

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืด มัดโอฟาสเซียล

ธนิษฐ สมนึก, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
*กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลตำรวจ

ABSTRACT

Mental Health of Patients with Myofascial Pain Syndrome

Somnuk T.

**Department of Rehabilitation Medicine, Police General Hospital*

Objective: To investigate mental health and associated factors in patients with myofascial pain syndrome (MPS).

Study design: Cross-sectional descriptive study

Setting: Rehabilitation Medicine out-patient clinic, Police General Hospital

Subjects: One hundred and forty eight patients with MPS who attended at Rehabilitation out-patient clinic, Police General Hospital.

Methods: Patients were asked to complete 2 questionnaires, a demographic record form and the General Health Questionnaire (GHQ-28), Thai version. The GHQ-28 score equal or more than 6 indicated mental disorder.

Results: There were 58 patients (39.19%) who had the GHQ-28 score equal or more than 6, indicating mental disorder. Those with mental disorder experienced that pain affected their works and daily activity functions. The effect of pain that interfered daily activity functions (including housework and exercise) was the only factor that related with mental disorder ($p < 0.05$).

Conclusion: The prevalence of mental disorder, determined by the GHQ-28, among MPS patients was 39.19%. Limitation of daily activities (including housework and exercise) by pain was the only factor relating with mental disorder

Keywords: mental health, myofascial pain syndrome, prevalence

J Thai Rehabil Med 2011; 21(1): 1-6

Corresponding to: Dr.Thanintorn Somnuk; Department of Rehabilitation Medicine, Police General Hospital, Bangkok, Thailand.
E-mail address: ss_thanintorn@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมัดโอฟาสเซียลและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตกับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ และผลกระทบของอาการปวดต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง
สถานที่ทำการวิจัย: กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลตำรวจ

กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมัดโอฟาสเซียล จำนวน 148 ราย

วิธีการศึกษา: คัดกรองภาวะสุขภาพจิตโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม GHQ-28 ฉบับภาษาไทยด้วยตนเอง หาความชุกปัญหาสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยกับปัญหาสุขภาพจิต

ผลการศึกษา: ร้อยละ 39.19 ของผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิต เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตกับกลุ่มที่มีปัญหาพบว่าปัจจัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวันรวมการทำงานบ้านและการออกกำลังกาย ($p = 0.009$) และผลกระทบของอาการปวดต่ออาชีพหรือการทำงาน ($p = 0.010$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตมีเพียงปัจจัยเดียวคือผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวันรวมการทำงานบ้านและการออกกำลังกาย ($p < 0.05$)

สรุป : ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมัดโอฟาสเซียล มีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับร้อยละ 39.19 และปัญหาสุขภาพจิตสัมพันธ์กับผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวันรวมการทำงานบ้านและการออกกำลังกาย
คำสำคัญ: สุขภาพจิต กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมัดโอฟาสเซียล ความชุก

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2554; 21(1): 1-6

บทนำ

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมัดโอฟาสเซียล (myofascial pain syndrome, MPS) หมายถึงกลุ่มอาการปวดร้าว

(referred pain) และ/หรืออาการของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic symptoms) อันเนื่องมาจาก myofascial trigger point(s) (TrP) ของกล้ามเนื้อหรือเยื่อพังผืดโดยจำกัดอยู่บริเวณหนึ่งบริเวณใด (regional pain) ของร่างกาย ถ้าอาการต่าง ๆ ดำเนินอย่างต่อเนื่องหรือเกิดซ้ำอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน เรียกว่า chronic MPS⁽¹⁾

จากรายงานการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยในคลินิกออโรโพรดิคส์ทั่วไปไม่มีความชุกของ MPS ประมาณร้อยละ 21 ในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปพบประมาณร้อยละ 30 และความชุกของ MPS อาจสูงถึงร้อยละ 85-93 ในศูนย์เฉพาะทางรักษาอาการปวดหรือคลินิกระงับปวด⁽²⁾ รายงานการศึกษาระบาดวิทยาในประเทศไทย พบ MPS ได้ถึง ร้อยละ 36 ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ⁽³⁾ นอกจากอาการปวดเรื้อรังแล้วยังพบว่าผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าได้สูงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิง⁽⁴⁾

จากสถิติของกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2552 พบว่า โรคอันดับแรก คือ MPS โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดเรื้อรังหรือเป็น ๆ หาย ๆ บางรายมีอาการเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ หรือซึมเศร้าร่วมด้วยอย่างชัดเจน แต่ส่วนใหญ่ไม่มีอาการทางสุขภาพจิตที่ชัดเจน วินิจฉัยได้ยาก จากการศึกษาของตะวันตก จีระประมุขพิทักษ์⁽⁵⁾ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ประมาณร้อยละ 18 ซึ่งเป็นความชุกที่ต่ำกว่าการคัดกรองโดยแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire-28, GHQ-28) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 57 โดยร้อยละ 44 เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตแอบแฝง (hidden mental disorder) หมายความว่า การคัดกรองโดย GHQ-28 ทำให้สามารถค้นพบปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่าการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ผู้วิจัยจึงมีความสงสัยว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังจาก MPS ซึ่งพบบ่อยในคลินิกเวชกรรมฟื้นฟูนั้นอาจมีสุขภาพจิตแอบแฝง ดังนั้น จึงสมควรศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยกับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ และผลกระทบของอาการปวดต่อการทำงานเพื่อช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้โดยถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องกับความเป็นจริง

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากร ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MPS ที่มารับการรักษาที่คลินิกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 148 ราย

เกณฑ์คัดเข้า

- มีอาการปวดอย่างน้อย 3 เดือน
- สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้

- ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

- มีอาการปวดจากมะเร็ง (cancer pain)
- มีอาการปวดประสาท (neuropathic pain)
- มีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว

เครื่องมือ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและผลกระทบของอาการปวด จำนวน 12 ข้อ

แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (General health questionnaire) GHQ-28 ฉบับภาษาไทย⁽⁶⁾ แปลโดย ธนานิลชัยโกวิทและคณะ⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้สำรวจหาปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทยทั่วไปที่ได้มาตรฐานและใช้คัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการคือการไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ โดยเน้นปัญหาที่ผิดไปจากสภาวะปกติของบุคคลนั้น ๆ

หนึ่ง แบบสอบถาม GHQ-28 มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 81.3 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 88.2 และมีความเชื่อถือได้ (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.90 โดยมีค่าถามรวม 28 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 28 คะแนน ใช้จุดตัดคะแนนที่ 5/6 (คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความผิดปกติ) ทั้งนี้แบ่งแบบสอบถาม GHQ-28 ได้เป็น 4 กลุ่มย่อย (sub-scaled GHQ) คือ อาการทางกาย (somatic symptoms) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia) ความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction) และอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (severe depression)

ขั้นตอนการทำวิจัย

1. เสนอโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ขององค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย อธิบายการตอบแบบสอบถาม และให้คำยืนยันในการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ เพื่อขอคำยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากผู้ป่วย
3. คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก
4. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนด้วยตนเอง โดยตอบตามความรู้สึกที่ใกล้เคียงกับปัจจุบัน หรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาให้มากที่สุด ทั้งนี้ไม่รวมปัญหาที่เคยมีในอดีต

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Stata version 11 serial No. 40110519743

ใช้สถิติวิเคราะห์แบบบรรยาย ข้อมูลทั่วไป นำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิต กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติ multiple logistic regression และผลการ

ทดสอบทีว่ามีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า $p < 0.05$ และคำนวณค่า odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (95%CI) เพื่อประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต

ผลการศึกษา

ผู้ป่วย MPS จำนวน 148 ราย เป็นเพศชาย 31 ราย หญิง 117 ราย (ตารางที่ 1) อายุเฉลี่ย 48.6 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 76 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 59.5 มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.4) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.5 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 41.2 มีรายได้ตนเองมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 77.7 มีรายได้เพียงพอกับการใช้จ่าย (ตารางที่ 1)

