแข็งแรงทนทานลดลง เนื่องมาจากเนื้อกระดูกบางลงจนทำให้เกิดการแตกหักหรือยุบตัวลงได้ง่าย พบได้บ่อยในผู้สูงอายุเนื่องจากกระดูกจะเสื่อมสภาพไปตามอายุ และพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชายจากภาวะหมดประจำเดือน ภาวะกระดูกพรุนเกิดได้กับกระดูกทุกชิ้นในร่างกาย แต่กระดูกที่หักได้บ่อยจากกระดูกพรุน ได้แก่ กระดูกข้อมือ กระดูกสะโพก และกระดูกสันหลัง กลไกการเกิดกระดูกพรุนยังไม่แน่ชัด แต่เชื่อกันว่าจะมาจากหลายสาเหตุ เช่น การทำงานของเซลล์กระดูกเสื่อม การขาดฮอร์โมนเพศ การขาดวิตามินหรือเกลือแร่สำหรับสร้างมวลกระดูก โดยเฉพาะวิตามินดีหรือแคลเซียม รวมทั้งความสัมพันธ์กับฮอร์โมนจากต่อมพาราไทรอยด์ ซึ่งเป็นฮอร์โมนควบคุมการทำงานและปริมาณแคลเซียมในร่างกายและกระดูก อาการสำคัญของภาวะกระดูกพรุน คือ ปวดกระดูกในบริเวณที่มีความผิดปกติ โดยเฉพาะบริเวณที่ต้องรับน้ำหนักอย่างกระดูกสันหลัง ทำให้กระดูกขาดความแข็งแรงทนทาน เกิดการแตกหักหรือยุบตัว ซึ่งอาจเกิดได้อย่างเฉียบพลัน เมื่อมีเหตุปัจจัยเสี่ยง เช่น ยกของหนักหรือหกล้มกันกระแทก เป็นต้น ทำให้เกิดอาการปวดหลัง ขยับตัวจะเกิดอาการปวดอย่างมาก อาจพบกระดูกสันหลังโค้งนูนออกหรือเกิดการหักยุบตัวอย่างช้าๆ เป็นเวลานาน พบความสูงลดลง หลังจะโค้งค่อม ซึ่งจะทำให้เกิดอาการปวดหลังเรื้อรัง

8. กระดูกสันหลังคด (Scoliosis)⁽⁴⁾

กระดูกสันหลังคดเป็นอาการที่พบได้บ่อยและพบได้ในทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ที่สาเหตุอาจจะเกิดจากกระดูกสันหลังยุบตัวจากภาวะกระดูกพรุน มีลักษณะผิดปกติของกระดูกสันหลังที่ไม่เรียงตัวกันเป็นแนวตรง แต่สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด อาการที่พบบ่อย คือ มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ตัวเอียง เอวและกระดูกสะโพกทั้งสองข้างไม่เท่ากัน และมักจะนอนหงายหรือนอนคว่ำลำบาก

9. สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่างอื่นๆ^(3,4,22)

สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่างอื่นๆ เช่น ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง น้ำหนักตัวที่มากเกินไป ข้อสันหลังอักเสบยึดติด (Ankylosing spondylitis) มีเนื้องอกบริเวณกระดูกสันหลัง ขาดการออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อหลังไม่แข็งแรง และการใช้ท่าทางหรืออิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น

การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง⁽²⁵⁾

การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างโดยทั่วไปประกอบด้วย 3 หลักใหญ่ๆ คือ

1. **การใช้ยา (Medication)** ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ หรือยาต้านอาการอักเสบ เป็นต้น
2. **การผ่าตัด (Surgery)** ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพของอาการโรคและเหตุผลในการรักษา เช่น รักษาด้วยวิธีการอื่นไม่ได้ผล มีอาการขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระได้ หรือมีการกดทับของเส้นประสาทอย่างมาก เป็นต้น
3. **การกายภาพบำบัด (Physical therapy)** เช่น วางแผนประคบร้อน ใช้เครื่องดึงหลัง (Traction) ใช้เครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) ใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Electrical stimulator) หรือ การนวดด้วยมือเพื่อช่วยคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งวิธีการรักษาทางกายภาพบำบัดจะช่วยให้อาการปวดหลังทุเลาลง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า คือภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระวิทยา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลง มีความคิดทางลบ หลีกเลียงกิจกรรม และทำกิจกรรมน้อยลง เป็นต้น⁽²⁶⁾

Clark และ Fairburn (1997) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของร่างกาย เช่น รู้สึกเศร้าเสียใจมากและหมดหวัง รู้สึกตนเองไร้ค่า โกรธง่าย มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สนใจตนเองลดลง เป็นต้น⁽²⁷⁾

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (2000) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นพยาธิสภาพทางจิตที่มีระดับความเศร้ารุนแรงหรือเรื้อรัง รู้สึกเศร้าโศก หดหนทาง และหมดหวัง มีภาวะสิ้นยินดี และอาจมีอาการหรือพฤติกรรมอื่นๆร่วมด้วย⁽²⁸⁾

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน โดยอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยอาการแสดงออกทั้ง 4 ด้านมีดังนี้⁽²⁹⁾

1. **อาการแสดงออกทางด้านอารมณ์** คือ มีอารมณ์เศร้า เหงา โดดเดี่ยว สิ้นหวัง ไร้ค่า ขาดความหมายในชีวิต ไม่มีความสุข โกรธตนเอง รู้สึกผิดต่อตนเอง และอยู่กับความล้มเหลวในอดีตโดยไม่สนใจตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต
2. **อาการแสดงออกทางด้านร่างกาย** คือ หมดพลัง อ่อนล้า ภาระงานกระวาย นอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติ ความอยากอาหารและน้ำหนักเปลี่ยนแปลง อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ความสนใจเรื่องเพศลดลง อาจมีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ท้องผูก ท้องเสีย หรือโรคกระเพาะ เป็นต้น
3. **อาการแสดงออกทางด้านความคิด** คือ มีสมาธิลดลง หมดหวัง หมดคุณค่าในตนเอง โทษตนเอง กลัวการถูกปฏิเสธ กลัวความล้มเหลวในชีวิต มองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ
4. **อาการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม** คือ ความสนใจในกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวันลดลง หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม แยกตัว ร้องไห้ ประสิทธิภาพในการสื่อสารกับคนอื่นลดลง

ภาวะซึมเศร้าสามารถพิจารณาตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders หรือ DSM-IV) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการและพฤติกรรมดังนี้⁽³⁰⁾

1. มีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดเวลา และเป็นติดต่อกันทุกวัน
2. ความกระตือรือร้น ความรู้สึกสนุกในกิจกรรมต่างๆที่เคยชอบจะลดลงมาก มีพฤติกรรมเฉื่อยชาเกือบทั้งวันหรือทั้งวัน ติดต่อกันเกือบทุกวัน
3. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงอาจลดลงหรือเพิ่มขึ้นทุกวัน ทำให้น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงชัดเจน
4. การนอนผิดปกติ อาจนอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป หรือหลับนานผิดปกติ
5. มีการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น กระวนกระวายหรือเชื่องช้า รวมไปถึงความคิด คิดช้าลงหรือฟุ้งซ่านเกือบทั้งวัน
6. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เกือบทุกวัน
7. มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดต่อตนเองผิด หรือไม่ดีอย่างมากเกือบทุกวัน
8. สมาธิไม่ดี ความสามารถในการตัดสินใจลดลง จนถึงไม่สามารถตัดสินใจได้ โดยเป็นเกือบทุกวัน

9. คิดซ้ำๆ เรื่องความตาย ทำร้ายตนเองหรือคิดฆ่าตัวตาย ไปจนถึงพยายามฆ่าตัวตาย

โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการต่างๆ อย่างน้อย 1-2 ข้อ และเกิดติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และในผู้ที่มีอาการมากกว่า 5 ข้อ และเกิดต่อเนื่องกันมากกว่า 2 สัปดาห์ จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งเป็น 3 ระดับใหญ่ๆ ได้ ดังนี้⁽³¹⁾

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยจะมีภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงา ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ชั่วคราว และบุคคลทั่วไปสามารถเป็นได้ในบางครั้ง อารมณ์ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุหรือไม่มีสาเหตุใดๆ ก็ได้ มักมีการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจกับบุคลิกของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่างๆ ลดลง การนอนเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น อาจจะมีอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression)

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางจะมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัวยุหน้าที่การทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่ไม่เหมือนปกติ มีอารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าหม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ รู้สึกตนเองไร้ค่า ไม่มีกำลังใจ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล ก้าวร้าว โกรธง่าย มีกระบวนการทางความคิดและสมาธิลดลง ตัดสินใจไม่ได้ ประสาทสัมผัสทางกายผิดปกติ อาจมีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหารหรือทานอาหารมากผิดปกติ มีการเคลื่อนไหวช้าลง หรือกระวนกระวาย การเข้าสังคมบกพร่อง และไม่เหลือความภาคภูมิใจในตนเอง

3. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression)

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะมีภาวะอารมณ์เศร้าตลอดเวลาและเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมอย่างชัดเจน เช่น รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว พุดจาซ้ำ เชื่องซึม ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือทำงานตามหน้าที่ได้ดังเดิม หลีกเลี่ยงความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ปฏิเสธคนรอบข้าง ทำร้ายตนเอง จนถึงมีความคิดฆ่าตัวตาย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (1993) ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และคุณค่าที่คนผู้นั้นอาศัยอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ จุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับบุคคลผู้นั้น เป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ ประสานการรับรู้ของบุคคล ในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การสร้างดัชนีที่จะวัดคุณภาพชีวิตจึงมีความหลากหลายตามเป้าหมาย และแนวคิดของแต่ละกลุ่มคน ในสังคม⁽³²⁾

Ferrans and Powers (1992) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ⁽³³⁾

Zhan (1992) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายความว่า เป็นความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกผาสุกในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยที่บุคคลแต่ละบุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเอง⁽³⁴⁾

ผาสุก มุทเมธา (2535) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิต คือ ชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตที่สามารถสนองตอบความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามอัตภาพ อยู่ในกรอบและระเบียบแบบแผน ตามวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ในมาตรฐานการยอมรับของสังคม⁽³⁵⁾

พจนานุกรมบัณฑิตยสถาน (2539) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตประกอบไปด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคล และ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล⁽³⁶⁾

นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส (2552) คุณภาพชีวิต มีความหมายกว้างโดยรวมทั้ง สุขภาพ สิ่งแวดล้อม ครอบครัว การมีที่อยู่อาศัย วัฒนธรรม เพื่อนบ้าน ฐานะทางการเงิน เป็นต้น ซึ่งต่อมาพบว่า เมื่อคนเรามีสุขภาพแข็งแรง ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหลักต่อชีวิตความเป็นอยู่ แต่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง สุขภาพจะมีอิทธิพลต่อชีวิตเหนือปัจจัยอื่น⁽³⁷⁾

โดยสรุปคุณภาพชีวิต คือ ความพึงพอใจและความผาสุกของบุคคลที่มีองค์ประกอบในด้านต่าง ทั้งด้านสุขภาพ สังคม จิตใจ และสิ่งแวดล้อมรอบกาย

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ⁽³⁴⁾

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นการรับรู้และพึงพอใจในชีวิตตนเองในทุกๆด้าน เช่น พึงพอใจในการดำรงชีวิต ความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และครอบครัว
2. ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept) เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง ในเรื่องความผาสุกด้านจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าและยอมรับในตนเอง
3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and functioning) เป็นการรับรู้ในความสามารถทางด้านร่างกาย สุขภาพที่ปราศจากโรค และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นการรับรู้และพึงพอใจในด้านสังคมทั่วไป รวมไปถึงด้านอาชีพ รายได้ และการศึกษา

องค์การอนามัยโลก (1993) ได้จัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้านได้แก่ ⁽³²⁾

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ ความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบายของร่างกายตนเอง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ ความรู้สึกดีและไม่ดีในด้านความคิด การเรียนรู้ ความจำ การมีสมาธิ ความเชื่อมั่นในตนเองและภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกายของตนเอง
3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence domain) คือ การรับรู้ถึงความจำเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์และความสามารถในการทำงาน
4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relation domain) คือ การรับรู้กับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม รวมไปถึงการมีเพศสัมพันธ์
5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความปลอดภัยด้านร่างกายจากสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับบริการทางสุขภาพและสังคม แหล่งรายได้ โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การพักผ่อนและใช้เวลาว่าง การคมนาคมขนส่ง และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายที่ดี ปราศจากมลพิษ
6. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual domain) คือ ความเชื่อมั่นต่างๆของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความรู้สึกทางด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อ

ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ลดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตลงเพื่อให้สั้นและกระชับขึ้น และพัฒนาเครื่องมือคุณภาพชีวิตใหม่ คือ WHOQOL-BREF โดยจัดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตใหม่เป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การที่บุคคลรับรู้สภาพทางด้านร่างกายที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น รับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย มีความสุขสบาย ไม่มีอาการเจ็บปวด และรู้วิธีในการจัดการความเจ็บปวดทางร่างกายได้ มีผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีอิสระในการดำเนินชีวิตโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น

การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน รับรู้ตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพายาหรือการรักษาทางการแพทย์

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การที่บุคคลรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น มีความรู้สึกทางบวกที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง รับรู้ภาพลักษณ์ตนเอง มีความภาคภูมิใจ มีความมั่นใจในตนเอง รับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ จัดการกับความเครียด ความกังวล และการรับรู้ในความเชื่อต่างๆของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) คือ การที่บุคคลมีการรับรู้เรื่องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การรับรู้การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในสังคม และรับรู้ว่าเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) คือ การที่บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ว่าตนเองมีชีวิตอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยมั่นคงในชีวิต อยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีโอกาสในการรับข่าวสาร มีกิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมในเวลาว่าง

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตนั้นมีองค์ประกอบแตกต่างกันขึ้นอยู่กับนิยามของแต่ละบุคคล แต่ส่วนใหญ่จะมีองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน เช่น ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการศึกษา โดยมีผู้คิดวิธีในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยการสร้างเครื่องมือในการวัดแบบต่างๆ

Zhan (1992) มีเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต โดยอาศัยตัวบ่งชี้ 2 ประเภท⁽³⁴⁾ คือ

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลเชิงรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ และวัดได้ เช่น อายุ อาชีพ รายได้ และระดับการศึกษา
2. ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยาที่บ่งบอกถึงอารมณ์ความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมถึงสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตวิสัย (Subjective) พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด

และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม รวมเป็น 26 ข้อ มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ค่าความตรงเท่ากับ 0.65 เมื่อเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ⁽²¹⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1. ด้านร่างกาย (Physical domain) 2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain)⁽²¹⁾

โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อคำถาม ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง เนื่องจากเครื่องมือนี้มีข้อคำถามครอบคลุมตามแนวคิดพื้นฐาน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และเครื่องมือได้ถูกตรวจสอบความเที่ยงตรง มีความน่าเชื่อถือ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the related literature)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า

พิมพรัก ลินสมบูรณ์ทอง ปี 2551 ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.6⁽¹³⁾

ผกามาศ อ่อนขาว ปี 2553 ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม พบว่าผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และความปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม รวมทั้งปัจจัยอื่นๆเช่น อายุ เพศ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและความปวด มีผลต่อภาวะซึมเศร้าวัยเช่นกัน⁽³⁸⁾

กานดา กาญจนโพธิ์ ปี 2552 ศึกษาความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่รับการรักษาด้วยการฉีดยาเข้าไขสันหลัง (Epidural steroid injection) จำนวน 80 คน ที่เข้ารับการรักษาแผนกอร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่าหลังการฉีดยาเข้าไขสันหลังกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมสูงขึ้นกว่าก่อนฉีดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และคุณภาพชีวิตหลังฉีดยา 1 สัปดาห์ สูงขึ้นกว่าก่อนฉีดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)⁽³⁹⁾

ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง ปี 2553 ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่⁽⁴⁰⁾

Shawn R. Currie และ JianLi Wang ปี 2004 ศึกษาอาการปวดหลังเรื้อรังและโรคซึมเศร้าในประชากรทั่วไปในประเทศแคนาดา จำนวน 118,533 คน พบว่ามีโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังร้อยละ 19.8 และความชุกของโรคซึมเศร้าในคนที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของอาการปวดหลัง ซึ่งหมายความว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวด โดยเกิดโรคซึมเศร้ากับช่วงอายุที่น้อยกว่า เพศหญิง และมีสถานภาพโสด ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และอาการปวดหลังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำนายภาวะซึมเศร้าได้⁽⁴¹⁾

Muhammad Amir Saghee และคณะ ปี 2013 ได้ทำการศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มีอาการปวดทุกวันเป็นเวลา 3 เดือนในช่วงเวลา 6 เดือน จำนวน 140 คน โดยใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าดังนี้ ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 72 คน (51.4 %) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 51 คน (36.4%) และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงจำนวน 17 คน (12.1%) และเพศหญิงมีคะแนนภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)⁽⁴²⁾

J. Hampton Atkinson และคณะปี 1991 ได้ศึกษาความชุก ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ และปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติทางจิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่เป็นเพศชาย จำนวน 97 คน และกลุ่มควบคุมเพศชายที่มีสุขภาพดี 49 คน พบว่า ในผู้ป่วยที่ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังมีประวัติผิดปกติทางจิต 79 คน (81.4%) และในกลุ่มควบคุมจำนวน 29 คน (59.2%) มีประวัติผิดปกติทางจิตเช่นกัน โดยอาการที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยหลังจากที่เริ่มมีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังขึ้น ร้อยละ 58.1 ของผู้ป่วยเริ่มมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นอีกและอาการซึมเศร้าเกิดขึ้นภายใน 2 ปีที่เริ่มมีอาการปวดหลังส่วนล่าง⁽⁴³⁾

Signe Berit Bentsen และคณะ ปี 2007 ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเชื่อมต่อกระดูกสันหลัง โดยศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างก่อนได้รับการผ่าตัดจำนวน 25 คนและได้รับการผ่าตัดแล้วจำนวน 101 คน โดยใช้แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดแล้วมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งผู้ที่ได้รับการผ่าตัดมาตั้งแต่ 5-8 ปีก็มีคุณภาพชีวิตที่กว่าผู้ที่เพิ่งได้รับการผ่าตัดมา 1-2 ปี ในด้านการทำงานของร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน⁽⁴⁴⁾

A.Rabini และคณะ ปี 2007 ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความไร้ความสามารถและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 108 คน พบว่า อายุมีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสุขภาพทั่วไปในเพศชายและเพศหญิงก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังจะมีคุณภาพชีวิตแย่งเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรที่มีสุขภาพดีและการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อที่ไม่เป็นปกติมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง⁽⁴⁵⁾

Joel Coste และคณะ ปี 2004 ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังระยะเฉียบพลันเกี่ยวกับการทำนายอาการโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยปวดหลังระยะเฉียบพลันร้อยละ 73 จะสามารถฟื้นฟูได้ภายใน 2 สัปดาห์ และร้อยละ 5 จะมีอาการปวดเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยที่ปวดหลังระยะเฉียบพลันจะมีคุณภาพชีวิตลดลง และจากคุณภาพชีวิตที่ลดลงจะส่งผลต่อทำให้มีอาการปวดเรื้อรังได้เนื่องจากการทำงานกล้ามเนื้อหรือข้อกระดูกอื่นทดแทนและการรักษาที่ไม่ถูกต้อง⁽¹⁴⁾

Kotryna Veresciagina และคณะ ปี 2009 ได้ศึกษาปริมาณของความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการประเมินความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างก่อนได้รับการผ่าตัด โดยเป็นผู้ป่วยที่ปวดหลังส่วนล่างจากหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท จำนวน 100 คนและกลุ่มควบคุมบุคคลากรในโรงพยาบาลที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังแต่อาการปวดไม่มากจำนวน 100 คน โดยใช้การประเมินความปวด Visual Analogue Scale (VAS) ระดับความปวด 0 – 10 (0 คือไม่มีอาการปวดเลย, 10 คือมีอาการปวดมากที่สุด) ใน 24 ชั่วโมงก่อนได้รับการผ่าตัด กับแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 พบว่า ค่าคะแนนที่เป็นหัวข้อหลักที่สำคัญในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างมีค่าคะแนนน้อยกว่าในกลุ่มควบคุม ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และค่าคะแนนของหัวข้ออาการปวดในร่างกายของแบบสอบถาม SF-36 มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนน VAS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁴⁶⁾

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกออร์โธปิดิกส์และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกออร์โธปิดิกส์และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์ที่ใช้คัดเลือกผู้ป่วยเข้ามศึกษา (Inclusion Criteria)

- เป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาในแผนกออร์โธปิดิกส์และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อตามการวินิจฉัยของแพทย์
- มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้
- ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ที่ใช้คัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

- มีโรคทางกายรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม

ขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

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

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 Z = ค่า Z จากตาราง เมื่อกำหนดให้มีระดับความเชื่อมั่น 95%
 = 1.96
 p = สัดส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง (อ้างอิงจาก J. Hampton Atkinson และคณะ, 1991)⁽⁴³⁾
 = 0.216
 q = $1-p = 0.784$
 d = acceptable error = 0.05
 แทนค่าในสูตร $n = \frac{(1.96)^2 (0.216) (0.784)}{(0.05)^2}$
 = 260.22
 = 261
 $\frac{n}{\text{response rate}} = \frac{261}{0.9}$
 = 288.88

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีเท่ากับ 290 คน

การสุ่มตัวอย่าง : เป็นการเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารักษาที่แผนกอร์โธปิดิกส์และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในช่วงเวลาปกติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จนกว่าจะครบตามจำนวนที่คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยตอบเองจำนวน 1 ชุด ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยคำถามแบบบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ อาศัยอยู่กับใคร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและอาการปวดหลัง เช่น โรคประจำตัว สาเหตุของอาการปวดหลังจากการวินิจฉัยของแพทย์ ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความเจ็บปวด การรักษาที่ได้รับ ผลกระทบต่ออาการปวดหลัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบประเมินโรคซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ซึ่งเป็นแบบคัดกรอง โรคซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ โดยทั้ง 9 ข้อนี้มาจากข้อต่างๆ ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition) โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ

ไม่มีเลย	คะแนน	=	0
มีบางวันไม่บ่อย	คะแนน	=	1
มีค่อนข้างบ่อย	คะแนน	=	2
มีเกือบทุกวัน	คะแนน	=	3

โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะในปี พ.ศ. 2551⁽¹⁹⁾ พบว่าผู้ที่มีคะแนนรวม ตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม PHQ-9 มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความสอดคล้องภายในซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกแปลและพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ⁽²¹⁾ ประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้

1. ด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
2. ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25
4. ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและคุณภาพโดยรวม โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อคือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมิน (rating scale) 5 ระดับให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกเช่นนี้เล็กน้อยหรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	รู้สึกเช่นนี้นานๆครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่มาก
ปานกลาง	หมายถึง	รู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแย่มาก
		ปานกลาง
มาก	หมายถึง	รู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	รู้สึกเช่นนั้นเสมอรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

การให้คะแนนและการแปลผล

คำตอบ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
คะแนนความหมายทางบวก	1	2	3	4	5
คะแนนความหมายทางลบ	5	4	3	2	1

ตารางที่ 1 การแปลผลค่าคะแนนแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40
5. โดยรวม	26 - 60	61 - 95	96 - 130

จากการวิเคราะห์แบบสอบถามด้านคุณภาพชีวิตด้วยแบบทดสอบในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง จำนวน 290 คน พบว่า ข้อคำถามบางข้อมีค่า correlation กับข้ออื่นๆต่ำ (Item - total correlation) และเมื่อพิจารณาร่วมกับองค์ประกอบในแต่ละด้านของแบบสอบถามโดยคงความตรงเชิงเนื้อหาตามที่แบบสอบถามถูกออกแบบไว้ จึงตัดข้อคำถามที่มีระดับ correlation ต่ำออก (<0.20) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้แบบสอบถามนี้เหลือทั้งหมด 22 ข้อจาก 26 ข้อ (ตารางที่ 2) โดยข้อคำถามที่ตัดออก คือ

1. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ข้อ 25
2. ด้านสิ่งแวดล้อม ข้อ 18, 19 และ 20

ตารางที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ตัดข้อคำถามและค่า Cronbach's alpha

องค์ประกอบ	จำนวนข้อเดิม	ข้อที่ตัดออก	จำนวนข้อที่เหลือ	α
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	2, 3, 4, 10, 11, 12, 24	-	7	0.69
2. ด้านจิตใจ	5, 6, 7, 8, 9, 23	-	6	0.73
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	13, 14, 25	25	2	0.57
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22	18, 19, 20	5	0.68
5. โดยรวม	1 - 26	18, 19, 20, 25	22	0.86

เมื่อตัดข้อคำถามบางข้อออกทำให้การแปลผลคะแนนเปลี่ยนไป โดยผู้วิจัยได้ปรับค่าคะแนนตามสัดส่วนของจำนวนข้อและอิงการแปลผลตามแบบสอบถามดั้งเดิม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การแปลผลคะแนนแบบสอบถามคุณภาพชีวิตหลังตัดข้อศอก

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2 - 4	5 - 7	8 - 10
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	5 - 11	12 - 18	19 - 25
5. โดยรวม	22 - 50	51 - 80	81 - 110

การรวบรวมข้อมูล (Data collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เข้าพบหัวหน้าแผนกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อและแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. แนะนำตัวพร้อมแสดงเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้อย่างละเอียด จนผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
5. ชี้แจงถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และรายงานผลเป็นข้อมูลกลุ่ม โดยไม่มีผลวิจัยที่สามารถระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัยได้ การเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยยืนยันว่าผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบหรือไม่ตอบข้อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับแต่ประการใด
6. ชี้แจงถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ว่าจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ส่วนความเสี่ยงที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจได้รับคือ อาจเสียเวลาและไม่สะดวกในการเข้าร่วมการวิจัย
7. แจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่ยินยอมร่วมมือในการทำวิจัย
 - แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
 - แบบสอบถามด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลัง
 - แบบประเมินโรคซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) โดยมาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2551)

- แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งพัฒนาเครื่องมือโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2540)
- 8. เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาทีขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง
- 9. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ นำข้อมูลที่ได้ออกมาคิดคะแนนและวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows version 17 ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ในการบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ละคู่ โดยใช้สถิติ chi-square ส่วนคุณภาพชีวิตใช้สถิติ Independent – Samples T Test ในตัวแปรที่มี ค่า 2 ค่า และใช้ One – Way ANOVA ในตัวแปรที่มีค่าตั้งแต่ 3 ค่าขึ้นไป ส่วนตัวแปรที่เป็น Ordinal จะใช้สถิติ Polynomial contrast เพื่อดูความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปร
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพร้อมกันหลายๆตัวแปรที่อาจเป็นปัจจัยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังใช้สถิติ Multiple Logistic Regression Analysis ส่วนคุณภาพชีวิตใช้สถิติ Multiple Linear Regression Analysis โดยเลือกตัวแปรที่มีความเป็นไปได้ตามทฤษฎีและมีเกณฑ์ทางสถิติที่ระดับ 0.10 มาเข้า model จากนั้นทำการวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ และเลือกตัวแปรที่มีค่าแสดงความสัมพันธ์กับตัวแปรตัวอื่นมากเกินไป ตัดออกทีละตัวแปรจนได้เป็น model สุดท้าย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแผนกแผนกออโรโธปิดิกส์และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 290 คน โดยจะเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
 - 2.2 ประวัติด้านสุขภาพและอาการปวดหลังของผู้ป่วย

- ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.1 ภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 คุณภาพชีวิต

- ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
 - 3.1 การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่กับภาวะซึมเศร้า
 - 3.2 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

- ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
 - 4.1 การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่กับคุณภาพชีวิตโดยรวม
 - 4.2 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวม

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทน	ค่าเฉลี่ย
Median	แทน	ค่ามัธยฐาน
Min	แทน	ค่าต่ำสุด
Max	แทน	ค่าสูงสุด
SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
IQR	แทน	ค่าความแตกต่างระหว่างควอไทล์ที่ 3 กับควอไทล์ที่ 1
T	แทน	ค่าการทดสอบโดยใช้สถิติ Independent-Sample T-test
F	แทน	ค่าการทดสอบโดยใช้สถิติ One-Way ANOVA
df	แทน	องศาอิสระ
p-value	แทน	ค่าความน่าจะเป็นของสถิติที่ใช้ทดสอบ
Constant	แทน	ค่าคงที่ของสมการทำนาย
R	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R ²	แทน	สัมประสิทธิ์การตัดสินใจ
B	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ
β	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายซึ่งทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน
S.E. B	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนาย
S.E. est	แทน	ค่าที่วัดการกระจายของค่าความคลาดเคลื่อนรอบๆ เส้นตรง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากแบบสอบถามรวมทั้งสิ้น 290 ชุด

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 4 จำนวนและค่าร้อยละของลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (n = 290)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	63	21.7
หญิง	227	78.3
อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	16	5.5
41 – 50 ปี	41	14.2
51 – 60 ปี	68	23.4
61 – 70 ปี	97	33.5
มากกว่า 70 ปี	68	23.4
Mean ± SD 61.04 ± 12.24 Min – Max 23 - 85		
สถานภาพสมรส		
โสด	49	16.8
สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	173	59.7
คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว	48	16.6
หย่าร้างหรือแยกกันอยู่	20	6.9

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	168	57.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	39	13.4
รับจ้าง	31	10.7
ธุรกิจ/ค้าขาย/อิสระ	30	10.3
แม่บ้าน	18	6.2
เกษตรกร	4	1.5
รายได้		
ต่ำกว่า 1,000 บาท	8	2.8
1,001 – 5,000 บาท	4	1.3
5,001 – 10,000 บาท	15	5.2
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	263	90.7
สถานภาพทางเศรษฐกิจ		
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้	11	3.8
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	92	31.7
พอใช้และเหลือเก็บ	187	64.5
อาศัยอยู่กับ		
อยู่คนเดียว	15	5.2
อยู่กับครอบครัว	275	94.8

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.3 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.9 ส่วนใหญ่สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 59.7 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.9 และร้อยละ 90.7 มีรายได้ มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป

1.2 ประวัติด้านสุขภาพและอาการปวดหลัง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของตัวแปรด้านสุขภาพและอาการปวดหลังของตัวอย่าง (n = 290)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	50	17.5
มี	240	82.5
ความดันโลหิตสูง	132	45.5
โรคทางระบบประสาท/กล้ามเนื้ออื่นๆ (นอกจากปวดหลัง)	106	36.6
โรคทางระบบหัวใจ/หลอดเลือด	93	32.1
โรคเบาหวาน	54	18.6
โรคทางระบบทางเดินหายใจ/ภูมิแพ้	41	14.1
โรคทางระบบทางเดินอาหาร/โรคกระเพาะ	33	11.4
โรคทางสมอง/อัมพฤกษ์/อัมพาต	16	5.5
โรคมะเร็ง	7	2.4
อื่นๆ	21	7.2
สาเหตุของอาการปวดหลังจากการวินิจฉัยของแพทย์		
หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมทับเส้นประสาท	162	55.9
กล้ามเนื้ออักเสบ/เกร็ง	44	15.2
กระดูกสันหลังเคลื่อน	30	10.3
ปวดตามกล้ามเนื้อเป็นบริเวณกว้าง	18	6.2
กระดูกพรุน	16	5.5
การตีบแคบของช่องไขสันหลัง	4	1.4
หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้น	4	1.4
อื่นๆ	12	4.1

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบัน		
ตั้งแต่ 3 – 5 เดือน	39	13.5
มากกว่า 5 – 8 เดือน	11	3.8
มากกว่า 8 – 12 เดือน	7	2.4
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	233	80.3
ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์		
(0 = ไม่มีอาการปวดเลย, 10 = ปวดมากจนทนไม่ได้)		
1	24	8.3
2	27	9.3
3	62	21.4
4	35	12.5
5	61	21.0
6	24	8.3
7	19	6.3
8	25	8.6
9	8	2.6
10	5	1.7
Mean ± SD	4.53 ± 2.22	Min – Max 1-10
การรักษาที่ได้รับ *		
ยา	269	92.8
ผ่าตัด	62	21.4
ประคบร้อน	56	19.3
การนวด/จัดกระดูก	52	17.9
เครื่องดิ่งหลัง	47	16.2
เครื่องอัลตราซาวด์	17	5.9
เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า	14	4.8
อื่น	13	4.5

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบจากอาการปวดหลัง		
ไม่มีผลกระทบ	110	37.9
* มี	180	62.1
มีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของตนเองในด้านลบ	153	52.8
เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว	37	12.8
การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน	52	17.9
ด้านหน้าที่การงาน/การประกอบอาชีพ	39	13.4
ด้านรายได้ของตนเอง/ครอบครัว	21	7.2

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นๆร่วมด้วยได้แก่ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 45.5 และโรคทางระบบประสาท/กล้ามเนื้ออื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 36.6 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมทับเส้นประสาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.9 โดยระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบันส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการมากกว่า 1 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 80.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความปวดเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์อยู่ที่ระดับ 3 - 5 คิดเป็นร้อยละ 54.9 (ค่าเฉลี่ย คือ 4.53) ผู้ป่วยร้อยละ 92.8 ได้รับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยร้อยละ 37.9 ไม่รู้สีกว่าอาการปวดหลังมีผลกระทบต่อชีวิตด้านต่างๆ สำหรับในกลุ่มที่มีผลกระทบ ส่วนใหญ่เป็นผลกระทบด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 52.8

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากแบบสอบถามรวมทั้งสิ้น 290 ชุด

2.1 ภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 6 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (n = 290)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	264	91.0
มีภาวะซึมเศร้า	26	9.0
Mean \pm SD 3.50 \pm 3.26 Min – Max 0 - 18		

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 91.0 โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 9.0

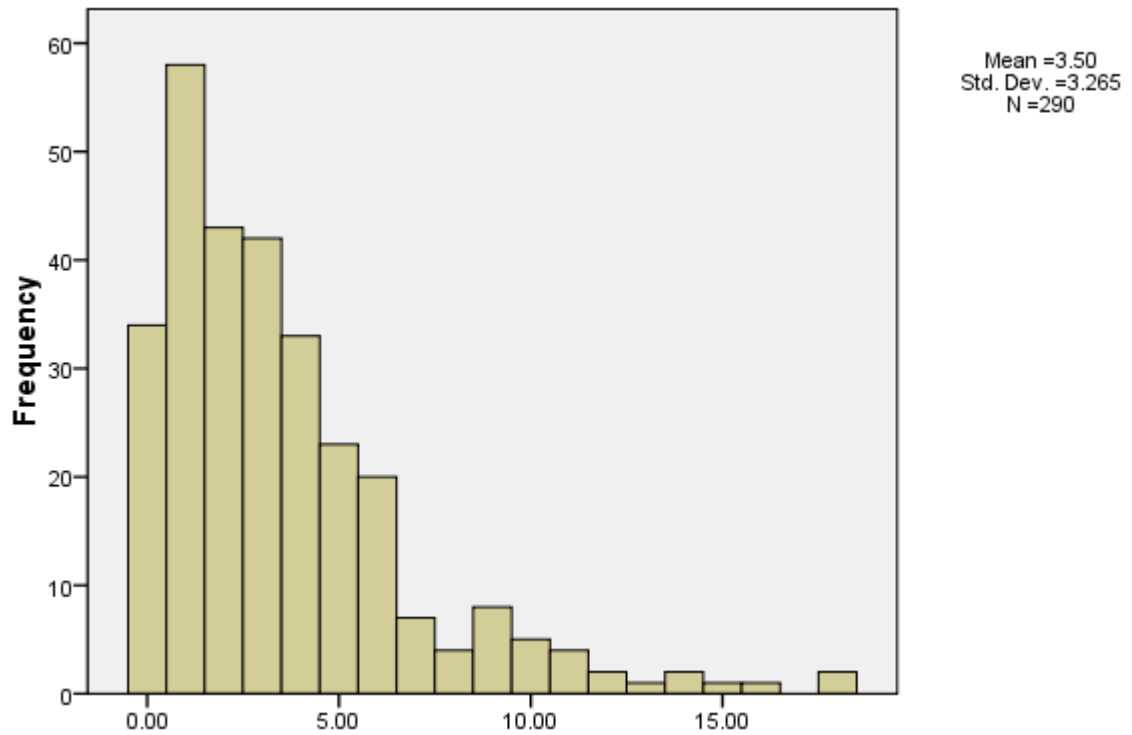
ตารางที่ 7 ค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (n = 290)

	Mean	SD	Median (IQR)	Min - Max
คะแนนภาวะซึมเศร้า	3.5	3.26	3.0	0 - 18

คะแนนภาวะซึมเศร้ามีการแจกแจงของข้อมูลในลักษณะเบ้ขวาดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2

ภาพฮิสโทแกรมคะแนนภาวะซึมเศร้า



คะแนนภาวะซึมเศร้า

2.2 คุณภาพชีวิต

ตารางที่ 8 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (n = 290)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม		
ไม่ดี	2	0.7
ปานกลาง	271	93.4
ดี	17	5.9
Mean ± SD 69.90 ± 6.87 Min – Max 46 - 93		
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย		
ไม่ดี	2	0.7
ปานกลาง	136	46.9
ดี	152	52.4
Mean ± SD 26.28 ± 3.46 Min – Max 15 – 35		
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ		
ไม่ดี	0	0
ปานกลาง	80	27.6
ดี	210	72.4
Mean ± SD 23.59 ± 2.42 Min – Max 15 - 30		
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
ไม่ดี	3	1.0
ปานกลาง	107	36.9
ดี	180	62.1
Mean ± SD 7.65 ± 1.14 Min – Max 4 - 10		
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม		
ไม่ดี	0	0
ปานกลาง	165	56.9
ดี	125	43.1
Mean ± SD 18.16 ± 2.07 Min – Max 12 - 23		

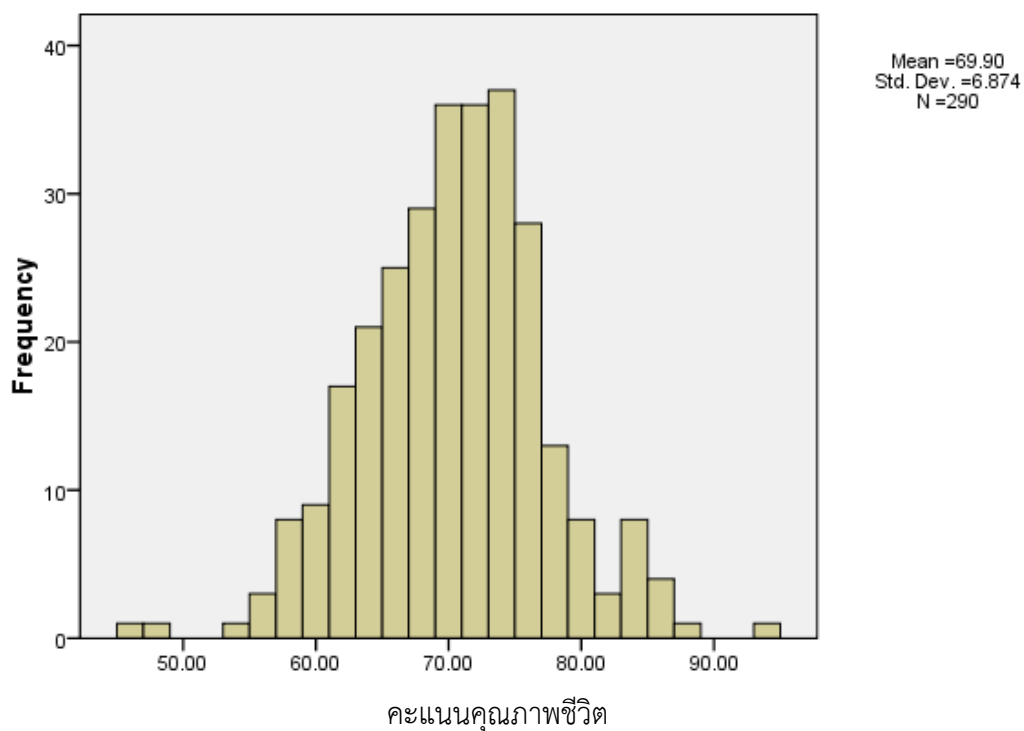
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 93.4 เมื่อแบ่งกลุ่มคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 52.4 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 72.4 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี คิดเป็นร้อยละ 62.1 และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.9

ตารางที่ 9 ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (n = 290)

	Mean	SD	Median (IQR)	Min - Max
คุณภาพชีวิต	69.9	6.87	70.0	46 - 93

คะแนนคุณภาพชีวิตมีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 ภาพฮิสโตแกรมคะแนนคุณภาพชีวิต



ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

ก่อนการวิเคราะห์สถิติ ผู้วิจัยได้ปรับตัวแปรให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เช่น การรวมกลุ่มของค่าตัวแปร (Variable values) สำหรับตัวแปรชนิดกลุ่มประเภท (Categorical variables) และสำหรับตัวแปรตัวเลข (Ordinal variables) เพื่อให้แปลผลได้ง่ายขึ้น

3.1 การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (n = 290)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				X ²	df	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	58	92.1	5	7.9	0.104	1	0.747
หญิง	206	90.7	21	9.3			
อายุ							
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	108	86.4	17	13.6	5.782	1	0.016
มากกว่า 61 ปีขึ้นไป	156	94.5	9	5.5			
สถานภาพสมรส							
โสด	46	93.9	3	6.1	2.140	2	0.343
สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	154	89.0	19	11.0			
คู่สมรสเสียชีวิต/ หย่าร้าง/แยกกันอยู่	64	94.1	4	5.9			
อาชีพ							
ทำงาน	157	93.5	11	6.5	2.861	1	0.091
ไม่ได้ทำงาน	107	87.7	15	12.3			

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				X ²	df	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รายได้ (บาท)							
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000	22	81.5	5	18.5	3.329	1	0.079 ^a
มากกว่า 10,000 ขึ้นไป	242	92.0	21	8.0			
สถานภาพทางเศรษฐกิจ							
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/ เป็นหนี้	6	54.5	5	45.5	21.952	2	<.001
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	81	88.0	11	12.0			
พอใช้และเหลือเก็บ	177	94.7	10	5.3			
อาศัยอยู่กับ							
อยู่คนเดียว	13	86.7	2	13.3	0.370	1	0.633 ^a
อยู่กับครอบครัว	251	91.3	24	8.7			
โรคประจำตัว							
ไม่มีโรคประจำตัว	47	94.0	3	6.0	0.651	1	0.589 ^a
มีโรคประจำตัว ≥ 1 โรค ขึ้นไป	217	90.4	23	9.6			
สาเหตุของอาการปวด หลังจากการวินิจฉัยของ แพทย์							
อาการจากโรคทาง กระดูก	188	92.2	16	7.8	0.606	1	0.436
อาการจากโรคทาง กล้ามเนื้อ	66	89.2	8	10.8			

^a ใช้ค่า Fisher's Exact Test

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				X ²	df	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ							
ปวดหลังจนถึงปัจจุบัน							
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	51	89.5	6	10.5	0.212	1	0.645
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	213	91.4	20	8.6			
ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน							
2 สัปดาห์							
0 - 5	194	93.3	14	6.7	4.501	1	0.034
6 - 10	70	85.4	12	14.6			
การรักษาที่ได้รับ							
ยา/ผ่าตัด	170	91.9	15	8.1	1.738	2	0.419
รักษาทางกายภาพบำบัด	14	82.4	3	17.6			
ยา/ผ่าตัด/รักษาทางกายภาพบำบัด	80	90.9	8	9.1			
จำนวนผลกระทบจาก							
อาการปวดหลัง							
ไม่สูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	106	96.4	4	3.9	11.490	2	0.003
สูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	100	91.7	9	8.3			
1 ด้าน							
สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป	58	81.7	13	18.3			

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				X ²	df	p-value
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ผลต่ออารมณ์และจิตใจใน							
ด้านลบ							
มี	132	86.3	21	13.7	8.991	1	0.003
ไม่มี	132	96.4	5	3.6			
เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับ							
สมาชิกในครอบครัว							
มี	27	73.0	10	27.0	16.951	1	<.001 ^a
ไม่มี	237	93.7	16	6.3			
ช่วยเหลือตนเองในการทำ							
กิจวัตรประจำวัน							
มี	43	82.7	9	17.3	5.401	1	0.030 ^a
ไม่มี	221	92.9	17	7.1			
หน้าที่การงานหรือประกอบ							
อาชีพ							
มี	32	82.1	7	17.9	4.455	1	0.062 ^a
ไม่มี	232	92.4	19	7.6			
รายได้ตนเองหรือครอบครัว							
มี	16	76.2	5	23.8	6.112	1	0.029 ^a
ไม่มี	248	92.2	21	7.8			

^a ใช้ค่า Fisher's Exact Test

จากการวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์ และผลกระทบจากการปวดหลัง พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพเศรษฐกิจไม่พอใช้และเป็นหนี้มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าสถานภาพเศรษฐกิจอื่นๆ ผู้ป่วยที่มีระดับความปวด 6 – 10 มีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความปวด 0 – 5 และผู้ป่วยที่สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง

3.2 การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบโลจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดจะมีผลต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ด้วยวิธีคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการหรือแบบวิเคราะห์ (Model) จากความเป็นไปได้ทางทฤษฎีและผลของการวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ จากนั้นคัดเลือกด้วยกระบวนการกำจัดตัวแปรอิสระออกจากสมการทีละตัว โดยเลือกตัวแปรที่มีสัมประสิทธิ์ถดถอยน้อยที่สุดและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p > 0.05$) ออก และตัดออกไปเรื่อยๆ จนเหลือตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (model สุดท้าย)

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยวิธี Logistic Regression (n = 290)

Model 1

ตัวแปร	B	S.E.	df	p-value	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
						Lower	Upper
อายุ	-0.414	0.602	1	0.492	0.661	0.203	2.152
อาชีพ	0.125	0.575	1	0.827	1.134	0.368	3.497
รายได้	0.433	0.781	1	0.580	1.541	0.333	7.126
สถานภาพทางเศรษฐกิจ*							
ไม่พอใช้	2.916	0.931	1	0.002	18.472	2.980	114.489
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	0.812	0.488	1	0.096	2.253	0.866	5.865
ระดับความปวดโดยเฉลี่ย ใน 2 สัปดาห์	0.598	0.459	1	0.193	1.818	0.740	4.466
จำนวนผลกระทบจาก อาการปวดหลัง	0.723	0.314	1	0.021	2.061	1.114	3.816
Constant	-4.864	2.610	1	0.062	0.008		

Chi-square(df) = 27.312(7) R square = 0.198 P-value = <.001

*พอใช้และเหลือเก็บเป็นกลุ่มอ้างอิง

Model สุดท้าย

ตัวแปร	B	S.E.	df	p-value	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
						Lower	Upper
สถานภาพทางเศรษฐกิจ*							
ไม่พอใช้	2.700	0.722	1	<.001	14.883	3.617	61.246
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	0.797	0.467	1	0.088	2.219	0.888	5.547
ระดับความปวดโดยเฉลี่ย ใน 2 สัปดาห์	0.612	0.455	1	0.179	1.844	0.756	4.498
จำนวนผลกระทบจาก อาการปวดหลัง	0.776	0.303	1	0.010	2.174	1.201	3.936
Constant	-4.528	0.772	1	<.001	0.011		
Chi-square(df) = 25.595(4) R square = 0.186 P-value = <.001							

*พอใช้และเหลือเก็บเป็นกลุ่มอ้างอิง

ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าใน Model สุดท้าย มีเพียง 3 ตัวแปรที่น่าจะมีความสำคัญ ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์ และจำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลัง ซึ่งร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรที่ทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพเศรษฐกิจไม่พอใช้ โดยมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเกือบ 15 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มพอใช้และเหลือเก็บ จำนวนผลกระทบต่อหน้าที่จากการสูญเสียหน้าที่จากอาการปวดหลังเพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 2 เท่า ในแต่ละระดับที่เพิ่มขึ้น สำหรับระดับความปวดที่มาก (ระดับ 6 – 10) เสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.8 เท่า ของกลุ่มที่มีระดับความปวดน้อย (ระดับ 0 – 5) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

4.1 การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (n = 290)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิต				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
เพศ						
ชาย	63	72.51	7.65	3.473	288	0.001
หญิง	227	69.17	6.48			
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	125	70.42	7.32	1.138	288	0.256
มากกว่า 61 ปีขึ้นไป	165	69.50	6.51			
สถานภาพสมรส						
โสด	49	69.63	7.22	2.487	2	0.037
สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	173	70.56	7.31		287	
คู่สมรสเสียชีวิต/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	68	68.40	5.07			
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	168	69.55	6.56	-1.014	288	0.311
ทำงาน	122	70.38	7.29			

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิต				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
รายได้						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	27	66.44	7.44	-2.772	288	0.006
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	263	70.25	6.73			
สถานภาพทางเศรษฐกิจ						
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้	11	64.36	6.64	5.921	2	0.003
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	92	68.93	6.55		287	
พอใช้และเหลือเก็บ	187	70.70	6.87			
อาศัยอยู่กับ						
อยู่คนเดียว	15	68.60	5.36	-0.750	288	0.454
อยู่กับครอบครัว	275	69.97	6.95			
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	50	71.84	7.02	2.212	288	0.028
มีโรคประจำตัว ≥ 1 โรคขึ้นไป	240	69.49	6.79			
สาเหตุของอาการปวดหลังจากการวินิจฉัยของแพทย์						
อาการจากโรคทางกระดูก	204	69.97	6.75	-0.108	276	0.914
อาการจากโรคทางกล้ามเนื้อ	74	70.04	6.88			
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบัน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	57	70.46	7.10	0.685	288	0.022
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	233	69.76	6.82			

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิต				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์						
0 - 5	208	70.48	6.65	2.303	288	0.022
6 - 10	82	68.43	7.24			
การรักษาที่ได้รับ						
ยา/ผ่าตัด	185	69.82	6.15	0.811	2	0.445
รักษาทางกายภาพบำบัด	17	71.94	7.79		287	
ยา/ผ่าตัด/รักษาทางกายภาพบำบัด	88	69.67	8.06			
จำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลัง						
ไม่สูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	110	71.89	5.77	26.291 ^a	1	<.001
สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองอย่างน้อย 1 ด้าน	109	70.09	6.12		287	
สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป	71	66.65	8.30			

^a ใช้ linear contrast

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิต				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
ผลต่ออารมณ์และจิตใจในด้านลบ						
มี	153	68.50	7.31	3.728	288	<.001
ไม่มี	137	71.45	6.01			
เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว						
มี	37	64.95	8.22	4.871	288	<.001
ไม่มี	253	70.62	6.36			
ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน						
มี	52	67.38	7.78	2.947	288	0.003
ไม่มี	238	70.45	6.55			
หน้าที่การงานหรือประกอบอาชีพ						
มี	39	68.59	8.30	1.278	288	0.202
ไม่มี	251	70.10	6.62			
รายได้ของตนเองหรือครอบครัว						
มี	21	66.14	6.94	2.625	288	0.009
ไม่มี	269	70.19	6.79			

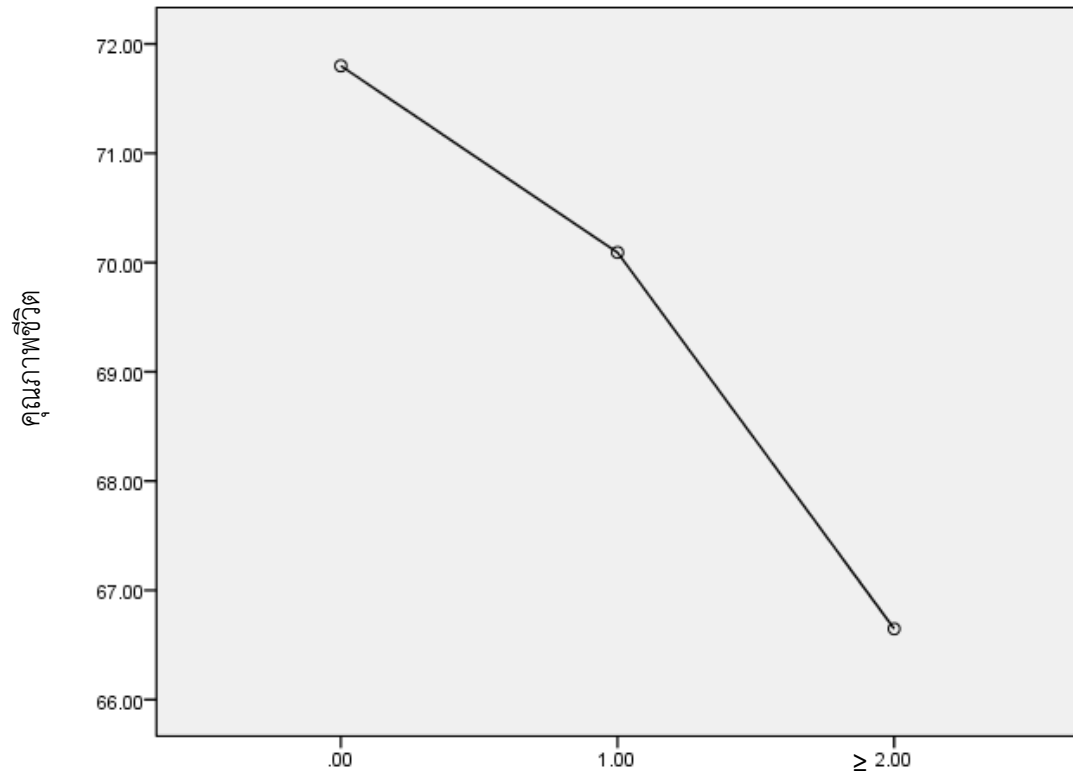
ตารางที่ 13 การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ (Post-hoc) ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมกับสถานภาพสมรสและสถานภาพทางเศรษฐกิจ (n = 290)