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามเฉลี่ย 23.86 เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.60 เดือน) ต่ำสุด 3 เดือน สูงสุด 120 เดือน หนึ่งในสามมีอาการปวดรุนแรงมากขึ้นเมื่อนั่ง ยืน เดินหรือขับรถนาน และอีกหนึ่งในสามมีอาการปวดรุนแรงขึ้นเมื่อมีความเครียด วิตกกังวลหรือช่วงที่มีงานมากหรืองานเร่งด่วน ร้อยละ 55.4 มีอาการปวดที่ทำให้การทำงานและการทำกิจวัตรประจำวันรวมทั้งการทำงานบ้านและการออกกำลังกายของผู้ป่วยลดความคล่องแคล่วหรือมีประสิทธิภavnน้อยลง (ตารางที่ 2)

จากจำนวนผู้ป่วย 148 ราย พบว่าผู้ป่วย 58 ราย (เป็นชาย 11 ราย หญิง 47 ราย) มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 39.19 เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตกับกลุ่มที่มีปัญหาพบว่าปัจจัยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผลกระทบของอาการปวดต่ออาชีพหรือการทำงาน และการทำกิจวัตรประจำวันรวมทั้งการทำงานบ้านและการออกกำลังกาย ($p = 0.010$ และ 0.009 ตามลำดับ) ส่วนรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับการใช้จ่าย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.243$ และ 0.100 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3, 4 และ 5)

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เบื้องต้น ($p < 0.20$) มาวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมีเพียงปัจจัยเดียวคือ ผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวันรวมทั้งงานบ้านและการออกกำลังกาย โดยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันรวมทั้งงานบ้านและการออกกำลังกายได้ตามปกติเหมือนเดิมทุกอย่าง พบว่ากลุ่มที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันรวมทั้งงานบ้านและการออกกำลังกายได้คล่องแคล่วน้อยลงหรือมีประสิทธิภavnน้อยลง มีปัญหาสุขภาพจิตเป็น 3.07 เท่า (95% CI: 1.06-8.87) กลุ่มที่ต้องลดจำนวนหรือเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลง มีปัญหาสุขภาพจิตเป็น 5.7 เท่า (95% CI: 1.52-17.58) และกลุ่มที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ ปัญหาสุขภาพจิตเป็น 11.2 เท่า (95% CI: 2.13-58.94) ของกลุ่มที่ทำปกติตามลำดับ ดังตารางที่ 6

	ข้อมูลทั่วไป (n=148)	จำนวนราย (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	31 (21.0)
	หญิง	117 (79.1)
อายุ (ปี)	16 – 30	8 (5.4)
	31 – 45	49 (33.1)
	46– 60	73 (49.3)
	>60	18 (12.2)
สถานภาพสมรส	โสด	47 (31.8)
	คู่	84 (56.8)
	หม้าย/ หย่า/แยก	17 (11.5)
มีโรคประจำตัว		88 (59.5)
การศึกษา	ประถมศึกษา	13 (8.8)
	มัธยมศึกษา	22 (14.9)
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	14 (9.5)
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	76 (51.4)
	อื่น ๆ	23 (15.5)
อาชีพปัจจุบัน	รับราชการ	60 (40.5)
	พนักงานองค์กร/เอกชน	36 (24.3)
	นักธุรกิจ/ค้าขาย	45 (27.3)
	รับจ้างทั่วไป	11 (7.4)
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11 (7.4)
รายได้ตนเอง/ เดือน (บาท)	อื่น ๆ	20 (13.5)
	< 5,000	20 (13.5)
	5,000 – 10,000	14 (9.5)
	10,000 – 15,000	24 (16.2)
	15,000 – 20,000	29 (19.6)
> 20,000	61 (41.2)	
รายได้เพียงพอกับการใช้จ่าย		115 (77.7)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวนราย (ร้อยละ)
กิจกรรมที่ทำให้อาการปวดรุนแรงมากขึ้น	
• ยกของหนัก/ แบกหาม	29 (19.6)
• นั่ง, ยืน, เดินหรือขับรถนาน	53 (35.8)
• ความเครียด หรือวิตกกังวล หรือช่วงที่มีงานมาก/งานเร่งด่วน	55 (37.2)
• อื่น ๆ	11 (7.4)
ผลกระทบของอาการปวดต่ออาชีพหรือการทำงานที่สร้างรายได้	
• ทำได้ตามปกติเหมือนเดิมทุกอย่าง	45 (30.4)
• ทำงานได้คล่องแคล่วน้อยลง หรือมีประสิทธิภavnน้อยลง	82 (55.4)
• ต้องเปลี่ยนงานอาชีพหรือตำแหน่งที่เคยทำ	2 (1.4)
• ยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้	6 (4.1)
• ปัจจุบันไม่ได้ทำงานแล้ว	13 (8.8)
ผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวันรวมทั้ง งานบ้านและการออกกำลังกาย	
• ทำได้ตามปกติเหมือนเดิมทุกอย่าง	29 (19.6)
• ทำได้คล่องแคล่วน้อยลงหรือมีประสิทธิภavnน้อยลง	82 (55.4)
• ต้องลดจำนวนหรือเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลง	27 (18.2)
• ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้	10 (6.8)