สถานภาพสมรส	Mean	โสด	สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	คู่สมรสเสียชีวิต/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่
โสด	69.63	-	0.709	0.561
สมรสหรือมีคู่อยู่ ด้วยกัน	70.56	0.709	-	0.026
คู่สมรสเสียชีวิต/ หย่าร้าง/แยกกันอยู่	68.40	0.561	0.026	-

สถานภาพทาง เศรษฐกิจ	Mean	ไม่พอใช้ต้องหยิบ ยืม /เป็นหนี้	พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	พอใช้และเหลือเก็บ
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม /เป็นหนี้	64.36	-	0.056	0.001
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	68.93	0.056	-	0.112
พอใช้และเหลือเก็บ	70.70	0.001	0.112	-

จากตารางการวิเคราะห์ตัวแปรคู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตกับปัจจัยส่วนบุคคล ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบัน ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์ และผลกระทบจากอาการปวดหลัง ผู้ป่วยเพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยเพศหญิง ผู้ป่วยที่สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกันมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าสถานภาพอื่นๆ ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท และผู้ป่วยที่มีสถานภาพเศรษฐกิจพอใช้และเหลือเก็บนั้นมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ปวดมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่ปวดในระดับ 0 – 5 มีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ปวดในระดับ 6 – 10 และจำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลังในผู้ป่วยที่ไม่มีสัญญาณที่ตนเองมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากที่สุด และพบว่าจำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลังนั้นมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคุณภาพชีวิต (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 4 ภาพแสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างผลกระทบจากอาการปวดหลังและคุณภาพชีวิต



จำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลัง

4.2 การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยวิธี Linear Regression (n = 290)

Model 1

ตัวแปร	B	S.E. B	β	t	Sig.	95% CI			
						Lower Bound	Upper Bound		
เพศ	-2.525	0.933	-0.152	-2.706	0.007	-4.361	-0.688		
สถานภาพสมรส									
โสด	-0.362	1.045	-0.020	-0.346	0.729	-2.419	1.696		
คู่สมรสเสียชีวิต/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	-1.444	0.942	-0.089	-1.533	0.126	-3.299	0.410		
รายได้	1.699	1.501	0.072	1.132	0.259	-1.256	4.655		
สถานภาพทางเศรษฐกิจ*									
ไม่พอใช้	-4.199	2.233	-0.117	-1.880	0.061	-8.594	0.197		
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	-0.910	0.844	-0.062	-1.079	0.282	-2.572	0.751		
โรคประจำตัว	-2.496	1.000	-0.137	-2.496	0.013	-4.464	-0.527		
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบัน	-1.680	0.950	-0.097	-1.769	0.078	-3.550	0.190		
ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์	-1.410	0.868	-0.093	-1.625	0.105	-3.118	0.298		
การสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	-2.276	0.503	-0.258	-4.528	<.001	-3.265	-1.286		
Constant	83.373	4.223		19.741	<.001	75.060	91.687		
R = 0.430		R ² = 0.185		S.E est. = 6.31		F = 6.342		p-value <.001	

*พอใช้และเหลือเก็บเป็นกลุ่มอ้างอิง

Model สุดท้าย

ตัวแปร	B	S.E. B	β	t	Sig.	95% CI			
						Lower Bound	Upper Bound		
เพศ	-2.818	0.911	-0.169	-3.092	0.002	-4.612	-1.024		
สถานภาพทางเศรษฐกิจ*									
ไม่พอใช้	-5.322	1.980	-0.148	-2.689	0.008	-9.219	-1.426		
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	-1.275	0.814	-0.086	-1.566	0.119	-2.878	0.328		
โรคประจำตัว	-2.461	0.995	-0.135	-2.475	0.014	-4.419	-0.503		
ระดับความปวดโดยเฉลี่ย ใน 2 สัปดาห์	-1.137	0.866	-0.075	-1.313	0.190	-2.843	0.568		
การสูญเสียหน้าที่ต่อ ตนเอง	-2.199	0.500	-0.249	-4.397	<.001	-3.183	-1.214		
Constant	83.387	2.678		31.133	<.001	78.115	88.659		
R = 0.405		R ² = 0.164		S.E est. = 6.35		F = 9.276		p-value <.001	

*พอใช้และเหลือเก็บเป็นกลุ่มอ้างอิง

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบตัวแบบสำหรับอธิบายตัวแปรคุณภาพชีวิต

ตัวแบบ	R	R ²	Adjusted R ²	S.E.est	Change Statistics				
					R ² Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	0.274 ^a	0.075	0.066	6.64464	0.075	7.758	3	286	<.001
2	0.327 ^b	0.107	0.092	6.55162	0.032	5.090	2	284	0.007
3	0.405 ^c	0.164	0.147	6.34988	0.057	19.332	1	283	<.001

- ตัวแปรทำนาย: (Constant), ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์, เพศ และ โรคประจำตัว
- ตัวแปรทำนาย: (Constant), ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์, เพศ, โรคประจำตัว และสถานภาพทางเศรษฐกิจ
- ตัวแปรทำนาย: (Constant), ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์, เพศ, โรคประจำตัว, สถานภาพทางเศรษฐกิจและจำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลัง

เนื่องจากตัวแปรระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์เป็นตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยพบว่ามีความสำคัญต่อผลการวิจัยที่ควรเก็บไว้ สำหรับตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพ

ชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ ได้แก่ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ การมีโรคประจำตัว และจำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลัง ซึ่งตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 16.4 โดยตัวแปรที่อธิบายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุด คือ จำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลังซึ่ง อธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 5.7 ในขณะที่ตัวแปรสถานภาพเศรษฐกิจอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 3.2

สมการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง
เรื้อรัง ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานแสดงด้านล่าง

ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 83.387 - 1.137X_1 - 1.275X_2 - 2.199X_3 - 2.461X_4 - 2.818X_5 - 5.322X_6$$

เมื่อ	Y	=	คุณภาพชีวิต
	X ₁	=	ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์
	X ₂	=	สถานภาพเศรษฐกิจพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ
	X ₃	=	ผลกระทบจากอาการปวดหลัง
	X ₄	=	โรคประจำตัว
	X ₅	=	เพศ
	X ₆	=	สถานภาพเศรษฐกิจไม่พอใช้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวน 290 คน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกออโรโธปีดิกส์และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์คือ ศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อและศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1. ภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 91.0 และมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 9.0

2. คุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 93.4 เมื่อแบ่งกลุ่มคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายดี คิดเป็นร้อยละ 52.4 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดี คิดเป็นร้อยละ 72.4 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดี คิดเป็นร้อยละ 62.1 และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.9

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับความปวด โดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์ และการสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง โดยตัวแปรที่เป็นปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจและจำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบัน ระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์ และการสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง โดยตัวแปรที่เป็นปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ โรคประจำตัว และการสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั้ง 5 ตัวแปรอธิบายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 16.4 ของความแปรปรวน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้า

พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังร้อยละ 9.0 จากการศึกษางานวิจัยอื่นพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง ร้อยละ 8.7⁽¹³⁾ ซึ่งใกล้เคียงกัน

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังซึ่งจากการศึกษางานวิจัยของ พิมพ์รัก⁽¹³⁾ พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆงานวิจัย^(13, 41, 42) อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีอาการที่อ่อนไหวมากกว่าเพศชาย และชีวเคมีที่เพศหญิงมีระดับ monoamine oxidase สูงกว่าในเพศชาย จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าได้ง่าย⁽⁴⁷⁾ ผู้ป่วยมีช่วงอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 61.04 ปี และผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างส่วนใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าจะอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ Shawn R. Currie และ JianLi Wang⁽⁴¹⁾ ที่พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังในช่วงอายุ 44.9 -52.7 ปี ซึ่งอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า (CIDI-SFMD)

ผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจไม่พอใช้ต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้ มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าสถานภาพอื่นๆ จากการศึกษางานวิจัยของ พิมพ์รัก พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยพอใช้หรือเป็นหนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีรายได้น้อยหรือฐานะยากจนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า⁽⁴⁸⁾

ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มีระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์สูงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าในผู้ที่ระดับความปวดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ผกามาต⁽³⁸⁾ ที่พบว่าความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุด 24 ชั่วโมง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด และงานวิจัยของ Shawn R. Currie และ JianLi Wang⁽⁴¹⁾ ที่พบว่าความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในคน

ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของอาการปวดหลัง การสูญเสียหน้าที่ต่อตนเองในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยที่สูญเสียหน้าที่ตั้งแต่ 2 หน้าที่ขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ซึ่งหน้าที่ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยมากที่สุด คือส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจในด้านลบ ซึ่งในงานวิจัยของ พิมพรั๊ก⁽¹³⁾ พบว่าผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p < 0.05$) จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยแต่ละปัจจัยมีความเป็นไปได้ที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื่องจากอาการโรคปวดหลังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่แล้ว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ กังวลใจหรือไม่สบายจากอาการปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจวัตรได้ดังเดิม มีผลกับสภาวะทางจิตของผู้ป่วย รวมทั้งยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัญหาทางเรื่องเศรษฐกิจ หน้าที่การงานหรือครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมทำให้ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2. คุณภาพชีวิต

พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 93.4 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกานดาและคณะ⁽³⁹⁾ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตปานกลางทั้งก่อนและหลังการฉีดยาเข้าไขสันหลัง แต่ผู้ป่วยหลังการฉีดยาเข้าไขสันหลังมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นกว่าผู้ป่วยก่อนฉีดยาเข้าไขสันหลัง และจากการศึกษาของงานวิจัยของ อธิราวรรณ⁽⁴⁰⁾ ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง งานวิจัยของ มลฤดี⁽⁴⁹⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดี และงานวิจัยของ ภูมรินทร์⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี และเมื่อแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้านพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายดี คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดี คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดี และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมปานกลาง ซึ่งมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยของ มลฤดี⁽⁴⁹⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตามี คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดี คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดี เนื่องจากการวิจัยทั้งสามงานวิจัยนี้ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตกับผู้ป่วยที่มีอาการโรคที่เป็นเรื้อรังเช่นเดียวกับงานวิจัยครั้งนี้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีความใกล้เคียงกันคือผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีและปานกลาง และเมื่อผู้ป่วยสามารถยอมรับและปรับตัวเข้ากับอาการปวดเรื้อรังของตนเองได้ดี มีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลัน ที่ยังไม่สามารถยอมรับและปรับตัวได้

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังพบว่าในผู้ป่วยเพศชายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ ทศนีย์และคณะ⁽⁵⁰⁾ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สถานภาพสมรสในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่าผู้ป่วยที่คู่สมรสเสียชีวิต หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ มีคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่า สนับสนุนงานวิจัยของ Sprangers และคณะ (2000) อ้างโดย จิตภา⁽⁵¹⁾ ผู้ป่วยเพศหญิง ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสและมีปัจจัยของโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรคพบว่ามีความคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยนี้ในปัจจัยโรคประจำตัวของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 1 โรคขึ้นไปมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว

ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท และสถานภาพทางเศรษฐกิจไม่พอใช้ต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้ มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมน้อยกว่า จากการศึกษา งานวิจัยของ พันธุ์ปียา⁽⁵²⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับขาเทียมระดับใต้เข่าและเหนือเข่า เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพทางกายที่มีความใกล้เคียงกับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง จากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันหรือประกอบอาชีพได้ดังเดิม พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ น้อยและรู้สึกว่ารายได้เพียงพอจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยนี้ ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่มีระยะเวลาเริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบันมากกว่า 1 ปีขึ้นไป มีคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่า สนับสนุนงานวิจัยของ Joel Coste และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเฉียบพลันมีคุณภาพชีวิตลดลงและสามารถกลายเป็นอาการปวดเรื้อรังซึ่งจะยิ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงได้ ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มีระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์สูงจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่า สนับสนุนงานวิจัยของ Signe Berit Bentsen⁽⁴⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดแล้วมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด เนื่องมาจากอาการปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้วลดลงจึงทำให้มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และงานวิจัยของ Kotryna Veresciagina และคณะ⁽⁴⁶⁾ ซึ่งพบว่า อาการปวดหลังส่งผลกับค่าคะแนนคุณภาพชีวิต

การสูญเสียหน้าที่ต่อตนเองในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองตั้งแต่ 2 หน้าที่ขึ้นไป มีคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่า ซึ่งจากการศึกษา งานวิจัยของ อินทิราและคณะ⁽⁵³⁾ พบว่าผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตัวเอง มีภาวะจำกัดในการทำกิจกรรม ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งจากผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง พบว่าปัจจัยดังกล่าว มีความเป็นไปได้ที่จะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง จากพยาธิสภาพของอาการปวดหลัง จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดังเดิม หรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากอาการปวดและอาการชา ร้าวลงขา

ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ความเครียด วิตกกังวล ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีปัจจัยเสริมอื่นๆร่วมด้วย เช่น ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือไม่สามารถทำงานได้ดั่งเดิม และผู้ป่วยไม่สามารถจัดการหรือปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ อาจส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-Section Descriptive study) ผลที่ได้ไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตปัจจัยใดเกิดขึ้นก่อนหรือเกิดขึ้นทีหลัง จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้
2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่มที่เข้ารับการรักษาในแผนกออโรโธดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพียงโรงพยาบาลเดียว กลุ่มตัวอย่างจึงเป็นตัวแทนเฉพาะแผนกออโรโธดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพียงเท่านั้น ไม่สามารถนำผลไปยังกลุ่มประชากรที่เข้ารับการรักษาอาการปวดหลังในแผนกหรือโรงพยาบาลอื่นๆ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งในกรณีนี้อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพของคำตอบจากกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด และยังมีโอกาสเกิดอคติจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างได้
4. ตัวแปรที่ร่วมอธิบายภาวะซึมเศร้าหรือคุณภาพชีวิตจากการวิจัยนี้ยังสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ต่ำ ($R^2 = 0.186$ ของภาวะซึมเศร้า และ $R^2 = 0.164$ ของคุณภาพชีวิต) จึงเป็นข้อจำกัดในเรื่องการสร้างตัวแบบอธิบายที่ต้องมีตัวแปรปัจจัยอื่นๆเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังส่วนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นการตรวจประเมินและการรักษาผู้ป่วยปวดหลัง ควรเพิ่มการประเมินสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อคัดกรองผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการปวดหลังส่วนล่างได้เร็วขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในการลดปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต เช่น ลดอาการปวดหลังของผู้ป่วย

ซึ่งเป็นการช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- 1.2 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรมีการส่งเสริมในปัจจัยที่พบว่าส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตลดลงได้ในภายหลัง
2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื่อยๆเพิ่มขึ้น เช่น ประวัติทางจิตเวช ประวัติการใช้สารเสพติด ดัชนีมวลกาย แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตหรือไม่ เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัยต่อไป
 - 2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาว (Longitudinal study) เพราะอาการปวดหลังมีอาการเรื่อยๆที่เป็นๆหายๆ จะส่งผลต่อเนื่องกับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตได้ในอนาคต เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทสรุป

การศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื่อยๆจากโรคทางระบบกระดูกกล้ามเนื้อ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในช่วงปี 2556 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตโดยรวมปานกลาง และมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต เช่น สถานภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดจากอาการปวดหลัง เป็นต้น ดังนั้นถ้าสามารถจัดการกับปัจจัยดังกล่าวได้ดีก็จะสามารถช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิต

แย่งลง

รายการอ้างอิง

1. อำนวย อุณนะนันท์. เรื่องของกระดูกสันหลังที่ควรรู้. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2542.
2. Tulder VM, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain: A systematic review within the framework of the Cochrane collaboration back review group. Spine. 2000;25(21):2784-96.
3. ยงยุทธ วัชรดุลย์. โรคกระดูกและข้อที่พบบ่อยในประเทศไทย. 3 ed. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์; 2545.
4. พวงทอง ไกรพิบูลย์. โรคของกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554.
5. วรวิทย์ เล่าห์เรณู. อาการปวดหลัง. In: อุดม วิศิษฎ์สุนทร, รัตนาวิ ฦ นคร, editors. คู่มือสำหรับประชาชน โรคกระดูกพรุน-โรคปวดหลัง. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
6. Turk DC. Are Pain Syndromes Acute or Chronic Diseases? The Clinical Journal of Pain. 2000;16(4):279-80.
7. สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์. บทบาทแพทย์รามาโตโลจิสต์ต่ออาการปวดหลัง. In: อุดม วิศิษฎ์สุนทร, รัตนาวิ ฦ นคร, editors. คู่มือสำหรับประชาชน โรคกระดูกพรุน-โรคปวดหลัง. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
8. พิสิษฐ์ เลิศเชาวพัฒน์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ปลิตสินค้าประเภทไม้ ในกลุ่มสหกรณ์วังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
9. มานพ ประภาษานนท์. รักษาปวดหลังให้หายขาด. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์สุขภาพ; 2553.
10. Menzel NN, Robinson ME. Back Pain in Direct Patient Care Providers: Early Intervention with Cognitive Behavioral Therapy. Pain Management Nursing. 2006:53-63.
11. Hagen KB, Tambs K, Bjerkedal T. What mediates the inverse association between education and occupational disability from back pain?-A prospective cohort study from the Nord-Trondelag health study in Norway. Social Science & Medicine. 2006:1267-75.
12. ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. โรคอารมณ์ซึมเศร้า คำถามที่คุณมี คำตอบที่คุณต้องการ. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง; 2543.
13. พิมพ์รัก สีนสมบูรณ์ทอง. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

14. Joel C, Gerard L, Francis G, Jacques P. Prognosis and Quality of Life in Patients With Acute Low Back Pain: Insights From a Comprehensive Inception Cohort Study. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. 2004;51(2):168-76.
15. ภูมิรินทร์ มาลารัตน์. คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
16. กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย. การรักษาอาการปวดหลังโดยอิงหลักฐาน: ตอนที่2. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. 2545;17:289-301.
17. วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. ออร์โธปิดิกส์ : ตำราสำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. In: สมชัย ปรีชาสุข, editor. 5 ed. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
18. รวิวรรณ นิเวตพันธ์. พฤติกรรมและความผิดปกติทางจิต. 2 ed. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
19. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008.
20. WHOQOL G. What quality of life. *World health forum*. 1996;17:354-56.
21. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองกิต วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจรัสกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
22. ดำรง กิจกุล. ปวดหลัง. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2528.
23. วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ. ออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพมหานคร: ไขษิตการพิมพ์; 2538.
24. สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร. โรคกระดูกพรุน. In: อุดม วิศิษฎ์สุนทร, รัตนาดี ณ นคร, editors. คู่มือสำหรับประชาชน โรคกระดูกพรุนโรคปวดหลัง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
25. ณรงค์ บุญยะรัตเวช. ปวดหลัง. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: ไพศาลศิลป์การพิมพ์; 2529.
26. Beck AT. *Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division; 1967.
27. Clark DM, Fairburn CG. *Panic disorder and social phobia. Science and practice of cognitive behavior therapy*: Oxford University Press; 1997.
28. American PA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
29. สายฝน เอกวางกูร. รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
30. ศิริพร จิรวัดน์กุล. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน : มิติวัฒนธรรมในการพยาบาลจิตเวช. 1 ed. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
31. ปุณยภพ สิทธิพรอนันต์. ฆ่าตัวตาย เพราะโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไกลล์หมอ; 2550.


32. WHO WHO. The development of The World Health Organization Quality of life assessment. International prospertive. 1993:41-57.
33. Ferrans CE, Power MJR. Psychometric assessment of the quality of life index. Research in Nursing and Health. 1992;15:19-38.
34. Zhan L. Quality of life: Conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing. 1992;17(7):795-800.
35. ผาสุก มุทสมธา. คติชาวบ้านกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์; 2535.
36. ราชบัณฑิตสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์; 2539.
37. นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้. 1 ed. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
38. ผกามาศ อ่อนขาว. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด แรงแสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม: วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
39. กานดา กาญจนโพธิ์. ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาเข้าไขสันหลัง: ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
40. อธิวรรณ เชื้อตาเล็ง. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมวัยผู้ใหญ่: วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
41. Shawn RC, JianLi W. Chronic back pain and major depression in general Canadian population. Pain. 2004;107:54-60.
42. Muhammad AS, Muhammad FK, Salman S. Association between chronic low back pain, anxiety and depression in patients at tertiary care centre. J Pak Med Assoc. 2013;63(6):688-90.
43. Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL, Grant I, Garfin SR. Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorder in men with chronic low back pain: a controlled study. Pain. 1991;45:111-21.
44. Bentsen SB, Hanestad BR, Rustoen T, Wahl AK. Quality of life in chronic low back pain patients treated with instrumented fusion. Journal of Clinical Nursing. 2008:2061-69.
45. Rabini A, Aprile I, Padua L, Piazzini DB, Maggi L, Ferrara PE, et al. Assessment and correlation between clinical patterns, disability and health-related quality of life in patients with low back pain. Eura Medicophys. 2007;43(1):49-54.

46. Kotryna V, Kazys VA, Bronius S. The measurements of health-related quality-of-life and pain assessment in the preoperative patients with low back pain. *Medicina(Kaunas)*. 2009;45(2):111-22.
47. สุภาวิณี ประมวลวงศ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม: วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
48. ดวงใจ กสานติกุล. โรคอารมณ์ผิดปกติ. In: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, editors. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2545.
49. มลฤดี ชาตรีเวโรจน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
50. ทศนีย์ มีประเสริฐ, เสาวภา อินผา. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *Innovation Management* เต็มเต็มมีวิถีความเป็นเลิศขององค์กร โครงการประชุมวิชาการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. 2553:497-502.
51. จิตภา จำปาเงิน. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยที่โรงพยาบาลท่า양ง: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
52. พันธุ์ปียา สิริสาพร, ญัฐเศรษฐ มนินนากร, เอกสิทธิ์ ภูศิริภิญโญ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเทียมระดับเหนือเข่าและใต้เข่า. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*. 2553;20(1):4-9.
53. อินทิรา รูปสว่าง, สุภาพ อารีเอื้อ, พรณวดี พุฒวัฒน์. การศึกษาติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง. *Rama Nurs J*. 2552;15(3):344-60.



ภาคผนวก ก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p>หน้า 1/3</p>
--	--

ชื่อโครงการวิจัย ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ชื่อ นางสาว จันทรัตน์ เลิศทองไทย

ที่อยู่ 89/309 ซอยวัชรพล ถนนรามอินทรา แขวงท่าแร้ง เขตบางเขน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10220

เบอร์โทรศัพท์ 086-772-3779

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านมีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่าน


ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อนของท่าน และแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลและความเป็นมา

เนื่องจากในปัจจุบัน โรคปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังกลายเป็นปัญหาสำคัญมากอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพของคนไทยส่วนใหญ่ อาการของโรคที่เป็นยังส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของทางด้านสุขภาพจิต ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงศึกษาเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้หาแนวทางในการป้องกันและรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ที่ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 290 คน

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p>หน้า 2/3</p>
--	--

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 7 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพทางเศรษฐกิจ และอาศัยอยู่กับ 2. แบบสอบถามด้านสุขภาพและอาการปวดหลัง จำนวน 6 ข้อคำถาม ได้แก่ โรคประจำตัว สาเหตุของอาการปวดหลังจากการวินิจฉัยของแพทย์ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบัน ระดับความเจ็บปวด การรักษาที่ได้รับ และผลกระทบต่ออาการปวดหลัง 3. แบบประเมินโรคซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อคำถาม 4. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อคำถาม โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัยประมาณ 10-20 นาที และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วม โครงการวิจัย

ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับ

ผู้วิจัยสามารถทราบถึงภาวะทางสุขภาพจิตของตนเอง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต ที่อาจจะเกิดขึ้นจากอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังของท่าน และนำข้อมูลที่ได้ทราบมาใช้เป็นแนวทางในการ ประเมินรักษา ป้องกัน และติดตามท่านที่ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย


ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมใน โครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากท่านพบอันตรายเกิดจากการทำวิจัยท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันทีหากพิสูจน์ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับ โครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ จันทรัตน์ เลิศทองไทย ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 3/3</p>
--	--

การเข้าร่วมและสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน หากท่านยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวจันทร์ฉวี เลิศทองไทย

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก


สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ในการตัดสินใจดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับความไม่สบายที่ท่านจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่า การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้รับโอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลข่มขู่

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

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย</p> <p>หน้า 1/2</p>
--	--

การวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังจากโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....


ที่อยู่.....