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมที่สัมพันธ์กับอาการปวดและผลกระทบของอาการปวด

ข้อมูลทั่วไป (n=148)	ปัญหาสุขภาพจิต		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่มี (n=90)	มี (n=58)	
เพศ			0.635
ชาย	20 (22.2)	11 (19.0)	
หญิง	70 (77.8)	47 (81.0)	
อายุ (ปี)			
16 – 30	4 (4.4)	4 (6.9)	
31 – 45	32 (35.6)	17 (29.3)	
46– 60	44 (48.9)	29 (50.0)	
>60	10 (11.1)	8 (13.8)	
อายุเฉลี่ย (ปี): ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	48.58 (10.12)	48.72 (11.29)	0.766
สถานภาพสมรส			0.592
โสด	31 (34.4)	16 (27.6)	
คู่	48 (53.3)	36 (62.1)	
หม้าย/ หย่า/แยก	11 (12.2)	6 (10.3)	
มีโรคประจำตัว	49 (54.4)	39(67.2)	0.122
การศึกษา			0.460
ประถมศึกษา	5 (5.6)	8 (13.8)	
มัธยมศึกษา	13 (14.4)	9 (15.5)	
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	8 (8.9)	6 (10.3)	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	50 (55.6)	26 (44.8)	
อื่น ๆ	14 (15.6)	9 (15.5)	
อาชีพปัจจุบัน			0.603
รับราชการ	39 (43.3)	21 (36.20)	
พนักงานองค์กร/เอกชน	21 (23.3)	15 (25.9)	
นักธุรกิจ/ค้าขาย	8 (8.9)	2 (3.5)	
รับจ้างทั่วไป	5 (5.6)	6 (10.3)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6 (6.7)	5 (8.6)	
อื่น ๆ	11 (12.2)	9 (15.5)	
รายได้ตนเอง/ เดือน (บาท)			0.243
< 5,000	12 (13.3)	8 (13.8)	
5,000 – 10,000	5 (5.6)	9 (15.5)	
10,000 – 15,000	14 (15.6)	10 (17.2)	
15,000 – 20,000	21 (23.3)	8 (13.8)	
> 20,000	38 (42.2)	23 (39.7)	
รายได้เพียงพอกับการใช้จ่าย	74 (82.2)	41 (70.7)	0.100

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต

วิจารณ์

จากผลการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมัยโอฟาสเซียล ที่มารับบริการที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลตำรวจ โดยอาศัยแบบสอบถาม GHQ-28 ฉบับภาษาไทย พบว่า ร้อยละ 39.19 มีปัญหาสุขภาพจิต เมื่อเปรียบเทียบค่าความชุกที่ได้กับรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มประชากรต่าง ๆ ในประเทศไทยแล้ว พบว่ามีค่าความ

ข้อมูลทั่วไป	ปัญหาสุขภาพจิต : จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	ร้อยละ		
	ไม่มี (n= 90)	มี (n=58)	
ระยะเวลาที่มีอาการปวด (เดือน)			
3-6	30 (33.3)	20 (34.5)	
7-12	17 (18.9)	13 (22.4)	
13-36	28 (31.1)	16 (27.6)	
37-60	8 (8.9)	5 (8.6)	
> 60	7 (7.8)	4 (6.9)	

ค่าเฉลี่ยระยะเวลาเฉลี่ยที่มีอาการปวด (เดือน) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ค่าเฉลี่ยระยะเวลาเฉลี่ยที่มีอาการปวด (เดือน) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		p-value
	ไม่มี (n= 90)	มี (n=58)	
23.94 (24.55)	23.72 (27.38)	0.981	

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบระยะเวลาที่มีอาการปวดระหว่างกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตกับกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ชุกที่ได้ค่อนข้างใกล้เคียงกันคือ พบค่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในช่วงร้อยละ 19.1 ถึงร้อยละ 57^(5,8,9,10)

เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา อาชีพรับราชการและ/หรือเป็นพนักงานองค์กร ซึ่งลักษณะงานที่ทำมักเป็นงานที่ไม่ต้องใช้แรง แต่ต้องอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ ซึ่งคล้ายกับที่เคยรายงานโดย อานนท์ พงศธรกุลพานิชและคณะ⁽³⁾ ที่พบว่า MPS เกิดกับเพศหญิงได้บ่อยกว่าเพศชาย ในอัตรา 2.4 ต่อ 1 ช่วงอายุที่พบคือ 31-60 ปี และกลุ่มที่ทำงานเบามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด MPS ได้บ่อยกว่ากลุ่มที่ทำงานหนัก⁽¹¹⁾

เมื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ พบว่าผลกระทบของอาการปวดต่ออาชีพหรือการทำงาน และต่อการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งรวมทั้งงานบ้านและการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหา แต่เมื่อนำปัจจัยทั้งสองนี้มาวิเคราะห์แบบถดถอยพหุโลจิสติก พบว่ามีเพียงผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งรวมทั้งงานบ้านและการออกกำลังกายเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยอาการปวดเรื้อรังมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน⁽¹²⁾

จากการศึกษาผู้ป่วยปวดระดับกล้ามเนื้อและกระดูกเรื้อรังในต่างประเทศ^(13,14) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดร่วมกับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าหรือปัญหาสุขภาพจิตมีผลต่อการทำงานหรือการหยุดงานอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในต่างประเทศเมื่อเจ็บป่วยจากการทำงานลูกจ้างมีสิทธิได้รับเงินทดแทนจึงทำให้เกิดการหยุดหรือขาดงานมาก แต่สำหรับประเทศไทยนั้นยังไม่มีรายงานการจ่ายเงินทดแทนในกรณี

ข้อมูลทั่วไป	ปัญหาสุขภาพจิต : จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	ไม่มี (n= 90)	มี (n=58)	
กิจกรรมที่ทำให้อาการปวดรุนแรงมากขึ้น			0.609
ยกของหนัก/ แบกหาม	18 (20.0)	11 (19.0)	
นั่ง, ยืน, เดินหรือขับรถนาน	34 (37.8)	19 (32.8)	
ความเครียด หรือวิตกกังวล หรือช่วงที่มีงานมาก/เร่งด่วน	30 (33.3)	25 (43.1)	
อื่นๆ	8 (8.9)	3 (5.2)	
ผลกระทบของอาการปวดต่ออาชีพหรือการทำงานที่สร้างรายได้			0.010*
ทำได้ตามปกติเหมือนเดิมทุกอย่าง	36 (40.0)	11 (19.0)	
ทำงานได้คล่องแคล่วน้อยลงหรือมีประสิทธิภาพน้อยลง	45 (50.0)	37 (63.8)	
ต้องเปลี่ยนงานอาชีพหรือตำแหน่งที่เคยทำ	1 (1.1)	1 (1.7)	
ยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้	2 (2.2)	4 (6.9)	
ปัจจุบันไม่ได้ทำงานแล้ว	6 (6.7)	7 (12.1)	
ผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจกรรมประจำวันรวมทั้งงานบ้านและการออกกำลังกาย			0.009*
ทำได้ตามปกติเหมือนเดิมทุกอย่าง	24 (26.7)	5 (8.6)	
ทำได้คล่องแคล่วน้อยลงหรือมีประสิทธิภาพน้อยลง	50 (55.6)	32 (55.2)	
ต้องลดจำนวนหรือเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ	13 (14.4)	14 (24.1)	
ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันบางอย่างได้	3 (3.3)	7 (12.1)	