ได้รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าเข้าใจ ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการทำวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่ส่งผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณารายการวิจัยในคน สำนักงาน คณะกรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย หน้า 2/2
---	---

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ เท่านั้น ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

รหัส.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่อง หลังข้อความหรือเติมคำให้ให้ได้ใจความ
สมบูรณ์ที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ชาย ₁
หญิง ₂

2. อายุ (นับจากวันเกิดล่าสุด)..... ปี

3. สถานภาพ โสด ₁
สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน ₂
คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว ₃
หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ₄

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

มีต่อหน้าถัดไป



5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
- ต่ำกว่า 1,000 บาท ₁
- 1,001 – 5,000 บาท ₂
- 5,001 – 10,000 บาท ₃
- มากกว่า 10,001 บาทขึ้นไป ₄
6. สถานภาพทางเศรษฐกิจ
- ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้ ₁
- พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ₂
- พอใช้และเหลือเก็บ ₃
7. อาศัยอยู่กับ
- อยู่คนเดียว ₁
- อยู่กับครอบครัว ₂



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

มีต่อหน้าถัดไป



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านสุขภาพและอาการปวดหลัง

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่อง หลังข้อความหรือเติมคำให้ให้ได้ใจความ
สมบูรณ์ที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่าน

1. โรคประจำตัว

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> | 1 |
| โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> | 3 |
| โรคทางสมอง/อัมพฤกษ์/อัมพาต | <input type="checkbox"/> | 4 |
| โรคทางระบบหัวใจ/หลอดเลือด | <input type="checkbox"/> | 5 |
| โรคทางระบบทางเดินอาหาร/โรคกระเพาะ | <input type="checkbox"/> | 6 |
| โรคทางระบบทางเดินหายใจ/ภูมิแพ้ | <input type="checkbox"/> | 7 |
| โรคทางระบบประสาท/กล้ามเนื้ออื่นๆ (นอกจากปวดหลัง) | <input type="checkbox"/> | 8 |
| ไม่มีโรคประจำตัว | <input type="checkbox"/> | 9 |
| อื่นๆ (ระบุ)..... | | |

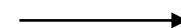
2. สาเหตุของอาการปวดหลังจากการวินิจฉัยของแพทย์

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| กระดูกพรุน | <input type="checkbox"/> | 1 |
| กล้ามเนื้ออักเสบ/เกร็ง | <input type="checkbox"/> | 2 |
| การตีบแคบของช่องไขสันหลัง | <input type="checkbox"/> | 3 |
| กระดูกสันหลังเคลื่อน | <input type="checkbox"/> | 4 |
| ปวดตามกล้ามเนื้อเป็นบริเวณกว้าง | <input type="checkbox"/> | 5 |
| หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้น | <input type="checkbox"/> | 6 |
| หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมทับเส้นประสาท | <input type="checkbox"/> | 7 |
| อื่นๆ (ระบุ)..... | | |

3. ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบัน

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| ตั้งแต่ 3 – 5 เดือน | <input type="checkbox"/> | 1 |
| มากกว่า 5 – 8 เดือน | <input type="checkbox"/> | 2 |
| มากกว่า 8 – 12 เดือน | <input type="checkbox"/> | 3 |
| มากกว่า 1 ปีขึ้นไป | <input type="checkbox"/> | 4 |

มีต่อหน้าถัดไป



4. ระดับความปวด (pain scale) โดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของท่าน
(กรุณา X ลงบนเส้นในช่วงที่ท่านรู้สึกปวดมากที่สุด)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการ										ปวดมาก
ปวดเลย										จนทนไม่ได้

5. การรักษาที่ได้รับ

ยา	ได้รับ	<input type="checkbox"/>	1
	ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/>	2
ผ่าตัด	ได้รับ	<input type="checkbox"/>	1
	ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/>	2
ประคบร้อน	ได้รับ	<input type="checkbox"/>	1
	ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/>	2
การนวด/จัดกระดูก	ได้รับ	<input type="checkbox"/>	1
	ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/>	2
เครื่องดิงหลัง	ได้รับ	<input type="checkbox"/>	1
	ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/>	2
เครื่องอัลตราซาวด์	ได้รับ	<input type="checkbox"/>	1
	ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/>	2
เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า	ได้รับ	<input type="checkbox"/>	1
	ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/>	2
อื่นๆ (ระบุ).....			

มีต่อหน้าถัดไป



6. ผลกระทบต่ออาการปวดหลัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- มีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของตนเองในด้านลบ มี ₁
 ไม่มี ไม่มี ₂
- เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกภายในครอบครัว มี ₁
 ไม่มี ไม่มี ₂
- การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวัน มี ₁
 ไม่มี ไม่มี ₂
- ด้านหน้าที่การงาน/การประกอบอาชีพ มี ₁
 ไม่มี ไม่มี ₂
- ด้านรายได้ของตนเอง/ครอบครัว มี ₁
 ไม่มี ไม่มี ₂
- อื่น (ระบุ).....


 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

มีต่อหน้าถัดไป



ส่วนที่ 3 แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

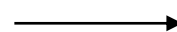
ให้ท่านอ่านหัวข้อข้างล่างนี้ แล้วสำรวจดูว่าในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการ

ดังต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน (ทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)

	ไม่เลย	มีบางวัน ไม่บ่อย	มีก่อน ข้างบ่อย	มีเกือบ ทุกวัน
1. เบื่อ ทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้				
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป				
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง – คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือ เป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พูดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือ กระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

มีต่อหน้าถัดไป



ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เคย	หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยหรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นปานกลางรู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแยระดับปานกลาง
มาก	หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมากหรือรู้สึกดีมาก

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน ในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัวปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่ง ที่ต้องการทำมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่ง ต่างๆในแต่ละวันบ้างไหม (ทั้ง เรื่องงานหรือการดำเนินชีวิต)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับ ของท่านเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต(เช่น มีความสุข ความสงบ มี ความหวัง) มากน้อยเพียงใด					

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมาก น้อยเพียงใด					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหน ที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยแค่ไหน					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายมากน้อยเพียงใด					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					



ภาคผนวก ข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้าน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

ตาราง A การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายกับปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (n = 290)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
เพศ						
ชาย	63	27.30	3.24	2.668	288	0.008
หญิง	227	26.00	3.47			
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	125	26.54	3.45	1.085	288	0.279
มากกว่า 61 ปีขึ้นไป	165	26.09	3.47			
สถานภาพสมรส						
โสด	49	26.39	3.73	2.340	2	0.098
สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	173	26.56	3.58		287	
คู่สมรสเสียชีวิต/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	68	25.50	2.84			
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	168	26.10	3.45	-1.083	288	0.280
ทำงาน	87	26.54	3.48			
รายได้						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	27	24.59	3.92	-2.693	288	0.007
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	263	26.46	3.37			

ตาราง A (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
สถานภาพทางเศรษฐกิจ						
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้	11	25.18	4.00	1.782	2	0.170
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	92	25.87	3.39		287	
พอใช้และเหลือเก็บ	187	26.55	3.45			
อาศัยอยู่กับ						
อยู่คนเดียว	15	26.07	4.23	-0.248	288	0.804
อยู่กับครอบครัว	275	26.29	3.42			
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	50	27.18	2.80	2.026	288	0.044
มีโรคประจำตัว ≥ 1 โรคขึ้นไป	240	26.10	3.56			
สาเหตุของอาการปวดหลังจาก การวินิจฉัยของแพทย์						
อาการจากโรคทางกระดูก	204	26.37	3.41	0.104	276	0.917
อาการจากโรคทางกล้ามเนื้อ	74	26.32	3.39			
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลัง จนถึงปัจจุบัน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	57	26.23	3.84	-0.133	288	0.894
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	233	26.30	3.37			
ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์						
0 - 5	208	26.69	3.35	3.222	288	0.001
6 - 10	82	25.26	3.56			

ตาราง A (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
การรักษาที่ได้รับ						
ยา/ผ่าตัด	185	26.39	3.31	3.367	2	0.036
รักษาทางกายภาพบำบัด	17	28.00	3.43		287	
ยา/ผ่าตัด/รักษาทางกายภาพบำบัด	88	25.73	3.69			
จำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลัง						
ไม่สูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	110	27.66	2.79	26.754 ^a	1	<.001
สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองอย่างน้อย 1 ด้าน	109	26.30	2.98		287	
สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป	71	24.11	3.99			

^aใช้ linear contrast

ตาราง B การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายกับการรักษาที่ได้รับ (n = 290)

การรักษาที่ได้รับ	Mean	ยา/ผ่าตัด	รักษาทางกายภาพบำบัด	ยา/ผ่าตัด/รักษาทางกายภาพบำบัด
ยา/ผ่าตัด	26.39	-	1.610	-0.661
รักษาทางกายภาพบำบัด	28.00	-1.610	-	-2.272
ยา/ผ่าตัด/รักษาทางกายภาพบำบัด	25.73	0.661	2.272	-

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายมากกว่าผู้ป่วยที่รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ผู้ป่วยที่ไม่มี

โรคประจำตัวมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายมากกว่า ผู้ป่วยที่ระดับความปวด 0-5 มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายมากกว่าผู้ป่วยที่ระดับความปวด 6-10 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียวมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายมากกว่าการรักษาอื่นๆ และผู้ป่วยที่ไม่สูญเสียหน้าที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายมากกว่าผู้ป่วยที่สูญเสียหน้าที่

การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิต

ตาราง C ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยวิธี Linear Regression (n = 290)

Model 1

ตัวแปร	B	S.E. B	β	t	Sig.	95% CI			
						Lower Bound	Upper Bound		
เพศ	-0.939	0.452	-0.112	-2.078	0.039	-1.829	-0.050		
สถานภาพสมรส*									
โสด	0.047	0.507	0.005	0.094	0.925	-0.951	1.046		
คู่สมรสเสียชีวิต/ หย่าร้าง/แยกกันอยู่	-0.973	0.458	-0.119	-2.125	0.034	-1.875	-0.072		
รายได้	1.306	0.637	0.110	2.051	0.041	0.053	2.560		
โรคประจำตัว	-1.260	0.485	-0.138	-2.596	0.010	-2.215	-0.305		
ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์	-0.712	0.426	-0.093	-1.673	0.095	-1.550	0.126		
การรักษาที่ได้รับ**									
รักษาทางกายภาพบำบัด	1.485	0.782	0.101	1.898	0.059	-0.055	3.024		
ยา/ผ่าตัด/รักษาทางกายภาพบำบัด	-0.351	0.404	-0.047	-0.869	0.385	-1.147	0.444		
การสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	-1.570	0.243	-0.354	-6.463	<.001	-2.049	-1.092		
Constant	30.282	1.743		17.371	<.001	26.851	33.714		
R = 0.489		R ² = 0.240		S.E est. = 3.07		F = 9.799		p-value <.001	

* สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกันเป็นกลุ่มอ้างอิง

** ยา/ผ่าตัดเป็นกลุ่มอ้างอิง

Model สุดท้าย

ตัวแปร	B	S.E. B	β	t	Sig.	95% CI		
						Lower Bound	Upper Bound	
เพศ	-1.083	0.445	-0.129	-2.434	0.016	-1.959	-0.207	
รายได้	1.425	0.637	0.120	2.235	0.026	0.170	2.679	
โรคประจำตัว	-1.228	0.488	-0.134	-2.517	0.012	-2.188	-0.268	
การสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	-1.683	0.236	-0.379	-7.118	<.001	-2.148	-1.217	
Constant	29.198	1.676		17.422	<.001	25.899	32.497	
R = 0.451		$R^2 = 0.203$		S.E est. = 3.11		F = 18.196		p-value <.001

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ รายได้ โรคประจำตัว การสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง ซึ่งตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 20.3 ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายต่ำกว่าเพศชาย รายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายมากกว่ารายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท การมีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายต่ำกว่าไม่มีโรคประจำตัว และการสูญเสียหน้าที่ยิ่งมากหลายด้านยังมีคุณภาพชีวิตต่ำ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

ตาราง D การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (n = 290)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
เพศ						
ชาย	63	24.27	2.62	2.560	288	0.011
หญิง	227	23.40	2.33			
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	125	23.62	2.70	0.177	234.812	0.859
มากกว่า 61 ปีขึ้นไป	165	23.56	2.19			
สถานภาพสมรส						
โสด	49	23.47	2.26	0.732	2	0.482
สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	173	23.72	2.62		287	
คู่สมรสเสียชีวิต/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	68	23.32	1.95			
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	168	23.52	2.19	-0.564	288	0.573
ทำงาน	122	23.68	2.70			
รายได้						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	27	22.70	2.96	-1.656	29.446	0.108
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	263	23.68	2.34			

ตาราง D (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
สถานภาพทางเศรษฐกิจ						
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้	11	21.64	3.67	5.692	2	0.047
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	92	23.27	2.45		287	
พอใช้และเหลือเก็บ	187	23.86	2.25			
อาศัยอยู่กับ						
อยู่คนเดียว	15	23.53	1.30	-0.152	19.977	0.881
อยู่กับครอบครัว	275	23.59	2.47			
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	50	24.36	2.46	2.510	288	0.013
มีโรคประจำตัว ≥ 1 โรคขึ้นไป	240	23.43	2.38			
สาเหตุของอาการปวดหลังจาก การวินิจฉัยของแพทย์						
อาการจากโรคทางกระดูก	204	23.59	2.33	-0.270	276	0.787
อาการจากโรคทางกล้ามเนื้อ	74	23.68	2.55			
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลัง จนถึงปัจจุบัน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	57	24.11	2.37	1.815	288	0.071
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	233	23.46	2.42			
ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์						
0 - 5	208	23.74	2.31	1.735	288	0.084
6 - 10	82	23.20	2.65			

ตาราง D (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
การรักษาที่ได้รับ						
ยา/ผ่าตัด	185	23.55	2.24	0.076	2	0.950
รักษาทางกายภาพบำบัด	17	23.76	3.49		287	
ยา/ผ่าตัด/รักษาทางกายภาพบำบัด	88	23.63	2.57			
จำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลัง						
ไม่สูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	110	24.15	2.07	14.666 ^a	1	0.002
สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองอย่างน้อย 1 ด้าน	109	23.54	2.30		287	
สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป	71	22.77	2.85			

^a ใช้ linear contrast

ตาราง E การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ (n = 290)

สถานภาพทางเศรษฐกิจ	Mean	ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้	พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	พอใช้และเหลือเก็บ
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้	21.64	-	-1.635	-2.219
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	23.27	1.635	-	-0.583
พอใช้และเหลือเก็บ	23.86	2.219	0.583	-