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบกิจกรรมที่สัมพันธ์กับอาการปวดและผลกระทบของอาการปวดระหว่างกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตกับกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	Adjusted Odd ratio (95% CI)	P-value
ผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจกรรมประจำวันรวมทั้งงานบ้านและการออกกำลังกาย		
● ทำได้ตามปกติเหมือนเดิมทุกอย่าง	1	
● ทำได้คล่องแคล่วน้อยลงหรือมีประสิทธิภาพน้อยลง	3.07 (1.06-8.87)	0.038
● ต้องลดจำนวนหรือเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ	5.17 (1.52-17.58)	0.009
● ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันบางอย่างได้	11.20 (2.13-58.94)	0.004

ตารางที่ 6 ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อหุ้มไขสันหลังที่มีปัญหาสุขภาพจิต วิเคราะห์แบบถดถอยพหุโลจิสติก(multivariate analysis) ตามระดับผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจกรรมประจำวัน

ปวดเรื้อรัง หนึ่ง กลุ่มผู้ป่วยในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงที่ต้องทำงานนอกบ้านและในขณะเดียวกันยังต้องทำงานบ้านทั่วไปด้วย ดังนั้น เมื่อมีอาการปวด จึงทำให้ทำงานบ้านหลังเลิกงานได้ไม่เต็มที่ และอาจส่งผลให้เกิดภาวะความเครียด วิตกกังวลหรือปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ มากขึ้นได้

เคยมีรายงานหนึ่งระบุว่าร้อยละ 89.3 ของผู้ป่วย MFS มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 22.9 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 4.8 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง⁽⁴⁾ ส่วน Velly และคณะ พบว่า ผู้ป่วย MPS มีภาวะวิตกกังวล 5.12 เท่า และมีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.51 เท่าของผู้ที่ไม่เป็น MPS และผู้หญิงมีโอกาสมากกว่าที่จะเกิด MPS ชนิดเรื้อรังได้มากกว่าผู้ชายถึง 3 เท่า⁽¹⁵⁾ แต่เมื่อดูในรายละเอียดของคำตอบของกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า

ส่วนใหญ่มีคะแนนอาการทางกายและความบกพร่องทางสังคมสูงมากกว่าอาการวิตกกังวล และมีส่วนน้อยที่มีอาการซึมเศร้า อาจเป็นเพราะ MPS นั้นบางครั้งมีอาการใกล้เคียงกับกลุ่มอาการปวดอย่างอื่น จึงทำให้ผู้รักษาให้การวินิจฉัยหรือประเมินปัญหาของผู้ป่วยผิดพลาดหรือไม่ครบถ้วน และขาดแผนการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยมักรู้สึกที่ตนเองไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับอาการหรือโรคที่ตนเองเป็นอย่างชัดเจนเพียงพอ หรือรู้สึกที่อาการปวดที่เป็นอยู่รุนแรงหรือหนักกว่าที่แพทย์คิด⁽¹⁶⁾ แพทย์ควรตระหนักว่า MPS อาจเป็นอาการที่แสดงออกถึงการมีภาวะความเครียดทางจิตใจเกิดขึ้น

การที่ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมบางอย่าง เพราะกลัวหรือกังวลว่า ถ้าทำต่อไปจะทำให้อาการปวดเป็นมาก

ขึ้น (pain-related fear and avoidance)⁽¹⁷⁾ แต่เมื่อผู้ป่วยหยุดงานอาการก็ไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร ผู้ป่วยจึงขาดความมั่นใจ สูญเสียความภาคภูมิใจหรือภาพพจน์ที่ดีในตัวเอง (self-esteem, self-image)⁽¹¹⁾ และมักมีปฏิกิริยาจากคนในครอบครัว ผู้ร่วมงานและนายจ้างในทางลบเกิดขึ้น ก่อให้เกิดบรรยากาศที่ไม่ดีทั้งในบ้านและที่ทำงานตามมา ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วย MPS นอกจากการบำบัดอาการปวดซึ่งเป็นเรื่องทางกายแล้ว ทีมผู้รักษาต้องให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตและผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยด้วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการหลบเลี่ยงเพราะสูญเสียความมั่นใจให้มาเป็นพฤติกรรมที่จะสามารถอยู่ร่วมกับอาการปวดได้อย่างเหมาะสม และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

สรุปการศึกษากวาระสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเยื่อพังผืดมัยโอฟาสเซียล โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป GHQ-28 ฉบับภาษาไทย พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับร้อยละ 39.19 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงปัจจัยเดียวคือผลกระทบของอาการปวดต่อการทำกิจกรรมประจำวันรวมทั้งงานบ้านและการออกกำลังกาย ดังนั้น ทีมผู้รักษาควรให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตและผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับอาการปวดได้โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณกัญญาลักษณ์ ณ รัชย์ ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำการวางแผนการวิจัยและการคำนวณทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติกลุ่มอาการปวดเรื้อรังระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ Myofascial Pain Syndrome Fibromyalgia. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2552: 1-14.
2. Borg-Stein J, Simon DG. Myofascial pain. Arch Phys Med Rehabil 2002; 83 Suppl 1: S40-7.
3. อานนท์ พงศกรกุลพานิช, พรทิศา ชัยอำนวย, ไพจิตร อัครบดี, อรุยา ก้องเกียรติงาม. Myofascial pain syndrome in Thai community. จุลสารรูมาติสซั่ม 2538; 4: 2-9.
4. Esenyel M, Caglar N, Aldemir T. Treatment of myofascial pain. Am J Phys Med Rehabil 2000; 79(1): 48-52.

5. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, วัลภา วงศ์สารศรี. ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและความสามารถในการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543; 45(3): 261-270.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. Retrieved July 2, 2553, from <http://www.dmh.moph.go.th/test/ghq/>
7. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรงของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(1): 2-17.
8. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(3): 191-202.
9. จุมพล สมประสงค์. การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตชุมชนแออัดของเทศบาลเมืองกาญจนบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42(4): 184-196.
10. วิไล คุปต์นิริติศัยกุล, อรวรรณ เสมรสุด, พวงทอง กล่อมใจเย็น. การประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วย โดยใช้แบบทดสอบ General Health questionnaire-28 ฉบับภาษาไทย. สารศิริราช 2543; 52(10): 647-654.
11. ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช. Myofascial pain syndrome: a common problem in clinical practice. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2542.
12. Yeo SN, Tay KH. Pain prevalence in Singapore. Ann Acad Med Singapore 2009; 38: 937-42.
13. Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. Psychosom Med 2008; 70(8): 890-897.
14. Ektor-Andersen J, Isacsson SO, Lindgren A, Orbaek P. The experience of pain from the shoulder-neck area related to the total body pain, self-experienced health and mental distress. The MalmöShoulder-Neck Study group. Pain 1999; 82(3): 289-95.
15. Velly AM, Gornitsky M, Philippe P. Contributing factors to chronic myofascial pain: a case-control study. Pain 2003; 104(3): 491-499.
16. Roth RS, Horowitz K, Bachman JE. Chronic myofascial pain: knowledge of diagnosis and satisfaction with treatment. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79: 966-70.
17. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain 2000; 85(3): 317-332.