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากกว่าเพศหญิง สถานภาพเศรษฐกิจพอใช้และเหลือเก็บมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากกว่าสถานภาพอื่นๆ ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

มากกว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว และผู้ป่วยที่ไม่สูญเสียหน้าที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่สูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง

การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิต

ตาราง F ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยวิธี Linear Regression (n = 290)

Model 1

ตัวแปร	B	S.E. B	β	t	Sig.	95% CI			
						Lower Bound	Upper Bound		
เพศ	-0.690	0.325	-0.118	-2.122	0.035	-1.330	-0.050		
สถานภาพทางเศรษฐกิจ*									
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้	-2.116	0.708	-0.167	-2.988	0.003	-3.509	-0.722		
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	-0.461	0.290	-0.089	-1.587	0.114	-1.033	0.111		
โรคประจำตัว	-0.985	0.355	-0.154	-2.776	0.006	-1.683	-0.287		
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบัน	-0.946	0.340	-0.156	-2.785	0.006	-1.615	-0.277		
ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์	-0.390	0.310	-0.073	-1.257	0.210	-1.000	0.220		
การสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	-0.643	0.179	-0.207	-3.588	<.001	-0.996	-0.290		
Constant	29.605	1.166		25.392	<.001	27.310	31.900		
R = 0.380		R ² = 0.144		S.E est. = 2.26		F = 6.804		p-value <.001	

* พอใช้และเหลือเก็บเป็นกลุ่มอ้างอิง

Model สุดท้าย

ตัวแปร	B	S.E. B	β	t	Sig.	95% CI	
						Lower Bound	Upper Bound
สถานภาพทาง							
เศรษฐกิจ*							
ไม่พอใช้ต้องหยิบ ยืม/เป็นหนี้	-2.202	0.711	-0.174	-3.097	0.002	-3.602	-0.803
พอใช้แต่ไม่เหลือ เก็บ	-0.528	0.291	-0.102	-1.813	0.071	-1.101	0.045
โรคประจำตัว							
ระยะเวลาที่เริ่มมี	-0.998	0.355	-0.156	-2.813	0.005	-1.696	-0.300
อาการปวดหลังจนถึง ปัจจุบัน	-0.910	0.341	-0.150	-2.671	0.008	-1.581	-0.239
การสูญเสียหน้าที่ต่อ ตนเอง							
การสูญเสียหน้าที่ต่อ ตนเอง	-0.709	0.174	-0.229	-4.072	<.001	-1.052	-0.366
Constant	27.917	0.939		29.733	<.001	26.069	29.765
R = 0.355		R ² = 0.126		S.E est. = 2.28		F = 8.201	
						p-value <.001	

* พอใช้และเหลือเก็บเป็นกลุ่มอ้างอิง

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบัน และการสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง ซึ่งตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 12.6 ซึ่งพบว่าสถานภาพเศรษฐกิจไม่พอใช้ต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าสถานภาพเศรษฐกิจอื่นๆ การมีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าไม่มีโรคประจำตัว ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบันมากกว่า 1 ปีมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่า และการสูญเสียหน้าที่ซึ่งมากหลายด้านยังมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

ตาราง G การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมกับปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (n = 290)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
เพศ						
ชาย	63	7.67	1.19	0.118	288	0.906
หญิง	227	7.65	1.12			
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	125	7.66	1.18	0.160	288	0.873
มากกว่า 61 ปีขึ้นไป	165	7.64	1.10			
สถานภาพสมรส						
โสด	49	7.57	1.14	0.472	2	0.624
สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	173	7.71	1.18		287	
คู่สมรสเสียชีวิต/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	68	7.57	1.03			
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	168	7.65	1.11	-0.051	288	0.959
ทำงาน	122	7.66	1.18			
รายได้						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	27	7.37	1.21	-1.352	288	0.178
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	263	7.68	1.23			

ตาราง G (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
สถานภาพทางเศรษฐกิจ						
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้	11	7.09	1.22	1.419	2	0.244
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	92	7.65	1.13		287	
พอใช้และเหลือเก็บ	187	7.68	1.13			
อาศัยอยู่กับ						
อยู่คนเดียว	15	7.47	0.83	-0.646	288	0.518
อยู่กับครอบครัว	275	7.66	1.15			
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	50	7.80	1.41	1.013	288	0.312
มีโรคประจำตัว ≥ 1 โรคขึ้นไป	240	7.62	1.07			
สาเหตุของอาการปวดหลังจาก การวินิจฉัยของแพทย์						
อาการจากโรคทางกระดูก	204	7.65	1.08	-0.786	276	0.432
อาการจากโรคทางกล้ามเนื้อ	74	7.77	1.18			
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลัง จนถึงปัจจุบัน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	57	7.70	1.27	0.370	288	0.712
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	233	7.64	1.11			
ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์						
0 - 5	208	7.71	1.15	1.429	288	0.154
6 - 10	82	7.50	1.09			

ตาราง G (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
การรักษาที่ได้รับ						
ยา/ผ่าตัด	185	7.57	1.10	1.407	2	0.247
รักษาทางกายภาพบำบัด	17	7.82	1.07		287	
ยา/ผ่าตัด/รักษาทางกายภาพบำบัด	88	7.80	1.21			
จำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลัง						
ไม่สูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	110	7.81	1.05	5.037 ^a	1	0.094
สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองอย่างน้อย 1 ด้าน	109	7.64	1.13		287	
สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป	71	7.42	1.24			

^a ใช้ linear contrast

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ไม่พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิต

ตาราง H ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยวิธี Linear Regression (n = 290)

Model 1

ตัวแปร	B	S.E. B	β	t	Sig.	95% CI			
						Lower Bound	Upper Bound		
ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์	-0.130	0.153	-0.052	-0.851	0.396	-0.432	0.171		
การสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	-0.170	0.089	-0.117	-1.920	0.056	-0.345	0.004		
Constant	7.966	.202		39.518	<.001	7.570	8.363		
R = 0.140		R ² = 0.020		S.E est. = 1.13		F = 2.874		p-value = 0.058	

Model สุดท้าย

ตัวแปร	B	S.E. B	β	t	Sig.	95% CI			
						Lower Bound	Upper Bound		
การสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	-0.191	0.085	-0.131	-2.243	0.026	-0.359	-0.023		
Constant	7.817	0.099		78.818	<.001	7.622	8.012		
R = 0.140		R ² = 0.020		S.E est. = 1.13		F = 2.874		p-value = 0.058	

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการ ที่มีความเป็นไปได้ทางทฤษฎีและผลของการวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ (p<0.10) ได้แก่ การสูญเสียหน้าที่ยิ่งมากหลายด้านยิ่งมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมต่ำ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

ตาราง 1 การวิเคราะห์ตัวแปรรายคู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับปัจจัยส่วนบุคคลในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (n = 290)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
เพศ						
ชาย	63	18.95	2.27	3.506	288	0.001
หญิง	227	17.94	1.96			
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	125	18.19	2.11	0.239	288	0.812
มากกว่า 61 ปีขึ้นไป	165	18.13	2.05			
สถานภาพสมรส						
โสด	49	17.65	2.16	3.155	2	0.044
สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	173	18.40	2.07		287	
คู่สมรสเสียชีวิต/หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	68	17.91	1.95			
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	168	18.19	1.98	0.307	288	0.759
ทำงาน	122	18.11	2.20			
รายได้						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	27	17.11	2.39	-2.793	288	0.006
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	263	18.27	2.01			

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
สถานภาพทางเศรษฐกิจ						
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้	11	15.73	2.57	11.448	2	<.001
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	92	17.84	1.93		287	
พอใช้และเหลือเก็บ	187	18.46	2.00			
อาศัยอยู่กับ						
อยู่คนเดียว	15	17.33	1.91	-1.590	288	0.113
อยู่กับครอบครัว	275	18.20	2.07			
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	50	18.28	1.97	0.455	288	0.649
มีโรคประจำตัว ≥ 1 โรคขึ้นไป	240	18.13	2.09			
สาเหตุของอาการปวดหลังจากการวินิจฉัยของแพทย์						
อาการจากโรคทางกระดูก	204	18.23	2.01	0.854	276	0.394
อาการจากโรคทางกล้ามเนื้อ	74	17.99	2.19			
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดหลังจนถึงปัจจุบัน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	57	18.04	2.13	-0.502	288	0.616
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	233	18.19	2.06			
ระดับความปวดโดยเฉลี่ยใน 2 สัปดาห์						
0 - 5	208	18.24	1.93	1.071	288	0.285
6 - 10	82	17.95	2.39			

ตาราง I (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม				
		Mean	SD	T/F	df	P-value
การรักษาที่ได้รับ						
ยา/ผ่าตัด	185	18.27	1.85	0.757	2	0.519
รักษาทางกายภาพบำบัด	17	17.88	2.15		287	
ยา/ผ่าตัด/รักษาทางกายภาพบำบัด	88	17.98	2.46			
จำนวนผลกระทบจากอาการปวดหลัง						
ไม่สูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	110	18.35	1.84	7.680 ^a	1	0.013
สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองอย่างน้อย 1 ด้าน	109	18.39	2.13		287	
สูญเสียหน้าที่ต่อตนเองตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป	71	17.49	2.21			

^a ใช้ linear contrast

ตาราง J การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับสถานภาพสมรส (n = 290)

สถานภาพทางสมรส	Mean	โสด	สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	คู่สมรสเสียชีวิต/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
โสด	17.65	-	-0.746	-0.259
สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกัน	18.40	0.746	-	0.487
คู่สมรสเสียชีวิต/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	17.91	0.259	-0.487	-

ตาราง K การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ (n = 290)

สถานภาพทางเศรษฐกิจ	Mean	ไม่พอใช้ต้องหยิบยิม/เป็นหนี้	พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	พอใช้และเหลือเก็บ
ไม่พอใช้ต้องหยิบยิม/เป็นหนี้	15.73	-	-2.110	-2.733
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	17.84	2.110	-	-0.623
พอใช้และเหลือเก็บ	18.46	2.733	0.623	-

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยที่สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกันมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมากกว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 10,000 มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ผู้ป่วยที่มีสถานภาพเศรษฐกิจพอใช้และเหลือเก็บมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมากกว่าสถานภาพอื่นๆ และผู้ป่วยที่ไม่สูญเสียหน้าที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมากกว่าผู้ป่วยที่สูญเสียหน้าที่

การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิต

ตาราง L ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้าน
สิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง โดยวิธี Linear Regression (n = 290)

Model 1

ตัวแปร	B	S.E. B	β	t	Sig.	95% CI	
						Lower Bound	Upper Bound
เพศ	-0.775	0.288	-0.155	-2.687	0.008	-1.342	-0.207
สถานภาพสมรส*							
โสด	-0.581	0.323	-0.105	-1.802	0.073	-1.216	0.054
คู่สมรสเสียชีวิต/ หย่าร้าง/แยกกัน อยู่	-0.243	0.289	-0.050	-0.839	0.402	-0.812	0.327
รายได้	0.075	0.460	0.011	0.163	0.870	-0.831	0.981
สถานภาพทาง เศรษฐกิจ**							
ไม่พอใช้ต้องหยิบ ยืม/เป็นหนี้	-2.426	0.689	-0.224	-3.520	0.001	-3.783	-1.069
พอใช้แต่ไม่เหลือ เก็บ	-0.511	0.261	-0.115	-1.961	0.051	-1.024	0.002
การสูญเสียหน้าที่ต่อ ตนเอง							
Constant	20.095	1.063		18.907	<.001	18.003	22.187
R = 0.362		R ² = 0.131		S.E est. = 1.95		F = 6.075	
						p-value <.001	

* สมรสหรือมีคู่อยู่ด้วยกันเป็นกลุ่มอ้างอิง

** พอใช้และเหลือเก็บเป็นกลุ่มอ้างอิง

Model สุดท้าย

ตัวแปร	B	S.E. B	β	t	Sig.	95% CI			
						Lower Bound	Upper Bound		
เพศ	-0.885	0.280	-0.177	-3.160	0.002	-1.436	-0.334		
สถานภาพทางเศรษฐกิจ*									
ไม่พอใช้ต้องหยิบยืม/เป็นหนี้	-2.507	0.609	-0.232	-4.113	<.001	-3.707	-1.307		
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	-0.521	0.250	-0.117	-2.082	0.038	-1.014	-0.028		
การสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง	-0.325	0.148	-0.122	-2.191	0.029	-0.616	-0.033		
Constant	20.277	0.523		38.736	<.001	19.247	21.307		
R = 0.347		R ² = 0.120		S.E est. = 1.96		F = 9.746		p-value <.001	

* พอใช้และเหลือเก็บเป็นกลุ่มอ้างอิง

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ และการสูญเสียหน้าที่ต่อตนเอง ซึ่งตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 12.0 ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมต่ำกว่าเพศชาย สถานภาพเศรษฐกิจไม่พอใช้ต้องหยิบยืมหรือเป็นหนี้มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมต่ำกว่าสถานภาพเศรษฐกิจอื่นๆ และการสูญเสียหน้าที่ที่ยังมากหลายด้านยังมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมต่ำ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาว จันทรรัตน์ เลิศทองไทยวันเดือนปีเกิด 28สิงหาคมพ.ศ. 2530 สถานที่เกิด กรุงเทพมหานครปัจจุบันอายุ 26 ปี

พ.ศ. 2552 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจุบัน เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยปีการศึกษา 2555



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY