คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย ที่โรงพยาบาลท่ายาง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

โดย
นางสาวจิดาภา จำปาเงิน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย ที่โรงพยาบาลท่ายาง

โดย
นางสาวจิดาภา จำปาเงิน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2550
ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MUSCULOSKELETAL DISORDERS TREATED WITH THAI MASSAGE AT TAYANG HOSPITAL

By

Jidapa Jumpangern

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF PHARMACY

Program of Consumer Protection in Public Health

Graduate School

SILPAKORN UNIVERSITY

2007

46352201 : สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต / โรคกล้ามเนื้อและกระดูก / การนวดไทย

จิดาภา จำปาเงิน : คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยที่โรงพยาบาลท่ายาง. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ :รศ.ระพีพรรณ ฉลองสุข และรศ.ดร.วัชรี เลอมานกุล. 137 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย ในงานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี โดยวัดระดับคุณภาพชีวิต 8 มิติสุขภาพตามแบบสำรวจสุขภาพ Short-Form -36 ฉบับภาษาไทย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน มีช่วงอายุระหว่าง 24-82 ปี ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยอย่างต่อเนื่องจนครบ 5 ครั้งจำนวน 76 คน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการรักษาด้วยการนวดไทยโดยใช้ paired t-test ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อและกระดูกโดยรวมหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยอย่างต่อเนื่องจนครบ 5 ครั้ง มีคุณภาพชีวิตในทุกมิติสุขภาพสูงกว่าคุณภาพชีวิตก่อนเข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังได้รับการนวดอย่างต่อเนื่อง คุณภาพชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดจากผลการวัดการรักษาคือมิติสุขภาพ Bodily Pain ของแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ที่มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น 16.3 คะแนน เช่นเดียวกับผลการวัดระดับความเจ็บปวดที่ประเมินด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในแต่ละครั้ง เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 5 ด้วย paired t-test ผลการเปรียบเทียบพบว่าระดับความเจ็บปวดหลังการรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ Physical Functioning ของแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 มีความแตกต่างกันในช่วงอายุที่ต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แต่ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตเนื่องจากปัจจัยด้านเพศ ทั้งนี้คุณภาพชีวิตภายหลังการนวดไทยอาจได้รับผลกระทบจากการทำกิจกรรมประจำวัน การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเรื่องการบริหารร่างกายและการบริโภคอาหารในช่วงของการรักษาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายด้วย สรุปได้ว่า การนวดไทยส่งผลดีต่อการรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกโดยรวม การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถใช้เป็นข้อมูลหนึ่งในการพิจารณาและติดตามการใช้การนวดไทยเพื่อการรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2550

ลายมือชื่อนักศึกษา..

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 1. .... 2. ....

46352201 : MAJOR : CONSUMER PROTECTION IN PUBLIC HEALTH
KEY WORD : QUALITY OF LIFE / MUSCULOSKELETAL DISORDERS / THAI MASSAGE

JIDAPA JUMPANGERN : HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MUSCULOSKELETAL DISORDERS TREATED WITH THAI MASSAGE AT TAYANG HOSPITAL. THESIS ADVISORS : ASSOC. PROF.RAPEEPUN CHALONGSUK AND ASSOC. PROF. WATCHAREE LEURMARNKUL, Ph.D. 137 pp.

The purpose of this research was to compare the health-related quality of life in patients with musculoskeletal disorders, using the Short Form 36 items Health Status survey (SF-36) Thai version before and after being treated with Thai-massage at Tayang hospital, Phetchaburi Province. Ninety-seven patients aged 24-82 years. Seventy-six of them were treated continually five sessions. Paired t-test was applied for data analysis. Subject's quality of life before and after treatment was significantly different in all SF-36 dimensions ($p < 0.01$). Their quality of life was better after continual massage. The greatest change in health related quality of life from the baseline was a 16.3 point increasing of the Bodily Pain dimension scores. Pain intensity was assessed by visual analog scale (VAS) after each session. The Pain scores at baseline and after fifth-session of treatment were different when stratified by subject's age ($p < 0.01$). Health –related quality of life (SF-36) differed by age. The SF-36 Physical Functioning dimension classified by age was significantly different ($p < 0.01$). However, their health-related quality of life classified by gender was not found significantly different. Their quality of life during Thai massage could be affected by their routine, physical exercise and eating. In conclusion, Thai massage was helpful to treat musculoskeletal disorders and should be considered as a followed-up method.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

Program of Consumer Protection in Public Health Graduate School, Silpakorn University Academic Year 2007
Student's signature ....
Thesis Advisors' signature 1. .... 2. ....

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดีนั้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รศ.ระพีพรรณ ฉลองสุข และ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.วัชรี เลอมานกุล ที่ให้ความอนุเคราะห์ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนกำลังใจและคำสอนตลอดช่วงระยะเวลาของการศึกษา

ขอขอบพระคุณ ประธานกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์ ดร.เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชิต เปานิล ที่ให้ความกรุณาให้คำแนะนำตรวจสอบวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ที่ให้การถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ทางวิชาการต่างๆแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ นักศึกษาปริญญาโททุกท่านที่ให้กำลังใจเสมอมา

ขอขอบพระคุณ นพ.คำนูณ พัทธยากร ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลท่ายาง ที่ให้โอกาสในการศึกษาต่อและอนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล ขอบคุณ คุณวัฒนพัฒน์ สมศรี คุณนิตยา เนียมปุก และเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยโรงพยาบาลท่ายางทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดาและมารดา ที่ให้กำลังใจ ร่วมทุกข์ ร่วมสุข และผลักดันส่งเสริมให้ผู้วิจัยพากเพียรพยายามจนจบการศึกษาปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิตในครั้งนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมติฐานของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
2 ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	6
สรีรวิทยาและการทำงานของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	6
ความผิดปกติของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อเนื่องจากการทำงาน	8
ความเจ็บปวด	11
สถานการณ์การเจ็บป่วยในกลุ่มโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในประเทศไทย	16
การนวดไทย	17
ความเป็นมาของการนวดไทย	17
ลักษณะของการนวดไทย	18
ข้อห้ามในการนวด	18
ผลของการนวด	19
การกำหนดการบำบัดรักษาด้วยการนวดไทย	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
การนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง	25
การวัดคุณภาพชีวิต	31

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ หน้า

ดัชนีชี้วัดสุขภาพ 32

การวัดผลกระทบด้านสุขภาพจากภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก 34

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต 43

แบบสำรวจสุขภาพ SF-36 45

3 วิธีดำเนินการวิจัย 50

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 50

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 50

วิธีการเก็บข้อมูล 52

การวิเคราะห์ข้อมูล 55

4 ผลการวิจัย..... 58

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง... 60

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความเจ็บปวด 66

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยการนวดไทยในช่วงที่มารับบริการนวดไทยที่โรงพยาบาลท่ายาง 77

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านเพศและอายุกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก 91

5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ..... 99

สรุปผลการวิจัย 99

อภิปรายผล 102

ข้อเสนอแนะ 110

บรรณานุกรม 111

ภาคผนวก 116

ภาคผนวก ก แบบประเมินความรู้เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย 116

ภาคผนวก ข แบบสอบถามผู้มาใช้บริการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง..... 119

ภาคผนวก ค แบบบันทึกประวัติการรักษา..... 123

ภาคผนวก ง แบบติดตามกลุ่มตัวอย่างระหว่างการรักษา..... 125

ภาคผนวก จ มาตรวัดความเจ็บปวด 128

ภาคผนวก ฉ แบบสำรวจสุขภาพ Short-Form 36 (SF-36) 131

ประวัติผู้วิจัย 137

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกที่เจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อยึดเสริมจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข รายภาคต่อประชากรพันคน ปี พ.ศ. 2542-2548................................	16
2	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานจากระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่าง พ.ศ. 2544-2548......	17
3	ดัชนีปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบที่สัมพันธ์กับภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก..........	35
4	ดัชนีปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในประเทศกำลังพัฒนา..	38
5	มิติสุขภาพในเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพ..	40
6	มิติสุขภาพที่ใช้วัดในภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกบางประเภท.........................	42
7	จำนวนคำถามในแบบสอบถาม SF-36………………………………...…..	48
8	ความหมายของคะแนนสูงและต่ำของแบบสอบถาม SF-36………………………	48
9	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง..	61
10	โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง..	63
11	การบริการแพทย์แผนไทยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ...	65
12	ระดับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินตนเองก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทย………………………………………………………………..	67
13	ระดับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินตนเองหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยจนครบ 5 ครั้ง……………………..…………...…………..	67
14	ระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทย……..........	69
15	ระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างหลังการรักษาด้วยการนวดไทย............................	70
16	การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทยกับภายหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยจนครบ 5 ครั้ง......	71
17	ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อและกระดูกก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย 1-4 ครั้ง (จำนวน 9 คน)................	72
18	คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกประเภทต่างๆ..	73
19	ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่าง………………………………………..	76

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่		หน้า

20 การรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยวิธีการอื่นๆ ในกลุ่มตัวอย่าง..................... 77

21 ประเภทของการรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยวิธีการอื่นในกลุ่มตัวอย่าง...... 78

22 การได้รับคำแนะนำในกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่ทำการรักษาด้วยการนวดไทย.......... 81

23 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป.. 82

24 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากด้วยการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์หรือเครื่องพิมพ์ดีดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมง.. 83

25 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการใช้แรงเพื่อยกของหนัก.................... 83

26 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการใช้แรงเพื่อผลักหรือดันของหรือเข็นรถเข็น.. 84

27 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการใช้แรงเพื่อหอบ/หนีบสิ่งของหนัก... 84

28 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการใช้ท่าทรงตัวที่ไม่ปกติด้วยการใช้มือทั้งสองไว้เหนือศีรษะ หรือข้อศอกเหนือหัวไหล่เพื่อทำงานเดิมอย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน.. 85

29 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการใช้ท่าทรงตัวที่ไม่ปกติด้วยการนั่งยองหรือคุกเข่านานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือทำงานที่หลังต้องงอคอต้องก้มเงย ข้อมืองออย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน...... 85

30 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการทำงานที่ทำให้เกิดภาระสัมผัสมาก... 86

31 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการสั่นสะเทือนจากการใช้เครื่องมือที่มีการสั่นสะเทือนความถี่สูง.. 86

32 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการสั่นสะเทือนจากการใช้เครื่องมือที่มีความถี่ปานกลาง... 87

33 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างในลักษณะการเอนตัวนอน................................ 87

34 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างในลักษณะการลุกจากที่นอน.............................. 88

35 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการบริโภคอาหาร................................ 88

36 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการบริหารร่างกาย.......................... 89

37 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการประคบ..................................... 89

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่		หน้า

38 ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง………… 90
39 ประเภทของอาการข้างเคียงจากการนวดไทยในกลุ่มตัวอย่าง............................... 91
40 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิง.. 92
41 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Physical Functioning ในช่วงอายุต่างกัน... 93
42 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Role-Physical ในช่วงอายุต่างกัน 94
43 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Bodily Pain ในช่วงอายุต่างกัน.. 94
44 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน General Health ในช่วงอายุต่างกัน... 95
45 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Social Functioning ในช่วงอายุต่างกัน ……………………………………………………………… 96
46 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Vitality ในช่วงอายุต่างกัน........ 96
47 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Role-Emotional ในช่วงอายุต่างกัน... 97
48 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Mental Health ในช่วงอายุต่างกัน ……………………………………………………………… 98

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อและกระดูกแม้จะไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตทันทีทันใด แต่ก็ทำให้การทำงานของร่างกายผิดไปจากปกติ ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันหรือการทำงาน (Woolf et al. 2004 : 343) จนถึงระดับที่รุนแรงซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ (Disability) ต้องเป็นภาระให้กับผู้อื่นที่ต้องมาดูแล นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Roux et al. 2005 : 606-611 ; Woolf et al. 2004 : 342-347) และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล (Lubeck 2003 : 529-539) ทั้งในส่วนของผู้ป่วยเองและหน่วยงานสาธารณสุขต้องจัดสรรทรัพยากรไว้ให้มีบริการรักษาพยาบาล เช่น บุคลากรทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ตรวจทางห้องปฏิบัติการและการถ่ายภาพรังสี เป็นต้น (WHO Scientific Group 2003 : 92)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากข้อมูลการประมาณอุบัติการณ์ และความชุกความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal Disorders) ในประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก 6 ภูมิภาค (African Region, Region of the Americas, South-East Asia Region, European Region, Eastern Mediterranean Region, and the Western Pacific Region) พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นตามอายุของประชากร (WHO Scientific Group 2003 : 92) เนื่องจากนโยบายด้านสาธารณสุขที่ผ่านมามุ่งเน้นการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อ ทำให้โรคไม่ติดเชื้อบางโรคที่ไม่ได้อยู่ในนโยบายหลักมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น คาดการณ์ว่าหากขาดการจัดการที่ดีในอนาคตกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีจะเพิ่มเป็น 2 เท่าในปีพ.ศ. 2568 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2540 (Walsh 2004 : 1395-1396) ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2553 องค์การอนามัยโลกมีนโยบายในการรณรงค์ในเรื่องนี้ภายใต้โครงการ The Bone and Joint Decade (BJD) โดยมีความมุ่งหมายที่จะแก้ปัญหาโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น โรคข้อ โรคกระดูกพรุน โรคข้อเสื่อม โรคข้อรูมาตอยด์ โรคปวดหลังส่วนล่าง ความผิดปกติในกระดูกสันหลัง การเจ็บปวดอย่างรุนแรงของอวัยวะส่วนปลาย ภาวะทุพพลภาพ และอวัยวะที่ผิดรูปในเด็กเล็ก เป็นต้น และเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกทั่วโลก วัตถุประสงค์การดำเนินการของโครงการ BJD คือ 1) ให้สังคมเพิ่มความตระหนักถึงการเพิ่มขึ้นของสภาวะโรคในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก 2) สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้วย

ตนเอง 3) สนับสนุนให้มีการป้องกันและรักษาความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพด้วยต้นทุนต่ำ 4) ทำความเข้าใจในภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยการวิจัยเพื่อปรับปรุงในเรื่องของการป้องกันและการรักษา (Walsh 2004 : 1396-1397; The Bone and Joint Decade 2005)

สำหรับสถานการณ์ของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบได้โดยทั่วไป จากสถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2547 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2548) รายงานผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อยึดเสริม (Disease of the musculoskeletal system and connective tissue) ทั้งประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) จำนวน 9,617,899 คน คิดเป็นอัตราต่อประชากรพันคนเท่ากับ 172.83 ในภาคเหนือมีจำนวน 3,106,788 คน คิดเป็นอัตราต่อประชากรพันคนเท่ากับ 269.66 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวน 2,976,017 คน คิดเป็นอัตราต่อประชากรพันคนเท่ากับ 146 ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ) จำนวน 2,616,074 คน คิดเป็นอัตราต่อประชากรพันคนเท่ากับ 171.18 และภาคใต้จำนวน 1,021,020 คน คิดเป็นอัตราต่อประชากรพันคนเท่ากับ 120.60 ในการวินิจฉัยและรักษาความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก นอกจากผู้ป่วยจะได้รับตามการรักษาของแพทย์แล้ว ผู้ป่วยยังใช้วิธีการรักษาอื่นๆ (การแพทย์ทางเลือก) ร่วมด้วย เช่น การฝังเข็ม การนวด การใช้ยาแผนโบราณ เพื่อช่วยบรรเทาหรือรักษาภาวะโรคที่เป็นอยู่ (Ernst 2004 : 539-556)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การแพทย์แผนไทยเป็นสิ่งที่อยู่คู่กับวัฒนธรรมไทยมาช้านาน มีหลักการในการรักษาและดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือการดูแลทั้งกาย สังคม และจิตใจของผู้ป่วย ในปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้รับการฟื้นฟูและปรับปรุงจนได้รับการผนวกเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาในระบบสาธารณสุข และมีการจัดตั้งหน่วยให้บริการการแพทย์แผนไทยขึ้นในโรงพยาบาล เพื่อช่วยในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพร่างกาย (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, อัญชลี อินทนนท์ และ ธารา อ่อนชมจันทร์, บรรณาธิการ 2539) การนวดถือเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนไทย การนวดมีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ เพิ่มการไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลือง ลดการบวม เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและเพิ่มความยืดหยุ่น คลายความตึงเครียด เพิ่มความตึงตัวของกระเพาะอาหาร ทำให้จิตใจลดความเครียดคลายความกังวล (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย 2535: 33-34) นอกจากนี้การนวดยังมีผลช่วยลดความเจ็บปวด ซึ่งอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ที่เชื่อว่าการนวด การลูบ การสัมผัส เป็นการกระตุ้นใยประสาทเส้นใหญ่ (Large Fiber) มากกว่ากระตุ้นใยประสาทส่วนเล็ก (Small Fiber) จึงเพิ่มการทำงานของเซลล์ เอส จี (Substantia gelatinosa: SG) แต่จะลดการ

ทำงานของเซลล์ที (Transmission cell: T cell) และส่งผลให้ปิดประตูทำให้กระแสที่นำความเจ็บปวดไม่สามารถขึ้นสู่สมองได้ จึงมีผลลดความเจ็บปวด (Lipton 1979 : 12-16)

การเจ็บป่วยจากโรคระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อยึดเสริมเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างหนึ่งในพื้นที่อำเภอท่ายางจากข้อมูล ปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อยึดเสริมคิดเป็นอัตราต่อประชากรพันคนเท่ากับ 362.01 (กระทรวงสาธารณสุข 2548) โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ได้จัดตั้งงานการแพทย์แผนไทยขึ้นในปี พ.ศ. 2546 และพ.ศ. 2547 มีผู้มาใช้บริการด้านการนวดไทย เฉลี่ยเดือนละ 302 ราย (รายงานการให้บริการการแพทย์แผนไทย 2548) แต่ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการให้บริการการนวดโดยเฉพาะการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มารับบริการ

ในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาผลการรักษาด้วยการนวดไทยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ที่มารับบริการจากงานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลท่ายาง จ.เพชรบุรี

ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

เพื่อประเมินผลการนวดไทยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่มารับบริการ ณ งานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย

สมมติฐานของการวิจัย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยจะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการนวดไทย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกรายใหม่ก่อนและหลังที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย ณ งานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลท่ายาง อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี ในช่วงเดือนมกราคม – มีนาคม 2549

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. เป็นแนวทางในการนำการนวดไทยไปใช้ในการรักษาและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

นิยามศัพท์เฉพาะ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง คุณค่าที่ให้แก่ช่วงเวลาของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากความเจ็บป่วย สภาพการทำงานของร่างกาย ความคิดเห็นและโอกาสทางสังคมที่ได้รับอิทธิพลจากโรค การบาดเจ็บ การรักษาพยาบาลและนโยบายสุขภาพ (Selby 1987: 182, อ้างถึงใน ทิพยาภรณ์ สมศักดิ์ 2545 : 9) ในการศึกษานี้หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแบบสำรวจสุขภาพ Short Form 36 ประกอบด้วยมิติสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวทางกาย (Physical Functioning) การจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางกาย (Role-Physical) หน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) การจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ (Role-Emotional) ความเจ็บปวด (Bodily Pain) สุขภาพจิต (Mental Health) พลังงาน (Vitality) และมุมมองด้านสุขภาพ (General Health Perceptions) (วัชรี เลอมานกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม 2548 : 69-88)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ หัวไหล่ติดอักเสบเฉียบพลัน หัวไหล่ติดเรื้อรัง ข้อเท้าแพลงด้านหน้า/ข้าง ปวดส้นเท้า/ลมปลายปัตฆาตส้นเท้า กระดูกงอกส้นเท้า สันนิบาตตาตก/อัมพาตใบหน้า สันนิบาตมือตก สันนิบาตตีนตก ปวดข้อศอก/ลมปลายปัตฆาตข้อศอก มือชา/ลมปลายปัตฆาตข้อมือ ปวดหลัง/ลมปลายปัตฆาต สัญญาณ 3 หลัง ปวดหลัง/ลมปลายปัตฆาต สัญญาณ 1 หลัง ปวดคอ/ลมปลายปัตฆาต สัญญาณ 5 หลัง ปวดคอ/ลมปลายปัตฆาต สัญญาณ 4 หลัง นิ้วไกปืน นิ้วเท้าและนิ้วมือซ้นและตะคริวน่อง ปวดเข่าเฉียบพลัน/จับโป่งน้ำเข่า ปวดเข่าเรื้อรัง/จับโป่งแห้งเข่า ปวดข้อเท้าเรื้อรัง/จับโป่งแห้งข้อเท้า ปวดข้อเท้าเฉียบพลัน/จับโป่งน้ำข้อเท้า ปวดสะโพก/สะโพกเบี่ยง ปวดหลังเนื่องจากข้อกระดูกสันหลังอักเสบ/ลำบอง สัญญาณ 1 หลัง ปวดหลังเนื่องจากข้อกระดูกสันหลังอักเสบ/ลำบอง สัญญาณ 3 หลัง และลมปราบ แต่ไม่รวมถึงโรคพาร์กินสัน อัมพาตครึ่งซีก/อัม

พฤกษ์ครึ่งซีก และอัมพฤกษ์สมองในเด็ก (วุฒิกิจ ธนะภูมิ และเพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, บรรณาธิการ 2547 : 97-98)

การนวดไทย หมายถึง การตรวจประเมิน การวินิจฉัย การบำบัด การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยวิธีการกด การคลึง การบีบ การดัด การดึง การประคบ การอบ หรือวิธีการอื่นตามศิลปะการนวดไทย หรือการใช้ยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ทั้งนี้ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2544)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 2

ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลการนวดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

- ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก
- สถานการณ์การเจ็บป่วยในกลุ่มโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในประเทศไทย
- การนวดไทย
- การวัดคุณภาพชีวิต

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. สรีรวิทยาและการทำงานของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (สสิธร เทพตระการพร 2534 : 109-119)

การเคลื่อนไหวของร่างกายต้องอาศัยการทำงานของกล้ามเนื้อลาย กระดูก และข้อต่อโดยการสั่งการของสมองผ่านไขสันหลังไปตามเส้นประสาทสั่งการเคลื่อนไหวไปยังกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อ 1 มัดประกอบด้วยเส้นใยกล้ามเนื้อจำนวนมาก ตั้งแต่ 1 แสนถึง 1 ล้านเส้นใย และมีขนาดความยาวตั้งแต่ 5-140 เซนติเมตร ส่วนปลายของกล้ามเนื้อจะรวมไปกับเส้นเอ็นซึ่งมีความแข็งและไม่ยืดหยุ่น โดยติดแน่นอยู่กับกระดูกโครงร่างของร่างกาย

คุณสมบัติที่สำคัญที่สุดของกล้ามเนื้อคือ การหดตัวของกล้ามเนื้อ (Muscular contraction) โดยสามารถหดตัวได้ถึงครึ่งหนึ่งของความยาวปกติ เนื่องจากเส้นใยกล้ามเนื้อแต่ละเส้นประกอบด้วยโปรตีนหลายชนิด ที่สำคัญคือ แอคติน (Actin) และมัยโอซิน (Myosin) โปรตีนทั้ง 2 ชนิดนี้อยู่ในรูปของเส้นใยซึ่งจะเลื่อนไถลเข้าซ้อนกันในขณะที่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ เมื่อเส้นใยกล้ามเนื้อแต่ละเส้นหดตัวจะเกิดแรงซึ่งเป็นพลังงานกลซึ่งเปลี่ยนแปลงมาจากพลังงานเคมีที่สะสมอยู่ในกล้ามเนื้อนั้น พลังงานถูกปลดปล่อยออกมาโดยปฏิกิริยาทางเคมีที่เกิดขึ้นในโมเลกุลของแอคตินและมัยโอซิน แหล่งพลังงานที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อ คือสารประกอบฟอสเฟตพลังงานสูง (Adenosine triphosphate, ATP) ซึ่งจะปล่อยพลังงานออกมาจำนวนมากกลายเป็น

สารประกอบฟอสเฟตพลังงานต่ำ (Adenosine diphosphate, ADP) หลังจากนั้นจะกลับสู่สภาวะพลังงานสูงได้ตามเดิมอีกโดยใช้พลังงานจากกลูโคส ไขมันและโปรตีน กลูโคสเป็นน้ำตาลที่สำคัญที่สุดในกระแสเลือด และเป็นแหล่งพลังงานหลักที่ถูกใช้ในงานที่ต้องการใช้พลังงานมากๆ ในขณะที่ไขมันและโปรตีนเป็นแหล่งพลังงานหลักที่ถูกใช้ขณะพักหรือขณะทำงานที่ใช้พลังงานปานกลาง กลูโคสจะผ่านออกจากกระแสเลือดเข้าไปในเซลล์ร่างกาย แล้วแปรสภาพไปเป็นกรดพัยรูวิค ซึ่งในสภาวะที่ร่างกายมีออกซิเจนเพียงพอจะทำปฏิกิริยาเกิดเป็นน้ำและคาร์บอนไดออกไซด์และปล่อยพลังงานออกมาจำนวนมาก ในกรณีที่ร่างกายขาดออกซิเจน กรดพัยรูวิคจะถูกเปลี่ยนไปเป็นกรดแลคติคซึ่งมีบทบาทสำคัญทำให้เกิดความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อและปล่อยพลังงานออกมาได้น้อยกว่า

หลังจากที่ทำงานหนักร่างกายจะพยายามทดแทนสภาวะการขาดออกซิเจน โดยการหายใจแรงๆ หรือหอบเพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้นในการเปลี่ยนกรดแลคติคให้กลายเป็นกรดพัยรูวิคตามเดิม เนื่องจากกลูโคสและออกซิเจนซึ่งมีความสำคัญในการสร้างพลังงานจะถูกเก็บไว้ที่กล้ามเนื้อในปริมาณเพียงเล็กน้อยเท่านั้น จึงต้องได้รับจากเลือดอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นเลือดจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการจำกัดประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ ในขณะทำงานหนักกล้ามเนื้อหัวใจก็จะทำงานหนักตามไปด้วยเพื่อเพิ่มการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ รวมไปถึงการเพิ่มความดันเลือด และการขยายตัวของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การออกแรงโดยใช้กล้ามเนื้อแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ ลักษณะการออกแรงที่กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหว (Dynamic effort) และลักษณะกล้ามเนื้อหดตัวอยู่กับที่ (Static effort) ในท่าต่างๆ การออกแรงของกล้ามเนื้อทั้ง 2 แบบนี้มีความแตกต่างกัน คือ ขณะที่ต้องหดเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ เช่น การยกของหนักค้างไว้ หลอดเลือดจะถูกกดด้วยแรงดันภายในเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อนั้น ทำให้เลือดไม่สามารถผ่านไปหล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อนั้นๆได้ ส่วนการใช้กล้ามเนื้อแบบที่มีการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนที่ เช่น การหมุนพวงมาลัย หรือการเดินไปมา กล้ามเนื้อจะทำหน้าที่เหมือนเครื่องสูบฉีดเลือด คือเมื่อกล้ามเนื้อหดตัวแรงดันภายในกล้ามเนื้อจะช่วยขับเลือดออกจากกล้ามเนื้อและในขณะที่กล้ามเนื้อคลายตัวเลือดก็จะไหลเข้าไปเลี้ยงกล้ามเนื้อนั้นในปริมาณที่มากกว่าปกติ ทำให้ขณะที่กล้ามเนื้อต้องทำงานเคลื่อนไหวไปมานั้นกล้ามเนื้อจะได้รับทั้งน้ำตาลและออกซิเจนจากเลือดในปริมาณมาก และขับของเสียคือกรดแลคติคออกไป ในทางตรงกันข้ามขณะที่กล้ามเนื้อต้องออกแรงมากแบบอยู่กับที่ กล้ามเนื้อส่วนนั้นจะไม่ได้รับน้ำตาลและออกซิเจนจากเลือด แต่จะได้จากส่วนที่สะสมอยู่ในกล้ามเนื้อเท่านั้น ทำให้กรดแลคติคไม่สามารถถูกกำจัดออกไปได้ เมื่อมีกรดแลคติคสะสมมากขึ้นจะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บที่กล้ามเนื้อนั้น เป็นเหตุให้เกิด

อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กลไกนี้ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำงานโดยหดเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ตลอดเวลาเป็นเวลานานได้ ความเจ็บปวดจะเป็นการเตือนให้ต้องหยุดทำงานเอง ในขณะที่การใช้กล้ามเนื้อแบบเคลื่อนไหวไปมาจะทำได้นานกว่าโดยไม่เกิดความเมื่อยล้าถ้าทำงานอย่างเหมาะสม

เมื่อเปรียบเทียบสภาพการทำงานระหว่างการออกแรงโดยใช้กล้ามเนื้อทั้งสองแบบ พบว่าการทำงานของกล้ามเนื้อแบบหดตัวอยู่กับที่จะทำให้มีการใช้พลังงานมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น และต้องการการหยุดพักที่นานกว่า ในสภาวะที่ออกซิเจนไม่เพียงพอกับการเผาผลาญของน้ำตาลจะทำให้ได้พลังงานที่น้อยมากและยังทำให้เกิดกรดแลคติคเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลรบกวนการทำงานของกล้ามเนื้อ ดังนั้นการขาดออกซิเจนในเลือดซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ขณะทำงานที่ต้องใช้กล้ามเนื้อแบบหดตัวอยู่กับที่จึงเป็นสาเหตุของการลดประสิทธิภาพในการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้เกิดความเมื่อยล้าได้มากกว่าการทำงานที่กล้ามเนื้อมีการเคลื่อนไหว

2. ความผิดปกติของกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่อ เนื่องจากการทำงาน

ในการทำงานแม้จะมีการออกแรงปานกลางในงานที่ทำอยู่กับที่ก็เป็นสาเหตุให้เกิดความล้าและความเจ็บปวดเฉพาะที่ได้ และถ้าต้องทำงานซ้ำๆ เช่นเดียวกันนี้ทุกวัน เป็นระยะเวลานานก็อาจเกิดความเจ็บปวดถาวรและความเสื่อมของกล้ามเนื้อนั้น ซึ่งอาจรวมไปถึงเส้นประสาท เอ็น เอ็นยึด ข้อต่อ กระดูกอ่อน หลอดเลือด และหมอนรองกระดูก รวมเรียกความผิดปกตินี้ว่า **ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก** (Musculoskeletal Disorders, MSDs) (สสิธร เทพตระการพร 2534 : 120-122) แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เกิดอาการแล้วหายได้ (Reversible MSD) และกลุ่มที่เกิดอาการแล้วเป็นถาวร (Persistent MSD) กลุ่มที่เป็นแล้วหายได้จะใช้เวลาสั้นคือเมื่อมีอาการปวดเฉพาะที่ของกล้ามเนื้อและเอ็นจะสามารถหายได้เมื่อเลิกทำงาน ส่วนกลุ่มที่อาการเป็นถาวรนั้นนอกจากจะปวดที่กล้ามเนื้อและเอ็นนั้นๆ แล้วยังลุกลามไปถึงข้อต่อและเนื้อเยื่อที่อยู่ใกล้เคียงอีกด้วย เมื่อหยุดงานอาการจะไม่หายไป แต่ยังคงปวดต่อเนื่องไปอีก เนื่องจากเกิดการอักเสบและการเสื่อมของเนื้อเยื่อที่ต้องทำงานหนัก ปัญหาความผิดปกติของกล้ามเนื้อกระดูกและข้อจะรุนแรงมากขึ้น หากยังคงทำงานแบบเดิมไปเรื่อยๆ โดยไม่มีการปรับปรุงสภาพการทำงาน และอาจนำไปสู่การอักเสบเรื้อรังของเอ็นหรืออาจส่งผลต่อการเสียรูปร่างของข้อได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก (กิตติ อินทรานนท์ 2548 : 259-261 ; United State Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration 2006) ได้แก่ การเคลื่อนไหวที่ซ้ำซาก (Repetitive motion) การใช้แรงมาก (Excess force) ท่าทรงตัวที่ไม่ปกติ (Awkward postures) ภาระสัมผัสมาก (Contact stress) แรงกด (Compression) และการสั่นสะเทือน (Vibration)

2.1 **การเคลื่อนไหวซ้ำซาก** (Repetitive motion) เช่น การเคลื่อนไหวซ้ำซาก ด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที เป็นเวลาตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ คอ/ไหล่ มือ/ข้อมือ/แขน หลัง/เอว/สะโพก ขา/เข่า/ข้อเท้า หรือการใช้เครื่องมือ (เช่น แป้นพิมพ์และเมาส์) อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมง ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ คอ/ไหล่ มือ/ข้อมือ/แขน

ตัวอย่างกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำซาก เช่น การใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ การเล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ การทำงานในระบบสายพานในโรงงานอุตสาหกรรม การยืนอยู่กับที่ส่งผลต่อขาและเท้าและทำให้เกิดเส้นเลือดขอดได้

การทำงานที่ซ้ำซากอย่างมากจะมีผลต่อเนื้อเยื่อต่างๆ เช่น งานที่มีความฝืดจะมีการรบกวนเอ็นที่ใช้ในการงอเหยียดนิ้วอาจทำให้เกิดเป็นเส้นเอ็นอักเสบ (Tendonitis) และเหนี่ยวนำให้เกิดการเพิ่มความดันใน Carpal canal การทำงานซ้ำซากปานกลางสามารถป้องกันกล้ามเนื้อได้ เพราะช่วยเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และเพิ่มการไหลเวียนเลือดในกล้ามเนื้อ จึงเป็นการช่วยบรรเทาการเกิดความเครียดของกล้ามเนื้อแบบหดตัวอยู่กับที่

2.2 **การใช้แรงมาก** (Excess force) ได้แก่

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

- การยกของหนักกว่า 75 ปอนด์ (34 กิโลกรัม) หรือยกหนักกว่า 55 ปอนด์ (25 กิโลกรัม) บ่อยครั้งมากกว่า 10 ครั้ง/วัน หรือยกหนักกว่า 25 ปอนด์ (11 กิโลกรัม) ในระดับต่ำกว่าเข่า หรือยกสูงกว่าไหล่ หรือยกเมื่อเหยียดแขน บ่อยครั้งมากกว่า 25 ครั้ง/วัน ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ คอ/ไหล่ มือ/ข้อมือ/แขน หลัง/เอว/สะโพก ขา/เข่า/ข้อเท้า

- การเข็นกล่องหนักกว่า 65 ปอนด์ (30 กิโลกรัม) บนพื้นกระเบื้อง หรือเข็นรถเข็นที่มีของหนัก 40 ปอนด์ (18 กิโลกรัม) เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ คอ/ไหล่ มือ/ข้อมือ/แขน หลัง/เอว/สะโพก ขา/เข่า/ข้อเท้า

- การหนีบสิ่งของหนักมากกว่า 2 ปอนด์ (1 กิโลกรัม) ด้วยมือแต่ละข้าง หรือหนีบแฟ้มนานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ มือ/ข้อมือ/แขน

- การจับสิ่งของหนัก 10 ปอนด์ (4.5 กิโลกรัม) โดยใช้มือแต่ละข้าง เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ มือ/ข้อมือ/แขน

ตัวอย่างกิจกรรมที่ใช้แรงมาก เช่น การหิ้วของจ่ายตลาด กรรมกรที่ต้องแบกของหนัก เกษตรกรที่ต้องขนส่งผลิตผล

2.3 **ท่าทรงตัวที่ไม่ปกติ** (Awkward postures) ได้แก่

- การทำงานที่ต้องใช้มือทั้งสองไว้เหนือศีรษะหรือข้อศอกเหนือหัวไหล่อย่างซ้ำซาก เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ คอ/ไหล่ มือ/ข้อมือ/แขน หลัง/เอว/สะโพก

- นั่งยองๆทำงาน หรือคุกเข่านานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ หลัง/เอว/สะโพก ขา/เข่า/ข้อเท้า

- การทำงานที่หลังต้องงอ คอต้องก้ม-เงย ข้อมือต้องงอ อย่างซ้ำซาก เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ คอ/ไหล่ มือ/ข้อมือ/แขน หลัง/เอว/สะโพก

ตัวอย่างกิจกรรมที่มีท่าทรงตัวที่ไม่ปกติ เช่น การนั่งโดยไม่มีพนักพิงหลัง ส่งผลต่อกล้ามเนื้อหลัง การนั่งเก้าอี้สูงเกินไป ส่งผลต่อหัวเข่า น่องและเท้า การนั่งเก้าอี้เตี้ยเกินไปส่งผลต่อไหล่และคอ การทำงานที่ลำตัวต้องโค้งไปข้างหน้าขณะนั่งหรือยืนส่งผลต่อกล้ามเนื้อกระดูกบริเวณหลังและสะโพกและอาจทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมได้ การทำงานที่ต้องยื่นแขนออกไปข้างหน้า ข้างๆ หรือข้างบน ส่งผลต่อไหล่และแขนส่วนบน การทำงานที่ศีรษะเอนไปข้างหน้าหรือข้างหลัง ส่งผลต่อคอ และอาจทำให้หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.4 **ภาระสัมผัสมาก** (Contact stress) ได้แก่ การใช้มือหรือเข่าเสมือนว่าเป็นค้อนทุบหรือตอกมากกว่า 10 ครั้งต่อชั่วโมง ต่อเนื่องนานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ มือ/ข้อมือ/แขน ขา/เข่า/ข้อเท้า

2.5 **แรงกด** (Compression) แรงกดที่กระทำต่อเนื้อเยื่อ เป็นผลจากการสัมผัสกับปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยภายในของร่างกาย ขึ้นอยู่กับเนื้อเยื่อที่ถูกกดนั้นๆว่าได้รับปัจจัยใด โดยจะให้ผลลัพธ์ที่ต่างกันออกไป

แรงกดที่เกิดจากปัจจัยภายนอก มักเกิดกับอุปกรณ์ที่มีขอบแหลม เช่น ที่จับของเครื่องมือ ขอบที่นั่ง/โต๊ะทำงาน มุมของเครื่องมือต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดการรวมของแรงกระทำต่อพื้นที่เล็กๆของร่างกาย เป็นผลให้เกิดแรงกดเฉพาะที่ขนาดสูง แรงดันที่เกิดขึ้นสามารถกดเส้นประสาท หลอดเลือดและเนื้อเยื่ออ่อนได้ เป็นสาเหตุให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่ออย่างเฉพาะเจาะจง เช่น มีการทำลายระบบสื่อประสาท จึงลดการไหลเวียนโลหิต เกิดกลไกทำลายเอ็นและ Tendon sheaths โดยทั่วไปความผิดปกติมักเกิดที่มือและข้อมือ นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกได้ที่ส่วนปลายแขน ข้อศอก และหัวไหล่ได้อีกด้วย

ตัวอย่างกิจกรรมที่มีแรงกด เช่น การใช้กรรไกรเป็นเวลานาน เป็นสาเหตุให้เกิดการทำลายเส้นประสาทข้างๆ นิ้วมือ

แรงกดที่เกิดจากปัจจัยภายใน ปัจจัยภายในร่างกาย ได้แก่ เส้นประสาท หลอดเลือด และเนื้อเยื่ออ่อนอื่นๆ ซึ่งถูกกดภายใต้สภาวะบางอย่าง เช่น มีการออกแรงมาก การใช้ท่าทางผิด การอยู่กับที่ และหรือการเคลื่อนไหวที่มีความเร็วและความเร่งสูง เช่น Strong abduction หรือ extension ของแขนส่วนบน การเอี้ยวคออยู่ในท่าผิด สามารถกดเส้นประสาทและหลอดเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนแขน ผลของการถูกกดทำให้เส้นประสาทและหรือหลอดเลือดถูกทำลาย หรือในที่สุดเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อที่เส้นประสาทและหลอดเลือดนั้นๆสัมพันธ์อยู่

2.6 **การสั่นสะเทือน** (Vibration) การใช้เครื่องมือที่มีการสั่นสะเทือนความถี่สูง เช่น เลื่อยยนต์ เครื่องเจาะถนน และเครื่องมือที่คล้ายกัน นานกว่า 30 นาที/วัน ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ คอ/ไหล่ มือ/ข้อมือ/แขน หลัง/เอว/สะโพก

การใช้เครื่องมือที่มีความถี่ปานกลาง เช่น เลื่อนสายพาน เครื่องขัด เครื่องเจียระไน เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ส่วนของร่างกายที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ คอ/ไหล่ มือ/ข้อมือ/แขน

การสั่นสะเทือนบางส่วนหรือการสั่นสะเทือนที่กระทำต่อมือ จะทำให้เกิดการทำลายทั้งใยประสาทขนาดเล็ก (Small-unmyelinated nerve fibers) และหลอดเลือดขนาดเล็กที่นิ้วมือ หากการสั่นสะเทือนเกิดขึ้นทั้งร่างกายหรือการสั่นสะเทือนกระทำต่อร่างกายส่วนล่างและหรือหลังเป็นสาเหตุของการปวดหลังส่วนล่าง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. **ความเจ็บปวด** (Concept of Pain)

ความเจ็บปวดในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เป็นผลจากการทำกิจกรรมประจำวันของร่างกายเช่น การเคลื่อนไหวที่เกิดการกระตุก การเคลื่อนไหวที่ใช้ท่าทางไม่ถูกต้อง การเคลื่อนไหวซ้ำซาก การใช้กล้ามเนื้อทำงานมากเกินไป การทำงานที่ทำให้อวัยวะบางส่วนไม่มีการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน การใช้ท่าทางที่ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความเครียด (Strain) หรือการเกิดอุบัติเหตุ อันส่งผลให้เกิดการสึกหรอและฉีกขาดของเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ เกิดเป็นความรู้สึกเจ็บปวด

ความหมายของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวด คือ ความรู้สึกส่วนตัวของบุคคล เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตราย และมีส่วนประกอบที่สำคัญ คือ สิ่งกระตุ้นทางกายและจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น

ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory)

เมลแซค (Melzack) และวอลล์ (Wall) ได้เสนอทฤษฎีควบคุมประตูขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1965 เป็นทฤษฎีที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บปวดกับอารมณ์ โดยกล่าวว่าการรับรู้ความเจ็บปวด (Perception of pain) ของบุคคลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทั้งทางสรีรวิทยาและทางจิต

ซึ่งมีผลทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือเปลี่ยนแปลงความเจ็บปวด โดยอธิบายถึงกระแสประสาทที่นำเข้าจากส่วนต่างๆ ของร่างกายจะถูกปรับสัญญาณที่ระดับไขสันหลัง ซึ่งประกอบด้วยกลไกการควบคุมที่ระดับไขสันหลัง (Spinal gating system) ระบบควบคุมส่วนกลาง (Central control system) ระบบความโน้มเอียงส่วนกลาง (Central biasing system) และระบบแสดงผล (Action system) (ภาพที่1) (Melzack and Wall 1965 : 971-979; Ignatavicius, Workman and Mishler 1995 : 120)

1. กลไกการควบคุมที่ระดับไขสันหลัง ประกอบด้วยกระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ (Large fiber) ใยประสาทขนาดเล็ก (Small fiber) เซลล์เอส.จี. และเซลล์ที. (Transmission cell หรือ Trigger cell) เมื่อมีกระแสประสาทนำเข้าจากใยประสาทเส้นใหญ่และใยประสาทเส้นเล็ก เซลล์เอส.จี. จะทำหน้าที่เปรียบเสมือนประตูเปิด-ปิดโดยจะทำหน้าที่ส่งเสริมหรือยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยัง เซลล์ ที. กล่าวคือกระแสประสาทจากใยประสาทเส้นใหญ่ เมื่อผ่านเซลล์เอส.จี. จะกระตุ้นการทำงานของเซลล์ในเอส.จี. มีผลไปยับยั้งการทำงานของเซลล์ที. จึงไม่มีกระแสนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมองเรียกว่าประตูปิด (Close the gate) ส่วนกระแสประสาทจากใยประสาทเส้นเล็กจะยับยั้งการทำงานของเซลล์ในเอส.จี. ซึ่งมีผลทำให้กระตุ้นการทำงานของเซลล์ ที ทำให้มีกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมองเรียกว่าประตูเปิด (open the gate) จากนั้นกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดจะไปประสานประสาทกับเซลล์ประสาทลำดับที่สอง (second-order pain-transmission) (Baymer, Huether and Schoessler 1994: 442) แล้วข้ามมายังด้านเว็นทรัล ฮอร์น (ventral horn) ขึ้นไปสู่สมองโดยทางแลเทอรัลสไปโนธาลามิค แทรค (lateral spinothalamic tract) ซึ่งประกอบด้วยใยประสาท 2 กลุ่มที่นำส่งกระแสประสาทไปยังสมอง (สุพร พลยานันท์ 2528 : 20 ; พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน 2534 : 367) ดังนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.1 นีโอสไปโนธาลามิค แทรค (Neospinothalamic tract) ใยประสาทในทางเดินนี้ส่วนใหญ่เป็นใยประสาทเอ-เดลต้า นำกระแสประสาทไปยังดอร์ซัล ธาลามัส (Dorsal thalamus) เป็นส่วนรับรู้ความเจ็บปวดแล้วส่งต่อยังเซนซอรี่ คอร์เท็กซ์ (Sensory cortex) เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตำแหน่งและความรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดและทราบว่าความเจ็บปวดเกิดขึ้นที่ใด

1.2 พาลีโอสไปโนธาลามิค แทรค (Paleospinothalamic tract) ใยประสาทส่วนใหญ่เป็นใยประสาทซี นำกระแสประสาทไปยังเรติคูลาร์ ฟอร์เมชั่น (Reticular formation) ธาลามัส (Thalamus) ไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) ระบบลิมบิค (Limbic) และฟอร์นทัล คอร์เท็กซ์ (Fontal cortex) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด

2. ระบบควบคุมส่วนกลาง จะรับกระแสประสาทนำเข้าจากใยประสาทนีโอสไปโนธาลามิค แทรค และพาลีโอสไปโนธาลามิค แทรค ซึ่งจะส่งข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่อันตรายไปสู่ธาลามัส และจากธาลามัสข้อมูลจะถูกส่งผ่านไปที่เปลือกสมองใหญ่และระบบลิมบิค ดังได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งระบบควบคุมส่วนกลางนี้แบ่งการทำงานออกเป็น 3 ส่วนคือ

2.1 ส่วนจำแนกความรู้สึกและแยกแยะ (Sensory-discriminative component) เป็นหน้าที่ของเปลือกสมองใหญ่ที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ตำแหน่ง ลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บปวด

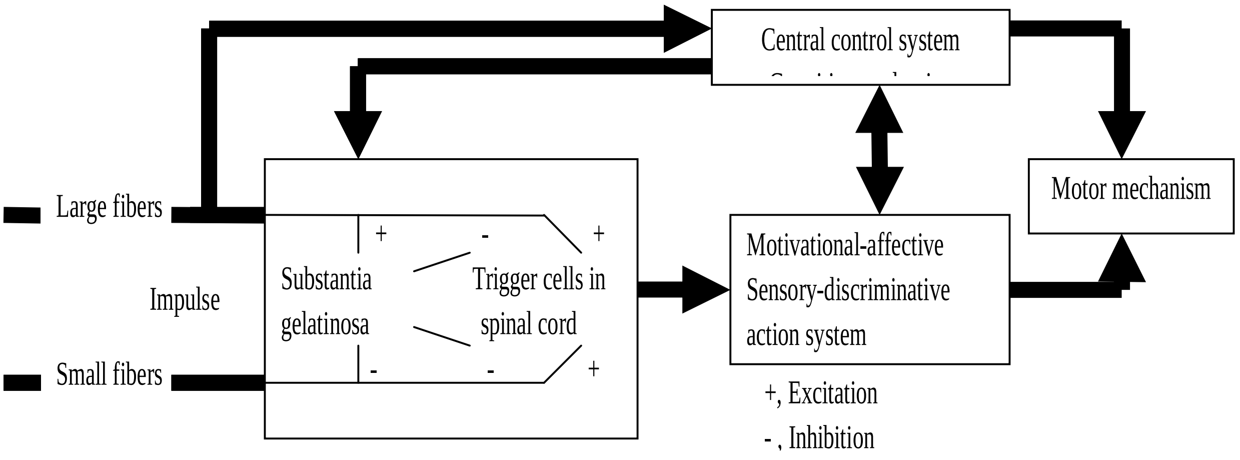
2.2 ส่วนกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Motivation-affective component) ประกอบด้วยธาลามัส เปลือกสมองใหญ่ และระบบลิมบิค ซึ่งจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่สุขสบาย ความไม่พึงพอใจต่อความเจ็บปวด

2.3 ส่วนการรับรู้และจดจำ (Cognitive component) เป็นหน้าที่ของเปลือกสมองใหญ่ที่จะวิเคราะห์ความรุนแรงหรือความสำคัญของสิ่งกระตุ้น โดยการผสมผสานข้อมูลจากระบบประสาทส่วนปลายและส่วนกลางเกิดการรับรู้และจดจำข้อมูล ซึ่งจะครอบคลุมไปถึงการให้ข้อมูลและการริเริ่มกลวิธีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การทำงานของทั้ง 3 ส่วนนี้จะสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและประสานกันทำให้รับรู้ถึงความเจ็บปวด สามารถบอกถึงลักษณะ ตำแหน่ง และความรุนแรงของความเจ็บปวด รวมไปถึงการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นนั้นๆ ด้วย

3. ระบบความโน้มเอียงส่วนกลาง ส่วนนี้อยู่ที่บริเวณเรติคิวลาร์ ฟอร์เมชั่นของก้านสมอง ทำหน้าที่รักษาระดับของตัวกระตุ้นความรู้สึก (Sensory input) ที่ไปสู่ส่วนอื่นๆ ของสมองให้เหมาะสม โดยมีกระแสประสาทไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากส่วนปลาย เพื่อจัดสัดส่วนของการรับกระแสประสาทเข้าอย่างเหมาะสม ถ้าตัวกระตุ้นความรู้สึกเพิ่มขึ้นส่วนที่ยับยั้งการนำเข้าก็เพิ่มขึ้นด้วย การทำงานของระบบนี้จะมีอิทธิพลต่อระบบควบคุมส่วนกลางหรือได้รับอิทธิพลจากระบบควบคุมส่วนกลาง โดยจะมีการส่งกระแสประสาทไปปรับสัญญาณการทำงานของระบบควบคุมประตูที่ไขสันหลังได้ด้วย



ภาพที่ 1 แสดงการทำงานของทฤษฎีควบคุมประตู
ที่มา : Huether E. Sue and Kathy L. McCance, "Pain," In Understanding Pathophysiology (St. Louis : Mosby, 1996), 320-326.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วิถีประสาทความเจ็บปวด นอกจากจะมีกลุ่มใยประสาทนำขึ้น (Ascending fiber) เพื่อทำหน้าที่รับรู้และแปลผลตลอดจนมีการเร้าทางอารมณ์แล้ว ยังมีกลุ่มใยประสาทนำลง (Descending fiber) จากระบบประสาทส่วนกลางบริเวณเปลือกสมองใหญ่ (Cerebral cortex) และสมองส่วนกลาง (Mid brain) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับเตรียมพร้อม อารมณ์ และความจำจากประสบการณ์ในอดีตนำส่งลงมาควบคุมประสาทนำเข้าด้วย โดยนำส่งพลังประสาทมายังไขสันหลังบริเวณ ดอร์ซัล ฮอร์นเพื่อควบคุมความเจ็บปวด และเรียกใยประสาทส่วนนี้ว่า เดสเซนดิ้ง คอนโทรล ซีสเต็ม (Descending control system) โดยการหลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีนออกมา (สุพร พลยานันท์ 2528 : 21-22, 31-32)

ทฤษฎีควบคุมความเจ็บปวดภายใน (Endogenous Pain Control Theory)

เป็นการควบคุมความเจ็บปวดที่อาศัยการหลั่งของสารในร่างกายที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Endogenous opioid) ออกมา ซึ่งจะมีฤทธิ์ในการยับยั้งความเจ็บปวดได้เช่นเดียวกับยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟีน สำหรับทางเดินของประสาทในการควบคุมความเจ็บปวดนั้นมีการควบคุมจากผิวสมอง (Cortex) และไฮโปธาลามัส โดยผ่านลงมายังระดับสมองส่วนกลาง (Midbrain periaqueductal gray) และบริเวณส่วนบนๆ ของเมดัลลา (Medulla) ซึ่งในที่สุดจะมาควบคุมที่บริเวณดอร์ซัล ฮอร์น ของระดับไขสันหลัง (Curtis 1994 : 985) กลไกการปรับสัญญาณนำเข้าใน

ระดับไขสันหลังตามทฤษฎีควบคุมประตูซึ่งเชื่อว่าเป็นการควบคุมประตูให้ปิดหรือเปิดนั้น เป็นการยับยั้งการทำงานระหว่างสารเคมี 2 ชนิด คือเอนเคฟาลิน และสาร พี. (Substance P.) กล่าวคือเมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้น ใยประสาทขนาดเล็กจะปล่อยสารพี. ณ บริเวณดอร์ซัล ฮอร์นของไขสันหลังขณะเดียวกันใยประสาทขนาดใหญ่และใยประสาทนำลงจากสมอง (Descending inhibitory system) จะปล่อยสารเคมีไปกระตุ้นเซลล์ของเอส.จี. ให้ปล่อยสารเอนเคฟาลิน ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของสารพี. ทำให้ไม่มีสัญญาณไปกระตุ้นเซลล์ ที. จึงไม่มีพลังประสาทส่งไปยังสมอง แต่ถ้าเมื่อใดเอนเคฟาลินไปยับยั้งการทำงานของสาร พี. ไม่หมด จะกระตุ้นเซลล์ ที. ให้ส่งสัญญาณไปยังสมองและเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น จึงเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่าภายในร่างกายมีขบวนการควบคุมความเจ็บปวดอยู่ (สุพร พลยานันท์ 2528 : 32-33)

สำหรับสารที่สร้างขึ้นภายในร่างกายและมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีนนี้ สามารถจำแนกได้ 2 กลุ่มคือ เอนเคฟาลิน (Enkephalins) และเอนดอร์ฟีน (Endorphins) (Gauntlett 1994 : 254; Ignatavicius; Workman and Mishler 1995 : 122-123)

1. เอนเคฟาลิน เป็นสารที่ประกอบด้วยกรดอะมิโน 5 ตัว (Pentapeptides) ซึ่งมี 2 ชนิดคือ เมทิโอนีน เอนเคฟาลิน (Methionine enkephalin) และลูซีน เอนเคฟาลิน (Lusine enkephalin) ซึ่งกระจายอยู่อย่างกว้างขวางทั้งในสมองและดอร์ซัล ฮอร์นของไขสันหลัง ซึ่งเอนเคฟาลินนี้จะช่วยยับยั้งความเจ็บปวดโดยปิดประตูความเจ็บปวดระดับไขสันหลัง (Close the gate) และยับยั้งการส่งกระแสประสาทเจ็บปวดไปยังสมอง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. เอนดอร์ฟีน พบมากที่สุดที่ต่อมพิทูอิตารี่ (Pituitary gland) ซึ่งได้แก่ อัลฟา เอนดอร์ฟีน (α- endorphin) และเบต้า เอนดอร์ฟีน (β-endorphin) ซึ่งเอนดอร์ฟีนนี้จะออกฤทธิ์ควบคุมความเจ็บปวดได้ 2 ทาง (Watt-Watson and Long 1993 : 164) คือ

2.1 ออกฤทธิ์ที่ปลายประสาทตัวแรก (Presynaptically) โดยการยับยั้งการหลั่งของสารสื่อประสาทคือ สาร พี.

2.2 ออกฤทธิ์ที่ปลายประสาทตัวหลัง (Postsynaptically) โดยการยับยั้งการส่งผ่านของกระแสประสาทความเจ็บปวด (Pain impulse)

สถานการณ์การเจ็บป่วยในกลุ่มโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในประเทศไทย

ข้อมูลสุขภาพของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2542-2548 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกของสถานบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขที่เจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อยึดเสริมจำแนกตามภาคต่อประชากรพันคน (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) พบว่า อัตราการเจ็บป่วยทั้งประเทศ (ไม่รวม กทม.) มีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2542 ที่มีอัตราการเจ็บป่วยต่อประชากรพันคนเท่ากับ 137.83 โดยในปี 2548 มีอัตราการเจ็บป่วยต่อประชากรพันคนเท่ากับ 177.63 (ตารางที่ 1) นอกจากนี้จากรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2544-2548 พบว่ากลุ่มโรคกล้ามเนื้อและกระดูกมีการรายงานมากที่สุด โดยพบผู้ป่วยด้วยโรคนี้เฉลี่ยปีละ 946 ราย (แสงโสม เกิดคล้าย 2549)

ตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกที่เจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อยึดเสริม จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข รายภาคต่อประชากรพันคน ปี พ.ศ. 2542-2548*

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ปี	ทั้งประเทศ (ไม่รวมกทม)		ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง (ไม่รวมกทม)		ภาคใต้	
	จำนวน Number	อัตรา Rate	จำนวน Number	อัตรา Rate	จำนวน Number	อัตรา Rate	จำนวน Number	อัตรา Rate	จำนวน Number	อัตรา Rate
2542	7,653,537	137.83	2,375,598	195.92	2,709,165	127.68	1,674,015	118.06	894,759	111.77
2544	9,072,688	166.73	2,804,598	253.21	3,194,673	155.76	2,094,436	143.81	978,981	118.45
2545	9,452,707	172.22	3,445,996	283.89	2,854,971	138.52	2,151,060	156.15	1,000,680	119.65
2546	9,861,112	176.16	3,309,908	273.08	3,258,342	157.48	2,222,128	151.07	1,070,734	126.60
2547*	9,617,899	172.83	3,105,788	259.56	2,976,017	145.00	2,515,074	171.18	1,021,020	120.60
2548	10,044,728	177.63	3,081,077	259.72	3,003,280	141.01	2,850,653	191.14	1,109,718	130.94
หมายเหตุ *-ข้อมูลปี 2543 ไม่มีการแสดงเป็นรายภาค, ข้อมูลปี 2547 ขาดข้อมูลในจังหวัดเพชรบูรณ์และมหาสารคาม										

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, <u>จำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ (21 กลุ่มโรค) จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข</u>[ออนไลน์],เข้าถึงเมื่อ 28 มีนาคม 2549, เข้าถึงได้จาก http:// 203.157.19.191/

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานจากระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่าง พ.ศ. 2544-2548

กลุ่มโรค	ปี 2544	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	รวม
1. โรคปอดและทางเดินหายใจ	16	7	56	18	185	282
2. โรคเหตุสภาวะทางกายภาพ	7	4	9	6	84	110
3. โรคผิวหนัง	189	304	304	266	3222	4285
4. โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	165	856	758	496	2457	4732
5. พิษจากสัตว์	298	1106	541	382	731	3058
6. พิษจากพืช	24	59	66	95	240	484
7. พิษจากโลหะหนัก	3	1	4	1	3	12
8. พิษสารระเหยและตัวทำละลาย	1	7	5	6	252	271
9. พิษจากก๊าซ	19	1	2	2	152	176
11. พิษจากสารกำจัดแมลงศัตรูพืช/อื่นๆ	43	63	30	48	156	340

ที่มา : แสงโสม เกิดคล้าย, รายงานผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (เชิงรับ) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พ.ศ.2544-2549 [ออนไลน์], เข้าถึงเมื่อ 28 มีนาคม 2549, เข้าถึงได้จาก http:// 203.157.15.4/index.php?send=enocc.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การนวดไทย

1. ความเป็นมาของการนวดไทย

การนวดไทย เป็นวิธีการบำบัดและรักษาโรคของไทยที่มีมาตั้งแต่ดั้งเดิม เชื่อได้ว่าเริ่มต้นมาจากความพยายามในการบรรเทาอาการปวดเมื่อย ฟกช้ำ ด้วยการสัมผัสจับต้อง หรือกดบริเวณที่เจ็บเพื่อช่วยเหลือตนเอง และสะสมประสบการณ์มาเป็นการนวด โดยเริ่มจากการนวดด้วยตนเอง มีการนำท่าฤาษีดัดตนมาใช้ในการบริหารร่างกายและแก้ไขอาการต่างๆ ซึ่งท่าฤาษีดัดตนนี้ก็มีการนวดด้วยตนเองประกอบอยู่ด้วย ดังนั้นเมื่อการเจ็บป่วยอยู่ในตำแหน่งที่ไม่สะดวกต่อการนวดด้วยตนเอง จำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นช่วยนวด จึงได้พัฒนามาเป็นการนวดเพื่อช่วยเหลือกันเองภายในครอบครัว และกระจายกว้างขวางออกไปในชุมชน เกิดเรียนรู้สืบทอดกันมาและพัฒนาเป็นท่าต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการบำบัดรักษา จนถึงปัจจุบันผู้นวดจำเป็นต้องทราบถึงพื้นฐานการนวดทั้งตามหลักกายวิภาคศาสตร์ หลักการแพทย์แผนไทย จุดหรือตำแหน่งที่สำคัญในการนวด เพื่อให้การบำบัดรักษาเป็นไปด้วยความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (เสาวภา พรสิริพงษ์ และ พรทิพย์ อุศุรัตน์, บรรณาธิการ 2537 ; กัญจนา ดีวิเศษ, บรรณาธิการ 2544 : 170-176)

2. ลักษณะของการนวดไทย

ลักษณะของการนวดไทยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ (กัญจนา ดีวิเศษ 2544 : 176-179) คือ

ลักษณะที่ 1 เป็นการนวดแบบที่ผู้นวดใช้อวัยวะทุกส่วนทำการนวด เช่น มือ เข่า ศอก เท้า โดยผู้นวดจะเริ่มนวดที่ฝ่าเท้า อาจมีการดัด งอข้อและส่วนต่างๆของร่างกายของผู้ป่วยร่วมด้วย ในการนวดจะทำขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง นอนหงาย ตะแคง หรือนอนคว่ำ การนวดจะเน้นผลที่เกิดจากการกดและนวดคลึงตามจุดต่างๆ เพื่อการผ่อนคลาย

ลักษณะที่ 2 เป็นการนวดที่ผู้นวดจะใช้เฉพาะมือ นิ้วหัวแม่มือ ปลายนิ้ว และอุ้งมือในการนวด เริ่มนวดตั้งแต่ใต้เข่าลงมาที่ข้อเท้าหรือจากต้นขาลงมาถึงข้อเท้า ทำการนวดผู้ป่วยที่อยู่ในท่านั่ง นอนหงายและตะแคง ไม่นวดผู้ป่วยที่อยู่ในท่านอนคว่ำ และไม่มีการดัดงอข้อหรือส่วนใดๆของร่างกาย การนวดเน้นการกดให้เกิดผลต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อ โดยยึดหลักกายวิภาคศาสตร์ ให้เกิดผลต่อการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและการทำงานของเส้นประสาท

3. ข้อห้ามในการนวด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ได้แก่ ผู้เป็นไข้พิษ ไข้กาฬ มีตัวร้อนจัด มีอาการเจ็บกระดูกและขุมขน (ฝีดาษ บาดทะยัก) เป็นไส้ติ่งอักเสบใกล้แตก ผู้ป่วยมีโรคผิวหนังที่ติดต่อได้ มีอาการกระเพาะอาหารเป็นแผล หรือเป็นนิ่วในไต เป็นต้น (กัญจนา ดีวิเศษ 2544 : 185)

ไข้กาฬ ตำราเวชกรรมไทยในคัมภีร์ตักศิลาได้ให้ลักษณะของไข้กาฬ (คณะกรรมการและอาจารย์สมาคมโรงเรียนแพทย์แผนโบราณในประเทศไทย สำนักวัดพระเชตุพนฯ 2522 : 66-73) คือจำพวกโลหิตพิการเป็นพิษอย่างร้ายแรง มีรอยโรคที่ผุดออกมาภายนอก เป็นจุดแดงดำ ไม่มียอดเท่าเมล็ดถั่วเขียว เมล็ดถั่วดำ หรือเป็นวงโตขนาด 1-3 นิ้ว ผุดเป็นเม็ดเสมอผิวหนัง ในผิวหนัง ในเนื้อ ส่วนรอยโรคที่ผุดที่อวัยวะภายใน ถ้าผุดขึ้นที่ใด ทำให้ที่นั่นบวมหรืออ่อนเหลวไป อาการไข้จะเกิดขึ้นก่อนหรือหลังรอยโรคที่ผุดขึ้นภายนอกก็ได้ คนไข้ตัวร้อนจัด นอนซบเซาไม่ลืมหูลืมตา มีพิษร้อนภายในเป็นกำลัง มักจะตายใน 3-11 วัน เมื่อตายแล้ว จะเห็นตามผิวหนังเป็นแผ่น เป็นแว่น เป็นวงสีแดงไหม้เกรียม เล็บมือเท้าดำ ริมฝีปากดำไหม้ ขอบตาก็มีสีดำเช่นกัน ไข้กาฬ 10 อย่าง (กัญจนา ดีวิเศษ, บรรณาธิการ 2537 : 90-92) ได้แก่ ไข้ประกายดาษ ไข้ประกายเพลิง ไข้ออกหัด ไข้ออกเหือด ไข้งูสวัด (หรือตวัด) ไข้เริมน้ำค้าง ไข้เริมน้ำข้าว ไข้ลำลาบเพลิง ไข้ไฟลามทุ่ง ไข้กำแพงทะลาย ลักษณะอาการของไข้พิษไข้กาฬ คนไข้อาจรู้สึกเป็นปกติดี แล้วมีผื่นผุดจากภายในหรือเป็นไข้ 1-3 วันก่อนทำพิษต่างๆ แล้วผื่นจึงผุดขึ้นมา หรือผื่นผุดขึ้นมา 1-3 วันก่อนแล้วจึงมีไข้ก็ได้ ลักษณะผื่นจะผุดขึ้นมาเป็นแว่น เป็นวง เป็นเม็ด หรือเป็นเม็ดทรายทั่วตัว มีสีแดง สีเขียว หรือ

สีคราม ถ้าผื่นยังอยู่ลึก ยังไม่ผุด ให้เอาเทียนส่องดู อาการของคนไข้แล้วแต่กรณี อาจถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด ไม่ถ่ายปัสสาวะ บ้างอาเจียนเป็นเลือด บ้างชักคางแข็ง ตาเหลือกตากลับ ในบางรายอาจมีอาการดีซ่าน เหลืองไปทั้งตัว ไข้ทำพิษ หรือพิษกระทำภายใน มักมีอาการตัวร้อนดังเปลว (ไข้สูง) ร้อนในกระหายน้ำ ปากแห้ง คอแห้ง ฟันแห้ง (อาการของการขาดน้ำ) ตาแดงดั่งโลหิต หอบสะอึก ลิ้นกระด้างคางแข็ง (จากไข้สูง โดยไม่มีอาการชักก็ได้) เพ้อ ชัก และหมดสติ

4. ผลของการนวด

4.1 **กลไกของการนวดต่อร่างกาย** (Jacob 1960 : 95-105)

4.1.1 เกิดปฏิกิริยาทางเมแคนิค (Mechanical effects) การนวดทำให้เส้นเลือดดำส่วนพื้นผิว (Superficial vein) ลดความดันลง เลือดแดงไหลเวียนดีขึ้น ลดแรงดันภายในเส้นเลือดฝอย การซึมผ่านของเหลวออกนอกเซลล์ลดลง การคั่งของเลือดและน้ำเหลืองลดลงและลดความเจ็บปวดได้

4.1.2 ปฏิกิริยาทางด้านรีเฟล็กซ์ (Reflect effect) เป็นผลของการสะท้อนกลับเมื่อมีการนวด การกดที่แรงและลึก ผิวหนังจะมีรอยแดง ซึ่งเป็นผลทางทางเมแคนิค ทำให้เส้นเลือดฝอยขยายตัว เมื่อนวดและกดซ้ำๆ จะแดงกระจายทั่วไป และแดงมากขึ้นจากการขยายตัวของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Arteriole) ซึ่งเกิดจากรีเฟล็กซ์ของประสาทส่วนแอคซอน (Axon reflex mechanism) เมื่อนวดต่อไปอีกจะเกิดรอยแดงเป็นแผ่น (Wheal) และเพิ่มการขยายตัวของหลอดเลือดแดงอีก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

4.1.3 ผลต่อจิตใจ (Psychological aspects) การนวดและการสัมผัสที่ผิวหนังทำให้เกิดการรับความรู้สึกที่ดี มีการนำความรู้สึกที่อยู่ส่วนลึกของกล้ามเนื้อจากการกด (Proprioception) เข้าสู่ไขสันหลังและสมองทำให้การทำงานของระบบประสาทลดลง เกิดความพึงพอใจ มีการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นวดและผู้ได้รับการนวด

4.1.4 ผลต่อความเจ็บปวด ซึ่งอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ที่เชื่อว่าการนวด การลูบ การสัมผัส เป็นการกระตุ้นใยประสาทเส้นใหญ่ (Large fiber) มากกว่ากระตุ้นใยประสาทส่วนเล็ก (Small fiber) จึงเพิ่มการทำงานของเซลล์ เอส จี (Substantia gelatinosa: SG) แต่จะลดการทำงานของเซลล์ที (Transmission cell: T cell) และส่งผลให้ปิดประตูทำให้กระแสที่นำความเจ็บปวดไม่สามารถขึ้นสู่สมองได้ จึงมีผลลดความเจ็บปวด (Lipton 1979 : 12-16)

4.2 ผลของการนวดต่อระบบต่างๆของร่างกาย (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย 2535:33-34)

4.2.1 ระบบไหลเวียนโลหิต

การนวดทำให้เลือดถูกบีบออกไปจากบริเวณนั้น และมีเลือดใหม่เข้ามาแทนที่ ช่วยในการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง ในขณะที่บวมการนวดจะทำให้บริเวณนั้นนิ่มลงได้ ทำให้การบวมลดลง แต่ในกรณีที่มีการอักเสบไม่ควรนวด เพราะอาจทำให้บวมมากขึ้นได้ นอกจากนี้การนวดยังทำให้อุณหภูมิสูงขึ้นเล็กน้อย

4.2.2 ระบบกล้ามเนื้อ

การนวดทำให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพดีขึ้น เนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น ช่วยขจัดของเสียในกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อเมื่อยล้าน้อยลงหลังใช้แรงงาน ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนลง ผ่อนคลายความเกร็ง ในรายที่มีพังผืดเกิดภายในกล้ามเนื้อ การนวดจะทำให้พังผืดอ่อนตัวลง ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น และอาการเจ็บปวดลดลง

4.2.3 ระบบผิวหนัง

การนวดทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น ทำให้ผิวเต่งตึง

4.2.4 ระบบทางเดินอาหาร

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การนวดช่วยเพิ่มความตึงตัวของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ กระเพาะอาหาร และลำไส้ ทำให้เกิดการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้เจริญอาหาร ท้องไม่อืดไม่เฟ้อ

4.2.5 ด้านจิตใจ

การนวดส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียดและความกังวล

5. การกำหนดการบำบัดรักษาด้วยการนวดไทย

กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงาน ได้กำหนดระดับความรู้ความสามารถของบุคลากรที่มาทำหน้าที่นวดตามการแพทย์แผนไทยว่าต้องมีประสบการณ์ที่มีเกี่ยวกับสาขาการแพทย์แผนไทย และหรือผ่านการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทย (วุฒิกิจ ธนะภูมิ และ เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, บรรณาธิการ 2547 : 91-98) สำหรับผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนวดไทย 150 ชั่วโมง จะมีความรู้ความสามารถในการนวดพื้นฐาน การนวดไทยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการนวดเท้าเพื่อสุขภาพ สำหรับผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนวดไทย 372 ชั่วโมง จะมีความรู้ความสามารถการนวดไทยพื้นฐาน การนวดไทยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การนวดไทยบำบัด การนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรรถภาพ การนวดเท้าเพื่อสุขภาพ การดัดตนและทักษะการนวดในโรคทั่วๆไป 10 โรค ได้แก่ 1) ปวดศีรษะจากความเครียด 2) ปวดคอ ที่ไม่ใช่อาการปวดที่เกิดจากความผิดปกติของระบบกระดูกและเส้นประสาท 3) ปวดบ่า-ไหล่จากการทำงานเคลื่ด

กล้ามเนื้อทั่วไป 4) ปวดหลัง-เอว จากการทำงานหนักทั่วไปที่ไม่เกี่ยวกับอุบัติเหตุ ข้อเสื่อม หมอนรองกระดูกเคลื่อน 5) ปวดสะโพก ขัดสะโพก จากการเคล็ดขัดยอกทั่วไป 6) ปวดแขนจากการทำงาน จากการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดอาการเมื่อยล้า 7) ปวดข้อศอก-ข้อมือ จากการทำงาน การออกกำลังกาย เคล็ดขัดยอก ที่ไม่ใช่เกิดจากการอักเสบติดเชื้อ 8) ปวดขา จากการทำงาน ยืน เดิน นั่งนานๆ 9) ปวดเข่า นวดได้โดยไม่เกี่ยวกับข้ออักเสบต่างๆ และติดเชื้อ 10) ปวดข้อเท้า จากข้อเท้าแพลง ยกเว้นข้ออักเสบ ปวด บวม แดงร้อน ส่วนผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนวดไทย 800 ชั่วโมง จะมีความรู้ความสามารถในการนวดไทยพื้นฐาน การนวดไทยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยแยกโรค เส้นและลม การนวดไทยบำบัด การนวดไทยเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ การนวดเท้าเพื่อสุขภาพ การนวดฝ่าเท้าเพื่อการบำบัด และมีทักษะการนวดไทยในโรคที่เพิ่มขึ้นจากหลักสูตร 372 ชั่วโมง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มอาการที่สามารถรักษาด้วยการนวดไทยแล้วหายขาด คือ หัวไหล่ติดอักเสบเฉียบพลัน (Rotator cuff tendinitis or Pericapsular Bursitis) หัวไหล่ติดเรื้อรัง (Frozen shoulder) ข้อเท้าแพลงด้านหน้า/ข้าง(Ankle sprain) ปวดส้นเท้า/ลมปลายปัตฆาตส้นเท้า (Plantar fasciaitis) กระดูกงอกส้นเท้า (Caleaneal OA) ปวดศรีษะ/ลมปะกัง (Myofascial pain syndrome of head and neck) สันนิบาตตาตก/อัมพาตใบหน้า (Bell's palsy) สันนิบาตมือตก (Partial radial nerve injury) สันนิบาตตีนตก (Partial peroneal nerve injury) ตานลม (Constipation) มดลูกเคลื่อน (Procedentia uteri :1 degree) ปวดข้อศอก/ลมปลายปัตฆาตข้อศอก (Lateral/Medial epicondylitis) มือชา/ลมปลายปัตฆาตข้อมือ (Carpal tunnel syndrome) ปวดหลัง/ลมปลายปัตฆาต สัญญาณ 3 หลัง (Myofascial pain syndrome of L1-S1 Paraspinal muscle) ปวดหลัง/ลมปลายปัตฆาต สัญญาณ 1 หลัง (Myofascial pain syndrome of L1-S1 Paraspinal muscle) ปวดคอ/ลมปลายปัตฆาต สัญญาณ 5 หลัง (Myofascial pain syndrome of C1 Paraspinal muscle) ปวดคอ/ลมปลายปัตฆาต สัญญาณ 4 หลัง(Myofascial pain syndrome of T1 Paraspinal muscle) นิ้วไกปืน (Trigger finger) นิ้วเท้าและนิ้วมือซ้น (Traumatic arthritis) และตะคริวน่อง (Cramping) 2) กลุ่มอาการที่สามารถใช้การนวดเพื่อบรรเทาอาการได้ คือ ปวดเข่าเฉียบพลัน/จับโป่งน้ำเข่า (Acute knee pain) ปวดเข่าเรื้อรัง/จับโป่งแห้งเข่า (Chronic knee pain) ปวดข้อเท้าเรื้อรัง/จับโป่งแห้งข้อเท้า (Chronic ankle pain) ปวดข้อเท้าเฉียบพลัน/จับโป่งน้ำข้อเท้า (Acute ankle pain) ปวดสะโพก/สะโพกเบี่ยง (Traumatic hip pain) ปวดหลังเนื่องจากข้อกระดูกสันหลังอักเสบ/ลำบองสัญญาณ 1 หลัง (Lumbosacral spondylitis) ปวดหลังเนื่องจากข้อกระดูกสันหลังอักเสบ/ลำบองสัญญาณ 3 หลัง สมรรถภาพทางชายหย่อน (Erectile dysfunction) และลมปราบ (Lumber spondylitis) 3) กลุ่มอาการที่นวดเพื่อป้องกันหรือแก้ไขโรคแทรกซ้อน คือ พาร์กินสัน (Parkinson

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

disease) อัมพาตครึ่งซีก/อัมพฤกษ์ครึ่งซีก (Hemiparesis/Hemiplegia) และอัมพฤกษ์สมองในเด็ก (Cerebral palsy)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิจิตรา กุสุมภ์ (2532) ได้ศึกษาถึงผลของการกดจุดและนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างไมโอเฟเชียล ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจออร์โธปิดิคส์ แผนกผู้ป่วยนอก วชิรพยาบาล จำนวน 40 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ เท่า ๆ กัน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการกดจุดจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาทางยาจากแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย มาตราวัดความเจ็บปวดที่เป็นภาพแสดงออกทางใบหน้า แบบสอบถามเกี่ยวกับความอ่อนแอของหลังและคู่มือการกดจุดและนวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าที และค่าความแปรปรวนร่วม ผลการวิจัยสรุปว่า ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการกดจุดและนวดต่ำกว่าก่อนได้รับการกดจุดและนวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระดับความอ่อนแอของหลังของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการกดจุดและนวดต่ำกว่าก่อนได้รับการกดจุดและนวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ระดับความความอ่อนแอของหลังของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ปริมาณยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยรับประทานในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

อุไร นิโรธนันท์ (2539) ศึกษาผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานก่อนจะถึงเวลาให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 40 นาที และประเมินซ้ำหลังการประเมินครั้งแรกไปแล้ว 20 นาที กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานก่อนให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 40 นาที จากนั้นจึงให้การนวดเป็นเวลา 20 นาที หลังนวดเสร็จประเมินความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทันที ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดลงลงมากกว่าไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

เรณู มีชนะ (2544) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบเปรียบเทียบผลของการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอล ในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด ณ แผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 13 ตุลาคม 2541 ถึง

10 มิถุนายน 2542 ทำการวิจัยกึ่งทดลองโดยแบ่งกลุ่มผู้มารับบริการซึ่งมีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด ออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการนวดไทยประยุกต์ และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับยาพาราเซตามอล โดยประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยมาตรประมาณค่าความเจ็บปวด สัญญาณชีพก่อนและหลังการทดลอง และวัดความพึงพอใจในกระบวนการนวดและผลลัพธ์ของการนวดในกลุ่มนวดไทยประยุกต์ ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มนวดไทยประยุกต์ สามารถเปลี่ยนแปลงผลต่างของชีพจรได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถเปลี่ยนแปลงผลต่างของค่าความดันซิสโตลิคได้ ซึ่งสามารถลดอาการปวดศีรษะได้ทันทีหลังการนวด ในนาทีที่ 10, 20, 30 และ 60 ลดอาการปวดศีรษะลงไม่ปวดเลยร้อยละ 10, 13.3, 33.3 และ 66.7 อย่างต่อเนื่องตามลำดับ ขณะที่กลุ่มที่ใช้ยาพาราเซตามอลลดอาการปวดศีรษะไม่ปวดเลยได้ในนาทีที่ 30 และ 60 ร้อยละ 13.3 และ 46.7 ตามลำดับ อีกทั้งการนวดไทยประยุกต์ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้มากกว่าการใช้ยาพาราเซตามอลได้ทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาเชิงสำรวจของ Long L., Huntley A. และ Ernst E. (2001) ถึงรูปแบบของการแพทย์ทางเลือกที่สามารถนำมาใช้รักษาในภาวะโรคต่างๆ พบว่าการนวดเป็นการแพทย์ทางเลือกรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมในการนำมาใช้เพื่อการรักษาภาวะโรคเครียด/วิตกกังวล, โรคปวดหัว/ไมเกรน และโรคปวดหลังส่วนล่าง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

อรสา กาพรัตน์ (2545) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลองโดยทดสอบผลของการนวดแผนไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการนวดแผนไทยเป็นเวลา 30 นาที จำนวน 15 ราย และกลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยจำนวน 15 ราย ด้วยแบบประเมินอาการปวดข้อ ซึ่งจะทำการประเมิน 9 ครั้ง โดยครั้งแรกเมื่อพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจ จากนั้นก่อนและหลังสิ้นสุดการให้การนวดแผนไทยรวม 8 ครั้งตามลำดับ พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับการนวดแผนไทยมีการปวดข้อลดลงมากกว่าก่อนได้รับการนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ได้รับการนวดแผนไทยมีการปวดข้อลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Tou Plui Broh (2004) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ณ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูสถานการณ์ของการนวดไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการใช้บริการการนวดไทยของผู้มารับบริการ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่กำหนด ในช่วง 7 มกราคม ถึง 10 กุมภาพันธ์ 2547 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 43.57 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (57.2%) ซึ่งเป็นวัยกลางคน (45-64 ปี, 32.3%) ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม

มากกว่าครึ่ง (57.5%) จะมีความรู้ในเรื่องการแพทย์แผนไทยน้อย ส่วนใหญ่จะมาด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ผู้ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการการแพทย์แผนไทยในระดับสูง (92.5%) ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถาม (48.6 %) มาใช้บริการการนวดไทยมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อเดือน จุดประสงค์ที่มาใช้การนวดไทยเพื่อการรักษา (57.2%) เพื่อการผ่อนคลาย (24.5%) และเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (18.3%) ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จะเลือกใช้การนวดแบบราชสำนัก (68%) รองลงมาคือการนวดแบบเชลยศักดิ์ (23.7%) สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความถี่ในการมาใช้บริการคือ อายุ (p = 0.004), ความรู้ในเรื่องการแพทย์แผนไทย (p = 0.020) และระยะเวลาที่รอคอยแพทย์ (p = 0.001)

Surussawadi Mackawan et al. (2005) ได้ศึกษาผลการรักษาของการนวดแผนไทยเทียบกับการเคลื่อนไหวข้อต่อสารสื่อประสาทสัปสแตรนซ์พี และการรับรู้ความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังแบบไม่เฉพาะเจาะจงจำนวน 67 คน ทำการสุ่มให้เข้ากลุ่มการรักษาด้วยการนวดแผนไทยจำนวน 35 คน และกลุ่มการรักษาด้วยการเคลื่อนไหวของข้อ จำนวน 32 คน โดยใช้ระยะเวลาของการรักษาในแต่ละกลุ่มเป็นเวลา 10 นาที วัดระดับสารสัปสแตรนซ์พีในน้ำลาย และคะแนนความเจ็บปวดจาก Visual analog scale (VAS) ก่อนและหลังการรักษา 5 นาที วิเคราะห์ผลด้วย paired t-test เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษา และวิเคราะห์ความผันแปรร่วม (Analysis of covariance, ANCOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการรักษาในสองกลุ่ม พบว่าทั้งสองกลุ่มให้ผลในการลดลงของสัปสแตรนซ์พีภายหลังการรักษา และคะแนนความเจ็บปวด VAS ของทั้งสองกลุ่มภายหลังการรักษาก็ให้ค่าที่ลดลงเช่นกัน แต่ทั้งนี้ระดับสัปสแตรนซ์พีภายหลังการรักษาของทั้งสองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่คะแนนความเจ็บปวด VAS ภายหลังการรักษาของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดแผนไทยจะมีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการเคลื่อนไหวของข้อ ทั้งการรักษาด้วยการนวดแผนไทยและการเคลื่อนไหวของข้อจึงสามารถนำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังแบบไม่เฉพาะเจาะจงได้

Uraiwan Chatchawan et al. (2005) ได้ทำการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาด้วยการนวดแผนไทยกับการนวดแบบสวีดิชในผู้ป่วยที่ปวดหลังส่วนล่างอันเนื่องมาจากจุดไมโอเฟเชียล จำนวน 180 คนที่ได้รับการสุ่มเลือกเข้ากลุ่มการรักษา ทั้งกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดแผนไทยและการนวดแบบสวีดิชจะได้รับการรักษา 6 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 3-4 สัปดาห์ และติดตามผลการรักษาอีกครั้งใน 1 เดือนต่อมาวัดผลโดยประเมินความเจ็บปวดด้วย the Visual analog scale (VAS) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความเจ็บปวดลดลงมากกว่าครึ่งภายหลังการรักษา 3 สัปดาห์ และ 1 เดือน ทั้งนี้ไม่มีนัยสำคัญของความแตกต่างในคะแนน VAS ระหว่างกลุ่มการ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

รักษา ($p < 0.05$) การนวดแผนไทยและการนวดสวีดิชมีประสิทธิผลในการช่วยลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ปวดหลังส่วนล่างอันเนื่องมาจากจุดไมโอเฟเชียล

7. การนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี

ผู้ทำการนวดจะเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมการนวดไทยอย่างน้อย 100 ชั่วโมง และได้รับการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญประจำงานแพทย์แผนไทย เพื่อให้ผู้นวดมีทักษะและความรู้เกี่ยวกับการนวดพื้นฐานและการกระตุ้นจุดสัญญาณต่างๆ ซึ่งลักษณะของการนวดเป็นการนวดแบบประยุกต์ เน้นการใช้มือ นิ้วหัวแม่มือ ปลายนิ้ว และอุ้งมือเป็นหลักในการนวด ทั้งนี้อาจใช้การดัดดึงร่วมด้วย แต่จะกระทำด้วยความนุ่มนวล แนวทางการนวดประกอบด้วย

7.1 **การนวดไทยพื้นฐาน** (กัญจนา ดีวิเศษ, บรรณาธิการ 2540 : 11, 2544 : 208-233)

7.1.1 การนวดบริเวณศีรษะและคอ

- นวดกล้ามเนื้อบริเวณบ่าไปตามแนวตั้งแต่มุมหัวไหล่จนถึงต้นคอ โดยนวดทีละข้าง ทั้งซ้ายและขวา

- นวดกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอ ไปตามแนวกล้ามเนื้อต้นคอ จากด้านล่าง โดยนวดทีละข้าง ทั้งซ้ายและขวา

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

7.1.2 การนวดบริเวณแขน

- นวดบริเวณต้นแขนด้านในไปตามท้องแขนลงไปจนถึงข้อมือ โดยนวดทีละข้าง ทั้งซ้ายและขวา

- นวดบริเวณต้นแขนด้านนอกลงไปจนถึงข้อมือด้านนอก โดยนวดทีละข้าง ทั้งซ้ายและขวา

7.1.3 การนวดบริเวณหลัง

- นวดบริเวณกล้ามเนื้อหลัง ชิดด้านข้างกระดูกสันหลัง ตั้งแต่ช่วงเอว ขึ้นไปจนถึงต้นคอ โดยนวดทีละข้าง ทั้งซ้ายและขวา

7.1.4 การนวดบริเวณขา

- นวดบริเวณกล้ามชิดกระดูกหน้าแข้งด้านนอก ตั้งแต่ใต้หัวเข่าลงไปจนถึงข้อเท้า

- นวดบริเวณกล้ามเนื้อต้นขา ตั้งแต่หัวเข่าบริเวณขอบสะบ้าด้านนอก ขึ้นมาจนถึงต้นขาด้านบน

- นวดบริเวณกล้ามเนื้อต้นขา ตั้งแต่ต้นขาด้านข้าง จากบนลงไปจนถึงข้อเท้า โดยนวดทีละข้าง ทั้งซ้ายและขวา

7.2 ตำแหน่งการนวดจุดสัญญาณต่างๆ (กัญจนา ดีวิเศษ, บรรณาธิการ 2540 : 11-13)

7.2.1 **สัญญาณ 5 ขาด้านนอก**

จุด 1 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณขาด้านนอกและสะโพก

จุด 2 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณข้อต่อกระดูกสะโพก และลงสู่ท้องขา ห้ามจับในผู้ป่วยเป็นอัมพาต เหยียดคู้-งอขาไม่ได้ เพราะจะทำให้ข้อต่อกระดูกสะโพกเคลื่อนมากขึ้น

จุด 3 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณสะโพก และเลียบขาด้านข้างด้านนอก ใช้ในการตรวจกระดูกสะโพกที่เคลื่อนว่าเข้าที่หรือไม่ ตรวจและรักษามดลูกเคลื่อน มดลูกไม่เข้าอู่ ถ้าผิดปกติ สัญญาณนี้จะแข็งมาก

จุด 4 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณข้อต่อกระดูกสะบ้า รักษาอาการขาไม่มีกำลัง เหน็บชา

จุด 5 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณขาท่อนล่าง ช่วยในการตรวจขาลีบว่าจะรักษาให้กลับเป็นปกติได้หรือไม่

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

7.2.2 **สัญญาณ 5 ขาด้านใน**

จุด 1 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท กระดูกสะโพก ก้นกบและหมอนรองกระดูกหลัง

จุด 2 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท ทั่วบริเวณขา กระจายลงขาส่วนล่างและในท้อง

จุด 3 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณข้อเข่า ช่วยในกรณีที่กระดูกสะบ้าเคลื่อน หรือมีหินปูนเกาะ

จุด 4 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท ตรวจ และรักษาข้อเข่าเคลื่อน (ถ้าข้อเข่าไม่เข้าที่สนิทสัญญาณจะไม่เต้น)

จุด 5 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท จากท่อนล่างขึ้นสู่ด้านบน รักษาอาการตะคริว ใช้ตรวจข้อเท้าหลุดหรือเคลื่อนว่าเข้าที่หรือไม่ ถ้าไม่เข้าที่สัญญาณจะไม่เต้น

7.2.3 **สัญญาณ 5 หลัง**

จุด 1 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท เข้าบริเวณอุ้งเชิงกราน บรรเทาอาการปวดประจำเดือน ช่วยรักษากรณีมดลูกเคลื่อน

จุด 2 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทในช่องท้อง รักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน จุกเสียดแน่นท้อง

จุด 3 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณแนวกระดูกสันหลังช่วงหลังด้านล่าง

จุด 4 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณแนวกระดูกสันหลังช่วงบน บริเวณทรวงอก และแขน

จุด 5 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท ขึ้นสู่บริเวณศีรษะ รักษาอาการมึนงง เวียนศีรษะ

7.2.4 **สัญญาณ 5 แขนด้านนอก**

จุด 1 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณแขนด้านนอกตลอดแขน

จุด 2 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณกระดูกแขนและเยื่อหุ้มกระดูกแขนท่อนบนด้านนอก

จุด 3 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณข้อต่อกระดูกข้อศอก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จุด 4 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณกระดูกแขนท่อนล่างลงไปฝ่ามือและนิ้วมือ

จุด 5 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณข้อมือตลอดปลายนิ้วมือ

7.2.5 **สัญญาณ 5 แขนด้านใน**

จุด 1 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณแขนด้านในจนถึงปลายนิ้ว

จุด 2 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณแขนถึงปลายมือ

จุด 3 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณข้อกระดูกข้อศอก และเยื่อหุ้มกระดูกข้อต่อข้อศอก

จุด 4 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณแขนท่อนล่างลงไปสู่ข้อมือ

จุด 5 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณข้อมือลงไปสู่ปลายนิ้วทั้งหมด

7.2.6 **สัญญาณ 5 หัวไหล่**

จุด 1 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณข้อกระดูกหัวไหล่

จุด 2 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาท บริเวณเลียบกระดูกหัวไหล่ (ห้ามจับในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเหยียด-คู้งอแขนไม่ได้ เพราะจะทำให้กระดูกไหล่เคลื่อนมากขึ้น)

จุด 3 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณแขนด้านนอกตลอดจนปลายนิ้ว

จุด 4 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณทรวงอก สะบักและรักแร้

จุด 5 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณข้อต่อกระดูกหัวไหล่ ด้านใน

7.2.7 **สัญญาณ 5 ศีรษะด้านหน้า**

จุด 1 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณกระบอกตาขวา

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จุด 2 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณกระบอกตาซ้าย

จุด 3 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณหูและขากรรไกรด้านขวา

จุด 4 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณหูและขากรรไกรด้านซ้าย

จุด 5 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณขากรรไกรและโคน-ลิ้น

7.2.8 **สัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลัง**

จุด 1 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทขึ้นศีรษะด้านขวา

จุด 2 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทขึ้นศีรษะด้านซ้าย

จุด 3 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณกระบอกตาและหู-ด้านขวา

จุด 4 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณกระบอกตาและหูด้านซ้าย

จุด 5 ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และกระแสประสาทบริเวณศีรษะ

7.3 **ข้อแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการนวด**

7.3.1 **ท่าบริหารภายหลังการนวด**

7.3.1.1 **ท่าบริหารคอ** (กัญจนา ดีวิเศษ, บรรณาธิการ 2544 : 264-265)

ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขา แขนข้างหนึ่งอยู่ข้างลำตัว มือยึดขอบที่นั่งชิดต้นขา โดยให้ข้อศอกงอเล็กน้อย ส่วนแขนอีกข้างหนึ่งชูขึ้นเหนือศีรษะพร้อมกับกำมือ มีขั้นตอนการฝึกดังนี้

1) ในจังหวะที่ 1 ให้ดึงมือข้างที่ยึดกับขอบที่นั่งพร้อมกับกำมือข้างที่ชูขึ้นเหนือศีรษะ นับ 1-10 แล้วคลายแขนและมือทั้ง 2 ข้าง

2) จังหวะที่ 2 เลื่อนมือที่ยึดกับขอบที่นั่งให้ห่างจากตำแหน่งในข้อที่ 1 ประมาณ 1 ฝ่ามือ แล้วทำซ้ำเหมือนจังหวะที่ 1

3) จังหวะที่ 3 เลื่อนมือที่ยึดกับขอบที่นั่งให้ห่างจากตำแหน่งในข้อที่ 2 ประมาณ 1 ฝ่ามือ แล้วทำซ้ำเหมือนจังหวะที่ 1

7.3.1.2 **ท่าบริหารหัวไหล่ แบบดึงแขน 3 จังหวะ** (กัญจนา ดีวิเศษ, บรรณาธิการ 2544 : 266-267)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขา มือข้างหนึ่งดึงขอบม้านั่งชิดต้นขา โดยงอข้อศอกเล็กน้อย มีขั้นตอนการฝึกดังนี้

1) จังหวะที่ 1 ดึงมือที่ยึดกับม้านั่งขึ้นให้เต็มที่ นับ 1-10 แล้วคลายมือที่ดึงออก

2) จังหวะที่ 2 เลื่อนมือที่ดึงขอบม้านั่งห่างจากตำแหน่งในข้อที่ 1) ประมาณ 1 ฝ่ามือ แล้วทำซ้ำเหมือนกับจังหวะที่ 1

3) จังหวะที่ 3 เลื่อนมือที่ดึงขอบม้านั่งห่างจากตำแหน่งในข้อที่ 2) ประมาณ 1 ฝ่ามือ แล้วทำซ้ำเหมือนกับจังหวะที่ 1

7.3.1.3 **ท่าบริหารหัวไหล่ แบบท้าวแขน** (กัญจนา ดีวิเศษ, บรรณาธิการ 2544 : 268-269)

ให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขา มือข้างหนึ่งวางบนตัก อีกข้างหนึ่งท้าวลงบนม้านั่ง มีขั้นตอนการฝึกดังนี้

1) จังหวะที่ 1 ท้าวแขนลงบนม้านั่ง ให้แขนชิดติดลำตัว ปลายนิ้วชี้ออกไปด้านข้าง พร้อมกับทิ้งน้ำหนักตัวลงไปบนแขน โดยข้อศอกต้องเหยียดตรง นับ 1-10 แล้วคลายการทิ้งน้ำหนัก นั่งตัวตรง

2) จังหวะที่ 2 เลื่อนฝ่ามือข้างที่ท้าวแขนให้ห่างจากตำแหน่งในข้อ 1) ประมาณ 1 ฝ่ามือแล้วทำซ้ำเหมือนจังหวะที่ 1

3) จังหวะที่ 3 เลื่อนฝ่ามือข้างที่ท้าวแขนให้ห่างจากตำแหน่งในข้อ 2) ประมาณ 1 ฝ่ามือแล้วทำซ้ำเหมือนจังหวะที่ 1

7.3.1.4 **ท่านิ้วไต่ฝาผนัง** (วิพุธ โยคะ รัตนรังษี, ผู้รวบรวม 2545 : 242)

ให้ผู้ป่วยยืนตรงแขนเหยียด เอานิ้วแตะข้างฝา ไต่ฝาผนังขึ้น-ลง ทั้งในท่ายืน หันหน้าและยืนหันข้างเข้าฝา ค่อยๆ เพิ่มความสูงของนิ้วมือขึ้นเรื่อยๆ ทำครั้งละ 5 นาที วันละ 2-3 ครั้ง

7.3.1.5 **ท่าบริหารหลัง** (กัญจนา ดีวิเศษ, บรรณาธิการ 2544 : 270)

การบริหารหลังเพื่อคลายกล้ามเนื้อบริเวณหลัง บรรเทาอาการเจ็บปวดของหลัง โดยให้ผู้ป่วยยืนหันหน้าเข้าหาผนังหรือสถานที่ที่สามารถยึดจับได้ และใช้มือยันผนังหรือยึดขอบโต๊ะ เพื่อประคองตัวไม่ให้เสียหลักในขณะที่ยืนเขย่งปลายเท้า มีขั้นตอนการฝึกดังนี้

1) งอเข่าข้างหนึ่งไปข้างหลัง แล้วเขย่งขาอีกข้างหนึ่งให้สูงที่สุดโดยให้เข่าตึง เขย่งขาไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้ววางเท้าลง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2) ทำซ้ำเหมือนกับข้อ 1) ให้ครบ 5 ครั้ง

3) สลับขาที่ยืนเขย่งกับขาข้างที่งอเข่า แล้วทำซ้ำเช่นเดียวกับข้อ 1 ให้ครบ 5 ครั้ง

7.3.1.6 **ท่าบริหารเข่า** (กัญจนา ดีวิเศษ, บรรณาธิการ 2544 : 271)

การบริหารเข่าเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงบริเวณเข่า ช่วยให้เข่ามีกำลัง เพิ่มการไหลเวียนของเลือด ลดการติดขัดของข้อเข่า โดยให้ผู้ป่วยยืนบนพื้นที่เรียบเสมอกัน กางช่วงขาให้กว้างเท่ากับสะโพกหรือหัวไหล่ มีขั้นตอนการฝึกดังนี้

1) จากท่ายืนค่อยๆ ย่อเข่า นั่งยองๆ ลงไป แล้วยกสะโพกขึ้นให้อยู่ในท่าเหมือนกับนั่งเก้าอี้ โดยให้เข่างอเป็นมุมฉาก และฝ่าเท้าติดพื้น นั่งให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วนั่งยองลงไป

7.3.2 **คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย**

7.3.2.1 **ท่านอน** (วิพุธ โยคะ รัตนรังษี, ผู้รวบรวม 2545 : 237)

ลักษณะการล้มตัวลงนอนและลุกจากที่นอนมีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องจะช่วยบรรเทาอาการปวดได้ และในคนที่ยังไม่มีอาการปวดหลังจะช่วยป้องกันการเกิดโรคได้อีกด้วย สำหรับท่าทางที่แนะนำคือ เมื่อผู้ป่วยจะลุกจากเตียงนอน ให้พลิกตัวตะแคงก่อน จากนั้นใช้มือและแขนช่วยพยุงตัวให้ลุกนั่งแล้ว

จึงค่อยๆลุกจากเตียงนอน หรือเมื่อจะเข้านอน ให้ผู้ป่วยนั่งลงบนเตียง จากนั้นตะแคงตัวพร้อมกับใช้มือและแขนช่วยพยุงตัวขณะที่ค่อยๆ ล้มตัวลงนอน ท่าทางที่ผู้ป่วยต้องใช้กล้ามเนื้อหลังเพื่อพยุงตัวขณะที่ล้มตัวลงนอนหรือลุกขึ้นจะทำให้กล้ามเนื้อหลังต้องรับน้ำหนักทั้งหมดของร่างกายจึงเป็นการเพิ่มความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อส่วนหลัง

7.3.2.2 อย่าดึงดัดสลัดข้อที่มีอาการปวด เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบมากขึ้น

7.3.2.3 พักการใช้งานหรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่มีผลต่ออาการปวดของกล้ามเนื้อ

7.3.2.4 งดอาหารแสลงในช่วงที่ทำการรักษา เช่น ข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ เหล้า เบียร์ (กัญจนา ดีวิเศษ, บรรณาธิการ 2544 : 183) รวมทั้งยาแก้ปวด เนื่องจากการนวดมีส่วนช่วยลดความเจ็บปวดที่เกิดจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ และลดความเจ็บปวดในกรณีที่ขาดเลือดไปเลี้ยงส่วนนั้นๆ การกินยาแก้ปวดทำให้ร่างกายไม่รู้สึกเจ็บปวด ทำให้ขณะที่ทำการรักษาด้วยการนวด จะไม่ทราบว่าอาการปวดที่ลดลงเป็นเพราะให้การรักษาด้วยการนวดที่ถูกต้องหรือจากฤทธิ์ของยา และยาแก้ปวดอาจบดบังความผิดปกติเนื่องจากการรักษาด้วยการนวดที่คลาดเคลื่อนจากตำแหน่งที่ใช้รักษาซึ่งสามารถแก้ไขได้หากได้รับการรักษาและดูแลต่อเนื่อง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

7.3.2.5 การประคบ ในกรณีที่พึ่งมีการอักเสบใน 24 ชั่วโมงแรก ให้ผู้ป่วยประคบด้วยความเย็นก่อน จากนั้นจึงประคบด้วยความร้อน เพื่อช่วยลดอาการบวมอักเสบของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต และบรรเทาอาการปวด

การวัดคุณภาพชีวิต

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) เป็นส่วนหนึ่งของการวัดผลการรักษาโรค (Outcomes of therapy) ที่บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องทำการประเมินเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เก็บโดยตรงจากผู้ป่วย นิยามของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอาจแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของผู้วิจัยแต่ละคน โดยนิยามต้องครอบคลุมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (Functional capacity) การรับรู้ (Perception) เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและอาการของโรค ผลที่ตามมาจากการเกิดโรค (Symptoms and their consequences) และผลที่เกิดจากการรักษา สำหรับเครื่องมือที่ใช้อาจเป็นแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ โดยแบบสอบถามที่นำมาใช้มักเป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่เป็นภาษาต่างประเทศ การนำไปใช้จึงต้องคำนึงถึงภาษา วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม หรือปัจจัยอื่นๆที่อาจมีผลต่อความครอบคลุมของข้อมูลที่จะได้รับจาก

ใช้แบบสอบถามนั้นด้วย อีกทั้งแบบสอบถามมาตรฐานแต่ละชนิดมีมิติด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน การเลือกเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัยจึงต้องคำนึงถึงความเหมาะสมต่างๆ เหล่านี้ด้วย

1. **ดัชนีชี้วัดสุขภาพ** (Health Indicator) (WHO Scientific Group 2003 : 73-78)

ปัจจุบันกระแสโลกได้เปลี่ยนความสนใจจากเดิมที่ใช้การวินิจฉัยโรค และอัตราการตาย (Mortality) มาเป็นความสนใจการวัดดัชนีชี้วัดการจัดการในโรคกล้ามเนื้อและกระดูกโดยเฉพาะเรื่องของการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Functioning) และความพิการ (Disability) เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อสภาวะสุขภาพ (Health state) ของผู้ป่วย ใน International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ได้มีการจัดกลุ่มเกี่ยวกับผลที่ตามมาของภาวะสุขภาพ โดยสนใจบทบาทการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Functionality) ผลการทำงานของร่างกาย (Productivity) และการมีส่วนร่วมในสังคม (Social participation) ของแต่ละคนที่มีความแตกต่างกันทางด้านสุขภาพ

เนื่องจากผลลัพธ์ในเรื่องสุขภาพมีหลายมิติ การเลือกดัชนีชี้วัดจึงขึ้นกับวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษา มุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อสภาวะสุขภาพ ผู้ให้บริการด้านการแพทย์ ผู้จัดสรรงบประมาณ ในการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพอาจวัดได้จากอาการแสดงของโรค หรือจากดัชนีที่บ่งชี้การทำหน้าที่ของอวัยวะหรือความพิการ นอกจากนี้อาจประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การวัดคุณภาพชีวิต (Quality of life) หรือการวัดความเป็นอยู่ (Well-being) เป็นต้น

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

โดยส่วนใหญ่ภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal conditions) จะมีผลกระทบ (Impact) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อใช้ดัชนีชี้วัดอธิบายความผิดปกติที่เกิดขึ้นจึงต้องใช้ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค ทั้งนี้ในการวัดคุณภาพชีวิตจะไม่ได้วัดเฉพาะการเกิดโรค (Illness) แต่ยังรวมถึงภาวะสังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic) สิ่งที่เกิดในแต่ละคน (Personal) สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ คุณภาพชีวิตจึงมีความหมายถึงผลกระทบทั้งหมดที่เกิดจากโรคและการรักษารวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยด้วย ผลที่ตามมาอย่างเฉพาะเจาะจงจากโรคกล้ามเนื้อและกระดูก คือ อาการปวด (Pain) การตึง (Stiffness) การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อ (Loss of mobility of the joints) การมีอวัยวะที่ผิดรูป (Deformity) ความพิการ (Disability) การสูญเสียการพึ่งพาตนเอง (Loss of independence) การลดลงของปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Reduced numbers of social interactions) การลดลงของความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) และการเสียชีวิต (Mortality) ในระบบ ICF ได้แบ่งดัชนีชี้วัดสำหรับภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (ก) การสูญเสียโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย (Loss of body function and structure) (ข) การจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Limitation of function) (ค) ข้อจำกัดที่สังคมกำหนด (Restriction imposed by society)

(ก) การสูญเสียทางโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย (Loss of body function and structure)

เครื่องมือที่สามารถวัดการสูญเสียทางโครงสร้างและการทำงานของร่างกายอันเกิดจากภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกมีหลายชนิด แพทย์จะใช้เครื่องมือสำหรับวัดอาการ การเกิดโรค (Disease activity) การเคลื่อนไหวของข้อต่อ (Joint mobility) การผิดรูปของอวัยวะ (Deformity) การถูกทำลายของข้อต่อ (Joint damage) หรือวัดการดำเนินไปของโรค (Anatomical disease stages) โดยเครื่องมือจะวัดอาการหรือการเกิดโรคเป็นคะแนนเดี่ยวหรือเป็นคะแนนประกอบ เช่น ACR, the EULAR, the DAS score, วัดระยะการเคลื่อนไหว (Range of motion scores), วัดส่วนสูงและดัชนีการโค้งงอ (Flexion index) เพื่อดูความผิดรูปไปของอวัยวะ และวัดคะแนนภาพรังสี (Radiographic scores) เพื่อวัดการถูกทำลายของข้อต่อ

(ข) การจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Limitation of function)

หมายความถึงการจำกัดในการทำกิจกรรมที่จำเป็น (Essential activity) ต่อการดำรงชีวิต เช่น การยืน การเดิน การจับ หรือการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน (Complex activity) เช่น การช่วยเหลือตัวเอง หรือการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การไตร่ตรอง คือ ต้องใช้ความพยายามและความอดทนในทำ เช่น กีฬา

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การประเมินกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตสามารถประเมินได้จากการวัดจริง เช่น วัดระยะเวลาที่เดิน กำลังของการจับ (Grip strength) หรือการใช้แบบสอบถามประเมินตนเอง ในการประเมินการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนในการดำรงชีวิตจะวัดภายหลังการทำกิจกรรมและการประเมินการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การไตร่ตรองจะวัดจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามหลัก

เครื่องมือที่ใช้วัดการทำกิจกรรมประจำวัน (Activity of daily living) และความเป็นอยู่ (Well-being) มักทำการวัดสองส่วนนี้พร้อมกันไปในระดับต่างๆ ในบางครั้งการวัดอาจมีข้อจำกัดเนื่องจากการที่เครื่องมือถูกพัฒนาขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงต่อภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกภาวะใดภาวะหนึ่งหรือมากกว่านั้น หรืออาจเป็นเครื่องมือทั่วไปที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้เปรียบเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ทั้งนี้ความสามารถของเครื่องมือที่ใช้วัดในภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกควรที่จะสามารถวัดบทบาทการทำหน้าที่ของอวัยวะส่วนปลายทั้งช่วงบนและช่วงล่าง ความว่องไว (Dexterity) การสัมผัสของร่างกายและจินตนาการของร่างกาย (Bodily contacts and body image)

ตัวอย่างเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป คือ SF-36 และ SF-12, the Barthel Index, the SIP, the NHP, the WHODAS II และ the EuroQol ส่วนเครื่องมือที่มีการนำมาใช้อย่างเฉพาะเจาะจงต่อภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก คือ the teinbrocker classification, the HAQ, the

Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS), the Rheumatoid Arthritis Specific Quality of Life Instrument, the ACR classification, the Keitel Function Test และ the WOMAC

(ค) ข้อจำกัดที่สังคมกำหนด (Restriction imposed by society)

ข้อจำกัดโดยสังคมมีการวัดในบางแบบสอบถาม เช่น AIMS แต่ไม่ค่อยมีเครื่องมือสำหรับการวัดถึงปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (Independence)

2. การวัดผลกระทบด้านสุขภาพจากภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

สำหรับดัชนีชี้วัด (Indicators) ที่นำมาใช้เพื่อประเมินผลกระทบจากภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในประชากรนั้น มีการทบทวนและสรุปตามตารางที่ 3 (WHO Scientific Group 2003 : 85) โดยช่วงที่น่าจะเป็นไปได้ของดัชนีชี้วัดสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับประชากรทั้งโลก แต่ทั้งนี้การนำดัชนีชี้วัดเหล่านี้ไปใช้ต้องพิจารณาถึงความแตกต่างของประชากรตามภูมิศาสตร์ด้วย

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การบาดเจ็บหรือการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก เกิดได้จากปัจจัยภายในของแต่ละบุคคลและปัจจัยทั่วไป ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย และประวัติครอบครัว จากข้อมูล WHO ดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่าในประเทศที่กำลังพัฒนาการมีปัจจัยทั่วไปเหล่านี้ในประชากรจะมีผลเล็กน้อยต่อการเกิดภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ผลกระทบจากภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละบุคคล เนื่องจากความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันหรือการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป และส่งยังผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system) เช่น โรงพยาบาลต้องเพิ่มการจัดการในด้านบริการฟื้นฟูสุขภาพ การบริบาลโดยพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ การชันสูตร และรังสี ตลอดจนต้องจัดหาเครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น รวมถึงอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยที่ต้องเพิ่มคนดูแลและหรือต้องดัดแปลงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกอีกด้วย

ตารางที่ 3 ดัชนีปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบที่สัมพันธ์กับภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

Indicator relevant for:	Conditions: Rheumatoid arthritis	Osteo-arthritis	Osteo-porosis	Osteo-porosis with fracture	Back pain and other spinal disorders	Major limb trauma
Risk factors						
Smoking	±	±	+	+	+	-
Alcohol	±	±	+	+	-	+
Body mass index	+	+	+	+	+ and -	-
Family history	±	+	+	+	+	-
Corticosteroid use			+	+		
Thyrotoxicosis			+	+		
Previous fracture			+	+		
Immobility			+	+	+ and -	
Heavy physical or repetitive activity					±	
Impact						
Independence/disability						
Activities of daily living/essential self-care	+	+	-	+	+	+
Complex activities of daily living/leisure activities	±	±	-	±	+	+
Quality of life						
Physical dimension	+	+	-	+	+	+
Mental dimension/psychological well-being	+	±	-	±	+	+
Social dimension	+	±	-	+	+	+
Work loss						
Disability pension	+	+	-	+	+	+
Worker compensation	+	+	-	+	+	+
Mortality						
Related to condition or intervention	+	-	±	+	±	+

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 3 (ต่อ)

Indicator relevant for:	Conditions: Rheuma toid arthritis	Osteo-arthritis	Osteo-porosis	Osteo-porosis with fracture	Back pain and other spinal disorders	Major limb trauma
Resource utilization						
Number or visits						
Physician	+	+	±	+	+	+
Consultation	+	+	±	+	+	+
Nurse	+	+	±	+	?	+
Home care	+	+	±	+	?	+
Emergency room	-	-	±	+	+	+
Outpatient hospital	+	+	±	+	+	+
Hospitalization						
Number of days	+	+	-	+	+	+
Episodes of surgery	+	+	-	+	+	+
Number of non-surgical procedures	+	±	-	±	+	+
Laboratory tests	+	-	-	±	±	+
Imaging tests	+	±	+	+	+	+
Drugs						
Prescription	+	+	+	+	+	+
Non-prescription	±	+	+	+	+	+
Rehabilitation services						
Physical therapy	+	+	±	+	+	+
Occupational therapy	+	+	-	+	+	+
Durable medical equipment	-	-	-	+	+	+
Environmental adaptations						
Home alterations	+	+	-	+	+	+

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 3 (**ต่อ**)

Indicator relevant for:	Conditions					
	Rheuma toid arthritis	Osteo-arthritis	Osteo-porosis	Osteo-porosis with fracture	Back pain and other spinal disorders	Major limb trauma
Adaptations						
Work	+	+	-	+	+	+
Transport	+	+	-	+	+	+
Change of living status						
Nursing home	+	+	-	+	±	+
Other proposed indicators						
Primary care contact	+	+	±	+		
Falls			+	+		
Alternative treatments	+		+	+		
Returning to work					±	
Legal compensation	+				+	
Job change					+	
Socioeconomic group					+	
Educational level					+ and -	

+, highly relevant; ± possibly relevant or less important; -, not relevant; ?, unknown.

[a] This list of indicators for measuring risk and the impact of the conditions could be used at various times to monitor change in the impact of musculoskeletal conditions during the Bone and Joint Decade and beyond. The list is broad and data may not be available from all populations; their availability and feasibility are considered separately in subsequent tables.

ที่มา : WHO Scientific Group on the Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Milliennium, The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium, WHO Technical Report Series 919 (Geneva : World Health Organization 2003, 86-88)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 4 ดัชนีปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในประเทศกำลังพัฒนา

Indicator	Data available for the populations of these countries			Data not available for the populations of these countries but possible to collect		
	Most	Some	Few/none	Most	Some	Few/none
Risk factors						
Smoking	G	G	t	G	G	G
Alcohol	G	G	t	G	G	t
Body mass index	G	G	t	G	G	G
Family history	G	G	t	G	G	G
Impact						
Independence/disability						
Activities of daily living/ Essential self-care	G	G	t	G	G	G
Complex activities of daily living/leisure activities	G	G	t	G	G	t
Quality of life						
Physical dimension	G	t	G	G	G	G
Mental dimension/ Psychological well-being	G	G	t	G	G	t
Social dimension	G	G	t	G	G	t
Work loss						
Disability pension	G	G	t	G	G	t
Worker compensation	G	G	t	G	G	t
Mortality						
Related to condition or intervention	G	G	t	G	G	t
Resource utilization						
Number of visits						
Physician	G	G	t	G	t	G
Consultation	G	G	t	G	t	G
Nurse	G	G	G	G	t	G
Home care	G	G	G	G	t	G
Emergency room	G	G	G	G	t	G
Outpatient hospital	G	G	t	G	t	G

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 4 (ต่อ)

Indicator	Data available for the populations of these countries			Data not available for the populations of these countries but possible to collect		
	Most	Some	Few/none	Most	Some	Few/none
Hospitalization						
Number of days	G	G	t	G	G	t
Episodes of surgery	G	G	t	G	G	t
Number of nonsurgical procedures	G	G	G	G	G	t
Laboratory tests	G	t	G	G	G	t
Imaging tests	G	G	t	G	G	t
Drugs						
Prescription	G	t	G	G	G	t
Nonprescription	G	t	G	G	G	t
Rehabilitation services						
Physical therapy	G	t	G	G	G	t
Occupational therapy	G	t	G	G	G	t
Durable medical equipment	G	G	G	G	G	t
Environmental adaptations						
Home alterations	G	G	t	G	G	t
Adaptations						
Work	G	G	t	G	G	t
Transport	G	G	t	G	G	t
Change of living status						
Nursing home	G	G	G	G	G	G
Other appropriate indicators						
Employability changes	G	G	G	G	G	G
Traditional medicines and treatments	G	G	G	G	G	G

ที่มา : WHO Scientific Group on the Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Milliennium, <u>The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium</u>, WHO Technical Report Series 919 (Geneva : World Health Organization 2003, 90-91)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาวะสุขภาพ (Health status)

การวัดภาวะสุขภาพ ใช้เป็นค่ามาตรฐานในการอธิบายภาวะร่างกาย (Health states) ที่แสดงออกมาในรูปมิติสุขภาพที่หลากหลาย โดยไม่คำนึงถึงแต่เฉพาะภาวะโรค ซึ่งข้อมูลที่นำมาใช้นี้ได้จากการตรวจวัดทางคลินิก การประเมินจากห้องปฏิบัติการ หรือผลการทดสอบบางชนิด นอกจากนี้ยังอาจได้มาจากการทำแบบประเมินตนเอง (Self-reported) ของผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก็ได้

มิติทางด้านสุขภาพ (Dimensional health)

เครื่องมือพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้วัดสภาวะสุขภาพที่ประกอบด้วยมิติย่อยด้านต่างๆ เครื่องมือแต่ละชนิดที่ใช้วัดอาจมีมิติที่แตกต่างกันออกไป คำว่ามิติในภาษาอังกฤษจะใช้ศัพท์ว่า Domain หรือ Dimension หรือ Indicators หรือ Scales สำหรับเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพแบบทั่วไปที่ใช้วัดมิติสุขภาพด้านต่างๆ แบบที่มีผู้นิยมใช้กันมากที่สุด แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 มิติสุขภาพในเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

Health domains	QWB 1970	McM 1976	SIP 1976	QLI 1981	NHP 1981	FSQ 1986	Duke 1990	SF-36 1992	WHO QOL 1996	EQ-5D 1999	WHO DAS 1999
Overall well-being				**P**			**P**	**P**			
General health							**P**				
Perceived health											
Change in health											
Physical health		**P**					**P**		**P**		
Activities/roles	**P**			**P**				**P**		**P**	**P**
Work			**P**			**P**					
Home			**P**								
Recreation			**P**								
Ambulation			**P**								
Eating			**P**								
Energy/vitality					**P**			**P**			
Mobility/fitness	**P**		**P**		**P**	**P**	**P**	**P**		**P**	**P**
Pain/discomfort					**P**		**P**	**P**		**P**	
Self-care			**P**	**P**		**P**				**P**	**P**

ตารางที่ 5 (ต่อ)

Health domains	QWB 1970	McM 1976	SIP 1976	QLI 1981	NHP 1981	FSQ 1986	Duke 1990	SF-36 1992	WHO QOL 1996	EQ-5D 1999	WHO DAS 1999
Sleep/rest			**P**		**P**						
Social health		**P**					**P**		**P**		
Activities/roles	**P**					**P**		**P**			
Communication			**P**								
Interaction			**P**		**P**	**P**					**P**
Support				**P**							
Mental health						**P**	**P**	**P**	**P**		
Activities/roes								**P**			
Alertness			**P**								
Anxiety/depression							**P**			**P**	
Cognition										**P**	**P**
Emotional status		**P**	**P**		**P**						
Outlook				**P**							
Self-esteem							**P**				
Handicap/participation					**P**						**P**
Environment									**P**		

QWB, Quality of Well-Being; McM, McMaster Health Index; SIP, Sickness Impact Profile; QLI, Quality of Life Index; NHP, Nottingham Health Profile; FSQ, Functional Status Questionnaire; Duke, Duke Health Profile; SF-36, Short Form Health Status Survey; WHOQOL, World Health Organization Quality of Life; EQ-5D, EuroQol Instrument; WHODAS, World Health Organization Disability Assessment Schedule.

ที่มา : WHO Scientific Group on the Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Milliennium, <u>The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium</u>, WHO Technical Report Series 919 (Geneva : World Health Organization 2003, 110-111)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สำหรับมิติสุขภาพที่จะนำมาใช้ในการวัดสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกควรมีความครอบคลุมมิติสุขภาพทั้ง 3 ด้านได้แก่ Physical Health, Social Health และ Mental Health ตัวอย่างมิติสุขภาพที่สำคัญต่อการวัดภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกบางประเภท แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 มิติสุขภาพที่ใช้วัดในภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกบางประเภท

	Rheuma toid arthritis	Osteo arthritis Lower limb	Osteo arthritis Hand	Osteo porosis	Spinal disorders	Trauma Upper limb	Trauma Lower limb
Overall Well-being	E						
General health	D			C			
Perceived health						A	A
Change in health	D					A	A
Physical health	A			A	X		
Activities/roles	a				X		
Work				c	X	A	A
Home				b		A	A
Recreation				b	X	A/B	A/B
Ambulation					X	A	A
Eating					X	A	C
Energy/vitality	a			d		B	B
Mobility/fitness				a	X	C	A
Pain/discomfort	a			a	X	A	A
Self-care	a			a		A	A
Sleep/rest				c		B	B
Social health	B			B	X		
Activities/roles	b			a	X		
Communication				c		A (writing)	C
Interaction	b			c		B	B
Support	b			b			

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 6 (ต่อ)

	Rheumatoid arthritis	Osteo arthritis Lower limb	Osteo arthritis Hand	Osteo porosis	Spinal disorders	Trauma Upper limb	Trauma Lower limb
Mental health	C			D			
Activities/roles							
Alertness						C	C
Anxiety/depression	c			b	X	A	A
Cognition				d		C	C
Emotional status				b	X	A	A
Outlook				b		A	A
Self-esteem	c			b		A	A
Handicap/participation	D			B	X		
Environment							

A, most important domain; a, most important subdomain ; X, applicable.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ที่มา : WHO Scientific Group on the Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Milliennium, The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium, WHO Technical Report Series 919 (Geneva : World Health Organization 2003, 118-119)

3. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต

Woolf et al. (2004) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายถึงผลกระทบจากอาการปวดในกล้ามเนื้อและกระดูก โดยเปรียบเทียบการจัดการความเจ็บปวดของประชากร (5,803 คน) กับการจัดการความเจ็บปวดโดยแพทย์ปฐมภูมิ (1,483 คน) ทำการเลือกอย่างสุ่มจาก 8 ประเทศในยุโรป ซึ่งจะทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยโครงสร้างของแบบสอบถามจะเป็นการถามเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวดในกล้ามเนื้อและกระดูกที่ทำเป็นส่วนใหญ่ และมุมมองของผลได้และผลเสียจากการรักษา รวมถึงการประเมินสภาวะสุขภาพด้วย SF-12 ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ปฐมภูมิมีมุมมองของการจัดการความเจ็บปวดในกล้ามเนื้อและกระดูกที่ดี ซึ่งแพทย์เหล่านี้จะให้ผู้ป่วยได้รับบางรูปแบบของการรักษา โดยมากกว่า 90% ของแพทย์ต้องการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น และส่วนใหญ่จะตระหนักถึงความเสี่ยงจากการรักษาด้วยยาในกลุ่ม NSAIDs ขณะที่ในมุมมองของประชากร มีประชารที่มีอาการปวดในกล้ามเนื้อและกระดูกถึง 27% ที่ไม่ได้พยายามหาวิธีรักษาเพื่อบรรเทาอาการ มีหลายคนที่รอคอยเป็นเวลาหลายเดือน/หลายปีก่อนที่จะมาพบแพทย์

55% ของผู้ป่วยที่ไปพบแพทย์พบว่าต้องได้รับยาเพื่อรักษาความเจ็บปวด ในการศึกษายังพบว่าการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเกิดขึ้นน้อย มีผู้ป่วยจำนวนเล็กน้อยบที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคของเขา และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีการรับรู้ที่ผิดเกี่ยวกับการรักษา ดังนั้นการที่ผู้ป่วยและแพทย์มีมุมมองของการรักษาที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีอาการปวดบางคนไม่เคยค้นหาวิธีที่จะนำมารักษาปล่อยให้อาการปวดคงอยู่และเกิดขึ้นเป็นประจำทุกวัน ขณะที่ผู้ป่วยที่ไปรับการรักษากับแพทย์ก็ได้รับข้อมูลหรือคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาเพียงเล็กน้อย และมีหลายคนที่มีมุมมองที่ผิดเกี่ยวกับผลได้และผลเสียของการรักษา จึงเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางของ Bingefors and Isacson (2004) ศึกษาถึงระบาดวิทยา การเกิดโรคร่วม (Co-morbidity) และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากอาการปวดศีรษะและอาการปวดในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกในแถบชนบทของ Uppland ประเทศสวีเดน ที่มีอายุระหว่าง 20-64 ปีจำนวน 4,506 คน จากรายงานทางการแพทย์พบว่าประชาชนมีปัญหาต่ออาการปวดหลัง (22.7%) และอาการปวดไหล่ (21.0%) มากที่สุด อาการปวดแขน/ขาพบเป็นอันดับห้า (15.7%) และอาการปวดศีรษะพบได้เป็นอันดับแปด (12.5%) ความชุกของการเกิดอาการปวดพบความแตกต่างของเพศโดยที่เพศหญิงจะพบอาการปวดศีรษะที่สูงกว่าเพศชาย เพศหญิงมีความรุนแรงของอาการปวดมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้อัตราการเกิดโรคร่วมระหว่างภาวะอาการปวด กับปัญหาทางกายและสุขภาพจิตพบได้สูงในเพศหญิง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่วัดด้วยแบบสอบถาม SF-36 พบความแตกต่างในเพศและชนิดของภาวะอาการปวด พบว่ามิติทางกายจะได้รับผลกระทบจากอาการปวดศีรษะในเพศชาย ส่วนมิติทางสุขภาพจิตจะได้รับผลกระทบในเพศหญิง ทั้งในเพศหญิงและเพศชายภาวะอาการปวดจะมีความสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำ และปัจจัยที่เกี่ยวเนื่องกับการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ยังพบความแตกต่างของเพศ โดยที่การศึกษาและการว่างงานเป็นปัจจัยสำคัญในเพศชาย ขณะที่ในเพศหญิงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การทำงานครึ่งเวลาและพึ่งแต่งงานจะเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเจ็บปวด สำหรับปัจจัยเรื่องความอ้วน การเกษียณ การเจ็บป่วยเป็นเวลานานและการขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการปวดที่พบได้โดยทั่วไป ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความเจ็บปวดไม่สม่ำเสมอในระหว่างเพศ เพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันในความชุกและความรุนแรงของการเกิดภาวะความเจ็บปวดในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่พบในประชากร

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

Roux et al. (2005) ทำการประเมินผลกระทบจากความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดขึ้นใหม่ต่อคุณภาพชีวิต โดยทำการศึกษาในประชากรชาวฝรั่งเศสจำนวน 1,202 คน ซึ่งมีอายุ 45-60 ปี ไม่เป็นโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในช่วงเริ่มการศึกษา ติดตามกลุ่มตัวอย่างไปเป็น

เวลา 28 เดือน ระหว่างปี ค.ศ. 1996 ถึง 1998 มีผู้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก 310 คนจัดเป็นกลุ่มทดลอง และเข้าคู่กับกลุ่มควบคุมที่มีสุขภาพดีด้วยอายุและเพศ ประเมินความเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตซึ่งได้รับผลกระทบจากความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยแบบ SF-36 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในส่วน Spine, Joint และ Extra-articular คิดเป็น 13.6, 4.2 และ 4.6%person-year ตามลำดับ คุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปมากที่สุด คือมิติ Bodily Painในกลุ่มที่มีความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งให้ค่าลดลงไป 10 แต้ม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าในกลุ่มที่มีความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจะมีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญในมิติของ Bodily Pain, Vitality, General Health และ Physical Functioning (ความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลง -7.4, -2.7, -1.8 และ -1.3 แต้ม ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มที่มีความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติเรื้อรังจะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ที่มีความผิดปกติเฉียบพลันในมิติของ Physical Functioning, Role emotion และ Social Functioning (ความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลง -2.1, -8.4 และ -5.9 ตามลำดับ)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

4. แบบสำรวจสุขภาพ SF-36

ในการวิจัยในครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกจะใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 หรือ แบบสำรวจสุขภาพ SF-36 เนื่องจากการสภาพการเก็บข้อมูลในพื้นที่ไม่มีการแยกเป็นรายโรค แต่จัดเก็บเป็นภาวะโรคการใช้แบบสอบถาม SF -36 จึงให้ความครอบคลุมมิติด้านสุขภาพที่สำคัญที่ภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกอาจส่งผลกระทบถึง โดยแบบสอบถาม SF-36 ฉบับภาษาไทยนี้เป็นฉบับที่แปลโดยวัชรี เลอมานกุลและปารณีย์ มีแต้ม (2543)

4.1 **ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับแบบสอบถาม** SF-36

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Short-Form 36 เป็นแบบสอบถามสุขภาพที่สร้างและพัฒนาโดย The Medical Outcome Trust ของประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 มิติ (Dimension) รวม 35 ข้อ คือ มิติ Physical Functioning (PF), Role Limitations due to Physical problems (RP), Social Functioning (SF), Role Limitations due to Emotional problems (RE), Bodily Pain (BP), General Mental Health (MH), Vitality (VT) และ General Health Perceptions (GH) รวมทั้งคำถามเปรียบเทียบสุขภาพ (Reported Health Transition) อีก 1 ข้อ รวมทั้งสิ้น 36 ข้อ (ตารางที่ 7)

4.2 วิธีคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิต

การคำนวณคิดจากคะแนนดิบโดยแปลงคะแนน (Recoding) ตามที่กำหนดไว้ในคู่มือ จากนั้นนำคะแนนแต่ละคำถามในมิติเดียวกันมารวมกัน และท้ายสุดคือการคำนวณโดยใช้สูตรที่ผู้สร้างได้กำหนดไว้ ถ้าหากในมิติใดที่ผู้ตอบตอบคำถามน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนข้อในมิตินั้นๆ จะไม่สามารถนำมาคำนวณเป็นคะแนนได้ และจะถือว่าเป็นข้อมูลที่ขาดหายไป (Missing data) คะแนนของแต่ละมิติจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 100 ความหมายของคะแนนสูงคือการมีสุขภาพดี คะแนนต่ำแสดงถึงระดับสุขภาพที่ด้อยกว่าหรือแย่กว่า (ตารางที่ 8) คำถามข้อที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับระดับสุขภาพโดยทั่วไปเมื่อเทียบกับเมื่อปีที่แล้ว จะไม่นำมาคำนวณคะแนน แต่จะนำมาเปรียบเทียบเป็นร้อยละของผู้ตอบข้อเลือกในแต่ละข้อ

4.3 **ความตรง** (Validity) **และความเที่ยงของแบบสอบถาม**

แบบสอบถามฉบับภาษาไทยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากจำนวนตัวอย่าง 569 คน (ช่วงเดือนพฤษภาคม 2542 ถึงพฤศจิกายน 2542) เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำแบบสอบถาม แบ่งอายุของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 6 ช่วงๆละ 10 ปี (17-24 ปี, 25-34 ปี, 35-44 ปี, 45-54 ปี, 55-64 ปี และ 65-74 ปี) โดยทำการทดสอบความตรงใน 2 ลักษณะ คือ Construct validity (ความตรงตามโครงสร้าง) และ Known-group validity

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วัดความตรงทางโครงสร้าง (Construct validity) เป็นการตรวจสอบว่าแบบสอบถามฉบับภาษาไทยนี้ยังมีลักษณะที่เป็นไปตามโครงสร้างที่กำหนดโดยผู้สร้างหรือไม่ โดยมิติทั้ง 8 ซึ่งมีลักษณะเฉพาะจะแบ่งแยกได้จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ภายในมิติและระหว่างมิติ ด้วยวิธี Multitrait scaling analysis ซึ่งเป็นวิธีการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างคำถามกับมิติต่างๆ โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson’s product moment coefficient) ระหว่างคำถามกับมิติต่างๆ ซึ่งจะแสดงผลในรูป Multitrait-item correlation matrix และ Scaling success (คือร้อยละจำนวนคู่เปรียบเทียบที่เข้าเกณฑ์ หารด้วยจำนวนคู่เปรียบเทียบทั้งหมด) เพื่อตรวจสอบโครงสร้างของแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ 2 ประการคือ

1) Convergent validity การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคำถามกับมิติที่คำถามเป็นองค์ประกอบอยู่ (item with its own scale, corrected for overlap) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.4 เนื่องจากคำถามในองค์ประกอบเดียวกันวัดสิ่งเดียวกัน

2) Discriminant validity การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคำถามกับมิติที่คำถามเป็นองค์ประกอบอยู่ โดยที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ควรจะมีค่ามากกว่าความสัมพันธ์ระหว่างคำถามนั้นๆกับมิติอื่นๆ โดยมากกว่ากันเท่ากับ ≥ 2 s.e. ของค่าเฉลี่ยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Stardard error of the correlation)

Known-group validity เป็นการตรวจสอบความตรงที่พิจารณาความสามารถในการแยกแยะระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่มีความแตกต่างกันตามลักษณะที่ทราบอยู่แล้ว โดยทำการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มคนต่างๆ ซึ่งแบ่งตามอายุและการมีโรคประจำตัว หลักการคือ ผู้ที่มีอายุน้อยจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆทั้งที่ใช้แรงมากได้อย่างไม่มีปัญหา ดังนั้นระดับคุณภาพชีวิตมิติ Physical Function จะสูงกว่าผู้สูงอายุ และผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้การคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิตในขั้นนี้จะแทนที่ข้อมูลที่ขาดหายไป (Missing data) ด้วยค่าเฉลี่ยของคำตอบที่เหลือทั้งหมดในมิตินั้น เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดในคู่มือ และใช้ t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยในกลุ่มต่างๆ เปรียบเทียบกัน

ความเที่ยงของแบบสอบถามคำนวณตามหลักการของการวิเคราะห์ความเที่ยงภายใน (Internal consistentcy) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's α ค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง 0 ถึง 1 ค่าความเที่ยงควรมีค่ามากกว่า 0.5 และถ้าใช้แบบสอบถามเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างควรมีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ค่าความเที่ยงที่ได้จากการคำนวณโดยตัดคำถามหนึ่งๆ ออกไป (Cronbach's α if item deleted)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย ที่ได้รับการพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติความตรงและความเที่ยง ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 60 คน และกลุ่มใหญ่จำนวน 569 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงพฤศจิกายน 2543 ผลการวิจัยพบว่ามีอัตราข้อมูลที่ขาดหายไปโดยเฉลี่ย 1.4 % ความตรงด้าน Convergent validity และ Discriminant validity เท่ากับ 91.4% และ 96.4% ตามลำดับ มิติ Vitality มีความสัมพันธ์กับมิติ Mental Health ค่อนข้างสูง ความตรงซึ่งวัดโดย Known-group validity พบว่ามีแนวโน้มเป็นไปตามที่คาดไว้คือสามารถวัดความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีและไม่มีโรคประจำตัวได้ ความเที่ยงซึ่งวัดโดย Cronbach's alpha coefficient มีค่าตั้งแต่ 0.63 ถึง 0.77 แบบสอบถาม SF-36 ที่แปลเป็นภาษาไทยนี้มีคุณสมบัติสอดคล้องกับต้นฉบับภาษาอังกฤษหลายๆ ประการ ยกเว้นความสัมพันธ์ระหว่างมิติของ Vitality และมิติ Mental Health ซึ่งไม่เป็นไปตามทฤษฎี

ตารางที่ 7 จำนวนคำถามในแบบสอบถาม SF-36

Dimension	ข้อคำถามที่	จำนวนข้อคำถาม
Physical Functioning (PF)	3a-3j	10
Role-Physical (RP)	4a-4d	4
Bodily Pain (BP)	7&8	2
General Health (GH)	1&11a-11d	5
Social Functioning (SF)	6&10	2
Vitality (VT)	9a, 9e, 9g, 9i	4
Role-Emotional (RE)	5a-5c	3
Mental Health (MH)	9b, 9c, 9d, 9f 9h	5
Reported Health Transition (HT)	2	1

ตารางที่ 8 ความหมายของคะแนนสูงและต่ำของแบบสอบถาม SF-36

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

Dimension	จำนวนข้อ	ความหมายของคะแนนต่ำ	ความหมายของคะแนนสูง
Physical Functioning (PF)	10	มีปัญหามากในการทำกิจกรรมต่างๆทางกายทั้งหมดรวมทั้งการอาบน้ำแต่งตัว	ทำกิจกรรมต่างๆทางร่างกายทั้งหมดรวมทั้งที่ต้องใช้แรงอย่างมากโดยไม่มีปัญหาเนื่องจากสุขภาพ
Role Limitations due to Physical problems (RP)	4	มีปัญหากับการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆเนื่องจากสุขภาพร่างกาย	ไม่มีปัญหากับการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆเนื่องจากสุขภาพร่างกายในระหว่างหนึ่งเดือนที่แล้ว
Social Functioning (SF)	2	ปัญหาทางร่างกายและอารมณ์มีผลกระทบอย่างมากและบ่อยๆในการทำกิจกรรมทางสังคม	ทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติได้โดยไม่มีผลกระทบจากปัญหาทางร่างกายและอารมณ์ ในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา
Role Limitations due to Emotional problems (RE)	3	มีปัญหากับการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆ เนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	ไม่มีปัญหากับการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 8 **(ต่อ)**

Dimension	จำนวนข้อ	ความหมายของคะแนนต่ำ	ความหมายของคะแนนสูง
Bodily Pain (BP)	2	มีความเจ็บปวดที่รุนแรงมากและทำให้เกิดปัญหาอย่างมากในการทำสิ่งต่างๆ	ไม่มีความเจ็บปวดหรือไม่มีปัญหาเนื่องจากความเจ็บปวด ในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา
General Mental Health (MH)	5	มีความรู้สึกวิตกกังวลและหดหู่ตลอดเวลา	รู้สึกสงบ สบาย มีความสุขตลอดเวลาในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา
Vitality (VT)	4	รู้สึกเหนื่อยและหมดแรงตลอดเวลา	รู้สึกเต็มไปด้วยความกระตือรืนล้นและพลังตลอดเวลาในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา
General Health Perceptions (GH)	5	เชื่อว่าสุขภาพส่วนตัวแย่และจะแย่ลงไปอีก	เชื่อว่าสุขภาพส่วนตัวดีเยี่ยม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกรายใหม่ก่อนและหลังที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย

1. ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้มารับบริการนวดไทยจากงานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลท่ายาง จากข้อมูลผู้มารับบริการด้านการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง มีผู้มารับบริการที่เป็นรายใหม่ที่มารับบริการนวด (รวมทุกระบบ) ณ งานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลท่ายาง โดยเฉลี่ย 56.75 คนต่อเดือน ในช่วง 1 ต.ค. 2547 ถึง 30 ก.ย. 2548 (รายงานการให้บริการการแพทย์แผนไทย 2548) และการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้ผู้ป่วยต้องมารับการนวดอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวน 5 ครั้ง เพื่อให้การตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค การรักษาในผู้ป่วยสามารถประเมินผลการรักษาได้อย่างชัดเจน (วัฒนพัฒน์ สมศรี 2548) จากการประมาณกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประมาณ 100 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับบริการในช่วง 1 ม.ค. ถึง 31 มี.ค. 2549 ซึ่งเก็บข้อมูลได้จริงจำนวน 97 คน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

เกณฑ์ในการเลือกตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการศึกษาพิจารณาตามคุณสมบัติ คือ

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. สามารถสื่อสาร ด้วยภาษาไทยได้
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกและไม่เป็นอันตรายหากทำการนวด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 4 ชนิด ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย 2) แบบบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 3) มาตรวัดความเจ็บปวด 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเครื่องมือชนิดที่ 1-2 ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นสำหรับเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้โดยเฉพาะ และเครื่องมือชนิดที่ 3-4 เป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับการวัดความเจ็บปวด และการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถามแล้ว

โดยรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชนิดมีดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินความรู้เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย

การประเมินความรู้เพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการบริการและการรักษาของเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย โดยแนวทางการรักษาด้วยการนวดไทยของงานการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลท่ายางเน้นการให้การรักษาอย่างต่อเนื่องและติดตามผลการรักษา ซึ่งเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยทำการนวดผู้ป่วยด้วยการกดด้วยนิ้วหัวแม่มือ ปลายนิ้วอื่นๆ ทำการนวดพื้นฐาน และนวดเพื่อแก้ไขความผิดปกติตามระบบสัญญาณต่างๆที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกายทางหัตถเวช และมีการประยุกต์ใช้อุ้งมือเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ถูกกดนวด (วัฒนพัฒน์ สมศรี 2548) แบบประเมินประกอบด้วยคำถามเชิงอัตนัยจำนวน 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นการวัดความรู้เกี่ยวกับจุดสัญญาณทั้ง 5 และตอนที่ 2 เป็นการวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา(ภาคผนวก ก)

2. แบบบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

2.1 **แบบสอบถามผู้มาใช้บริการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง**

ประกอบด้วยเลขประจำตัวโรงพยาบาล ที่อยู่ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะงานที่ทำในปัจจุบัน รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน การรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ผ่านมา (ภาคผนวก ข)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.2 แบบบันทึกประวัติการรักษา

ประกอบด้วยเลขประจำตัวโรงพยาบาล ชื่อ-สกุล เพศ อายุ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ โรคประจำตัว ประเภทสิทธิในการรักษา วันที่ได้รับการนวด อาการที่เป็นมา ผลการตรวจร่างกายและวินิจฉัยโรคในแต่ละครั้ง ประเภทของการนวดที่ได้รับ ผู้ทำการนวด วันที่นัดครั้งต่อไป (ภาคผนวก ค)

2.3 แบบติดตามกลุ่มตัวอย่างระหว่างการรักษา

เพื่อติดตามดูผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการนวด การรักษาร่วมที่ผู้ป่วยได้รับ และกิจกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ได้แก่การทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเปลี่ยนแปลงอิริยาบทต่างๆ รวมถึงการบริหารร่างกายในช่วงที่เว้นระยะของการนวด (ภาคผนวก ง)

3. มาตรวัดความเจ็บปวด

ในการศึกษาใช้มาตรวัดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของจอห์นสัน (1974, อ้างถึงใน อุไร นิโรธนันท์ 2539) แปลและเรียบเรียงโดยอุไร นิโรธนันท์และเพ็ญศรี ระเบียบ (2539) ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นมาตรที่ใช้วัดความรู้สึกเจ็บปวด และส่วนที่ 2 เป็นมาตรที่ใช้วัดความทุกข์ทรมาน ลักษณะของแบบประเมินสามารถใช้แยกส่วนกันได้ สำหรับ

การศึกษาครั้งนี้จะใช้เฉพาะส่วนเป็นมาตรวัดความรู้สึกเจ็บปวด มาตรวัดความเจ็บปวดมีลักษณะเป็นเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่วง โดยมีตัวเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0..1.. จนถึง 10 และมีตัวหนังสือเขียนอธิบายไว้ใต้เลข 0 หมายถึงไม่รู้สึกเจ็บปวด และเลข 10 หมายถึงรู้สึกเจ็บปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยชี้หรือทำเครื่องหมายบนตัวเลขใด ตัวเลขนั้นจะเป็นคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยมีคะแนนได้ตั้งแต่ 0 จนถึง 10 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในแต่ละครั้ง (ภาคผนวก จ)

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูก สำหรับการวิจัยนี้คือ แบบสำรวจสุขภาพ Short-Form 36 (SF-36) แปลใหม่ฉบับภาษาไทยโดยวัชรี เลอมานกุล และปารณีย์ มีแต้ม (2548 : 69-88) ลักษณะของแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 เป็นแบบสอบถามทั่วไปใช้สำหรับการวัดสถานะสุขภาพ (General health status measure) ประกอบด้วย 36 ข้อคำถามสำหรับ 8 มิติด้านสุขภาพ ในแต่ละมิติจะใช้คะแนน 0 (แย่ที่สุด) - 100 (สุขภาพดีที่สุด) มิติด้านสุขภาพ 8 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหวทางกาย (Physical Functioning, PF) การจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางกาย (Role Limitations due to Physical problems, RP) หน้าที่ทางสังคม (Social Functioning , SF) การจำกัดบทบาทเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ (Role Limitations due to Emotional problems, RE) ความเจ็บปวด (Bodily Pain, BP) สุขภาพจิต (General Mental Health, MH) พลังงาน (Vitality, VT) และมุมมองด้านสุขภาพ (General Health Perceptions, GH) นอกจากนี้ยังมีคำถามเปรียบเทียบสุขภาพ (Reported Health Transition) อีก 1 ข้อ (ภาคผนวก ฉ)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันเสาร์ เวลา 8.00- 16.00 น. โดยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตามวันและเวลาที่กำหนด

2. ชี้แจงการดำเนินการวิจัยให้กับเจ้าหน้าที่ในงานแพทย์แผนไทยทราบ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ประเมินความรู้ของเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย โดยประเมินก่อนการศึกษาวิจัยด้วยแบบประเมินความรู้ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการกระตุ้นสัญญาณทั้ง 5 ในตำแหน่งอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการนวดไทย และคำถามเกี่ยวกับโรคและอาการของโรค เพื่อให้บอกได้ถึง

วิธีการตรวจร่างกายทางหัตถเวช การรักษาด้วยการนวดและคำแนะนำที่ควรให้แก่ผู้ป่วย ผลการประเมินความรู้เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยจำนวน 11 คน คะแนนเต็ม 50 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดคะแนนที่ถือว่าผ่านการประเมินความรู้ที่ 35 คะแนนขึ้นไป ในครั้งที่ 1 คะแนนต่ำสุด 34 คะแนน จำนวน 1 คน และคะแนนสูงสุด 49.5 คะแนน จำนวน 1 คน มีผู้ไม่ผ่านการประเมิน 2 คน ผู้วิจัยได้ให้เจ้าหน้าที่ทั้งหมดได้รับการอบรมความรู้จากผู้เชี่ยวชาญประจำหน่วยงานอีกครั้ง เพื่อทบทวนความรู้และกำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยการนวด การประเมินความรู้เจ้าหน้าที่ในครั้งที่ 2 ผลการประเมินพบว่าเจ้าหน้าที่ทั้ง 11 คนผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยมีคะแนนต่ำสุด 39.7 คะแนน และคะแนนสูงสุด 50 คะแนน

4. เมื่อมีผู้ป่วยรายใหม่ขอเข้ารับการนวดไทย เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ลงประวัติและนัดวัดนวดทำการซักประวัติและอาการปัจจุบันของผู้ป่วย หากผู้ป่วยรายใดที่ตรงตามเกณฑ์การรับเข้าของการวิจัยจะแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักกับผู้วิจัย เพื่ออธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย หากผู้ป่วยยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามผู้มาใช้บริการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง แบบสำรวจสุขภาพ SF-36 (วัดครั้งที่ 1) และมาตรวัดความเจ็บปวดเพื่อเก็บเป็นข้อมูลเริ่มต้น แต่หากผู้ป่วยไม่สะดวกในการตอบ เช่น อ่านเขียนไม่ได้ มีปัญหาทางสายตาหรือการเขียนผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังแล้วให้ผู้ป่วยตอบ จากนั้นผู้วิจัยจะบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม กรณีในวันที่ผู้ป่วยมาขอรับบริการ ผู้ป่วยอยู่ในช่วงของการมีประจำเดือน หรือมีไข้สูงเกินกว่า 38.5 องศาเซลเซียส จะไม่รับเข้าการศึกษาจนกว่าร่างกายผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพที่สามารถทำการนวดได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

5. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนการรักษาด้วยการนวด

5.1 ผู้ป่วยต้องมารับการนวดอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 นาที โดยเริ่มให้การรักษาด้วยการนวดไทยหลังจากซักประวัติและตรวจร่างกายแล้ว การรักษาจะนัดให้ผู้ป่วยมารับการนวดอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 วัน โดยไม่ให้นวดติดกันทุกวันเนื่องจากการนวดอาจมีผลให้กล้ามเนื้อเกิดการระบม หากนวดทุกวันกล้ามเนื้ออาจระบมมากขึ้น ไม่เห็นผลในการรักษา การเว้นช่วงระหว่างการนวด 2-3 วันเพื่อให้กล้ามเนื้อหายจากการระบม และกล้ามเนื้อยังคงคลายตัวอยู่หลังจากการนวดในครั้งที่แล้ว แต่หากผู้ป่วยเว้นจากการนวดนานเกินไปกล้ามเนื้อจะกลับสู่สภาพเดิมต้องเริ่มการรักษาใหม่ ในการนวดครั้งที่ 2 ทำการประเมินผลการวินิจฉัยซ้ำ หากพบว่าการอาการของผู้ป่วยกับการวินิจฉัยและการให้การรักษายังไม่ถูกต้อง เช่น ความผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดในระบบกล้ามเนื้อ แต่เกิดจากพังผืดหรือความผิดปกติในระบบกระดูก อาจทำการส่งต่อผู้ป่วยแก่แพทย์แผนปัจจุบันหรือเปลี่ยนแผนการรักษาในผู้ป่วยรายนั้นๆ ซึ่งหลังการรักษาด้วยการนวดในครั้งที่ 3 ผู้ป่วยบางรายอาการจะเริ่มดีขึ้น ซึ่งผู้ให้การรักษาจะแนะนำให้ผู้ป่วยมารับ

การนวดอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยในการวิจัยจะติดตามผู้ป่วยที่มารับการนวดจนครบ 5 ครั้งเพื่อให้เห็นผลการรักษาที่ชัดเจน (วัฒนพัฒน์ สมศรี 2548) รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในระหว่างการรักษาทั้งหมดประมาณ 15 วัน แต่หากผู้ป่วยไม่ได้รับการนวดอย่างต่อเนื่องครบ 5 ครั้งเพื่อรักษาอาการเดียวกัน คือเว้นช่วงพักของการนวดแต่ละครั้งเกินกว่า 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะยังคงติดตามผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการรักษา ความเจ็บปวดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยแบบติดตามผลระหว่างการรักษา มาตรวัดความเจ็บปวด และแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ตามลำดับ

5.2 หากในระหว่างการศึกษาผู้ป่วยได้รับการนวดจากแหล่งอื่นหรือมีการใช้ยาต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบด้วย หรือในวันนัดที่ต้องมารับการนวดผู้ป่วยมีประจำเดือนหรือมีไข้สูง ต้องทำการเลื่อนนัดให้มารับการนวดในวันอื่น โดยผู้วิจัยจะบันทึกรายละเอียดของข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

5.3 เมื่อผู้ป่วยเข้าใจถึงรายละเอียดต่างๆ แล้วผู้วิจัยจะส่งต่อผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อนัดวันนวดต่อไป

6. ผู้วิจัยลงบันทึกประวัติผู้ป่วยในแบบบันทึกประวัติการรักษา และจัดเก็บข้อมูลรวมทั้งแบบสอบถามที่ผู้ป่วยทำแล้ว เข้าแฟ้มประจำตัวผู้ป่วยแต่ละราย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

7. ผู้ป่วยที่มารับการนวดตามนัดจะถูกถามชื่อ วัดความดันโลหิต ซักถามอาการที่เป็นมาโรคประจำตัว และประวัติการรักษา โดยเจ้าหน้าที่จะบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกประวัติการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยพร้อมแบบบันทึกประวัติการรักษาให้กับเจ้าหน้าที่ที่ทำการนวด ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ทำการนวดจะอ่านข้อมูลจากแบบบันทึกประวัติการรักษา ตรวจลมเบื้องสูง-เบื้องต่ำ และตรวจร่างกายทางหัตถเวช ระบุสิ่งผิดปกติที่พบลงในแบบบันทึกประวัติการรักษา ทำการนวดตามหลักการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจได้รับการประคบร้อนหรือการประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร และการนวดเท้าร่วมด้วยขึ้นกับการรักษาของเจ้าหน้าที่ที่ทำการนวด และการยอมรับการรักษาของผู้ป่วย ก่อนเสร็จสิ้นการรักษาเจ้าหน้าที่ที่ทำการนวดจะแนะนำการปฏิบัติตัวและท่าบริหารร่างกายให้กับผู้ป่วย ซึ่งทุกอย่างที่ทำให้กับผู้ป่วยจะถูกบันทึกลงในแบบบันทึกประวัติการรักษา

8. ก่อนการนวดครั้งที่ 2, 3, 4 และ 5 ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยทำแบบติดตามผลระหว่างการรักษา และภายหลังจากการนวดครั้งที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยประเมินความเจ็บปวดของตนเองด้วยมาตรวัดความเจ็บปวด ทั้งนี้ผู้วิจัยจะบอกระดับความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยได้ประเมินไว้ในครั้งที่ผ่านมา ก่อนที่ผู้ป่วยจะทำการประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

9. เมื่อผู้ป่วยได้รับการนวดครบ 5 ครั้งแล้ว ในครั้งที่ 5 ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยทำแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 (วัดครั้งที่ 2)

10. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย คะแนนที่ได้จากมาตรวัดความเจ็บปวด และคะแนนจากแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 นำไปทดสอบทางสถิติต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล บันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ และประมวลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการศึกษาลักษณะของตัวแปรต่างๆ ได้แก่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความถี่ ร้อยละ

1.2 ข้อมูลโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ โดยคิดจากจำนวนคำตอบที่เลือกตอบเทียบกับจำนวนตัวอย่าง

1.3 ข้อมูลโรคกล้ามเนื้อและกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.4 ข้อมูลการบริการแพทย์แผนไทยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean)

1.5 การประเมินระดับสุขภาพด้วยตนเอง (Health Transition, (HT)) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนมารับการรักษาด้วยการนวดไทย สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ

1.6 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ฉบับภาษาไทย ลักษณะคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ในมิติสุขภาพด้าน Physical Functioning (PF) Role-Physical (RP) Bodily Pain (BP) General Health (GH) Vitality (VT) Social Functioning (SF) Role-Emotional (RE) และ Mental Health (MH) คำนวณเป็นระดับคุณภาพชีวิตตามวิธีที่ระบุโดยผู้สร้างแบบสอบถาม และแทนค่าข้อมูลที่ขาดหายไป (Missing data) ตามที่ผู้สร้างกำหนดไว้ สถิติที่ใช้คือ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ของแบบสอบถาม (% Floor) (0) และร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของแบบสอบถาม (% Ceiling) (100) ในมิติต่างๆ

1.7 ข้อมูลระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการรักษา และหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยในแต่ละครั้ง สถิติที่ใช้ คือ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

1.8 การรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ โดยคิดจากจำนวนคำตอบที่เลือกในแต่ละประเภทของการรักษาเทียบกับจำนวนตัวอย่าง

1.9 การทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างที่ส่งผลต่อภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ก่อนการรักษาและระหว่างการรักษา ได้แก่ 1) กิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที เป็นเวลาตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป เช่นการทำงานในโรงงานที่ใช้ระบบสายพาน, รีดผ้า 2) กิจกรรมที่มีการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เช่น แป้นพิมพ์และเมาส์ หรือเครื่องพิมพ์ดีดอย่างต่อเนื่องเป็น เวลานานกว่า 4 ชั่วโมง 3) กิจกรรมที่มีการยกของหนักกว่า 25 กิโลกรัม บ่อยครั้งมากกว่า 10 ครั้ง/วัน หรือยกหนักกว่า 11 กิโลกรัม ในระดับต่ำกว่าเข่า หรือยกสูงกว่าไหล่ หรือยกเมื่อเหยียดแขน บ่อยครั้งมากกว่า 25 ครั้ง/วัน 4) กิจกรรมที่มีการผลักหรือดันของที่หนักกว่า 30 กิโลกรัมไปตามพื้น หรือเข็นรถเข็นที่มีของหนักกว่า 18 กิโลกรัม เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน 5) กิจกรรมที่มีการหอบ/หนีบสิ่งของหนักมากกว่า 1 กิโลกรัมด้วยมือแต่ละข้าง หรือหิ้วสิ่งของหนัก 4.5 กิโลกรัมโดยใช้มือแต่ละข้าง เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือหนีบของนานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน 6) กิจกรรมที่มีการใช้มือทั้งสองไว้เหนือศีรษะ หรือข้อศอกเหนือหัวไหล่เพื่อทำงานเดิมอย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น สอยผลไม้ จัดของที่อยู่บนชั้นสูง 7) กิจกรรมที่มีการนั่งยองๆ หรือคุกเข่านานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือทำงานที่หลังต้องงอ คอต้องก้มเงยข้อมืองออย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น การใช้จักรเย็บผ้า, เขียนหนังสือ 8) กิจกรรมที่มีการใช้มือหรือเข่าเสมือนว่าเป็นค้อนทุบหรือตอกมากกว่า 10 ครั้งต่อชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง นานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น งานประทับตรา, การใช้หัวเข่าออกแรงเคลื่อนย้ายวัสดุสิ่งของ 9) กิจกรรมที่มีการใช้เครื่องมือที่มีการสั่นสะเทือนความถี่สูง เช่น เลื่อยยนต์ เครื่องเจาะถนน หรือเครื่องมือที่คล้ายกัน เป็นเวลานานกว่า 30 นาที/วัน 10) กิจกรรมที่มีการใช้เครื่องมือที่มีความถี่ปานกลาง เช่น เลื่อนสายพาน เครื่องขัด เครื่องเจียระไนเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน 11) การเข้านอนที่เปลี่ยนจากท่านั่ง แล้วค่อยๆ เอนตัวและตะแคงตัวเข้านอน 12) การลุกจากที่นอนด้วยการตะแคงตัวก่อนจะลุกขึ้นนั่ง แล้วค่อยๆลุกจากที่นอน 13) การบริโภคอาหารเครื่องดื่มประเภทข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ของหมักดอง หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 14) การบริหารร่างกาย เช่น บริหารไหล่ บริหารคอ บริหารเข่า บริหารหลัง 15) การประคบด้วยความร้อนบริเวณกล้ามเนื้อที่อักเสบ/หรือกล้ามเนื้อที่ปวด สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.10 ข้อมูลการได้รับคำแนะนำเรื่องการบริหารร่างกาย และการบริโภคอาหารในกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่ทำการรักษาด้วยการนวดไทย สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ โดยคิดจากจำนวนคำตอบที่เลือกตอบเทียบกับจำนวนตัวอย่าง

1.11 อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ โดยคิดจากจำนวนคำตอบที่เลือกตอบเทียบกับจำนวนตัวอย่าง

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistics)

2.1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยแบบจับคู่ (paired t-test) สถิติทดสอบ t ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2.2 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการรักษาด้วยการนวดไทยของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะการเจ็บป่วยต่างๆ วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยแบบจับคู่ (paired t-test) สถิติทดสอบ t ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2.3 การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อน และหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 5 วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยแบบจับคู่ (paired t-test) สถิติทดสอบ t ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2.4 ปัจจัยด้านเพศกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ย (Independent samples t-test) สถิติทดสอบ t ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.5 ปัจจัยด้านอายุกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย โดยวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of variance) ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ในช่วงอายุที่แตกต่างกัน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ก่อนและหลังได้รับบริการการนวดไทยจากงานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลท่ายาง ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2549 จำนวนตัวอย่าง 97 คน โดยนำเสนอผลการศึกษาตามหัวข้อต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ข้อมูลโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ข้อมูลโรคกล้ามเนื้อและกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง

1.4 ข้อมูลการบริการแพทย์แผนไทยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและระดับความเจ็บปวด

2.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2.1.1 การประเมินระดับสุขภาพด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนมารับการรักษาด้วยการนวดไทย

2.1.2 ลักษณะคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย

2.1.4 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกประเภทต่างๆ

2.2 ระดับความเจ็บปวด

2.2.1 ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการรักษา และหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยในแต่ละครั้ง

2.2.2 การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อน และหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยการนวดไทยในช่วงที่มารับบริการนวดไทยที่โรงพยาบาลท่ายาง

3.1 การรักษาด้วยวิธีการอื่นๆของกลุ่มตัวอย่าง

3.2 การทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

3.3 อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านเพศและอายุกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

4.1 ปัจจัยด้านเพศ

4.2 ปัจจัยด้านอายุ

ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 **ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง**

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน

ในการงานแผนเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 100 คน แต่ข้อมูลที่ได้สมบูรณ์สำหรับการวิเคราะห์จำนวนทั้งสิ้น 97 คน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.35) มีช่วงอายุระหว่าง 24-82 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นผู้มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 29.90) รองลงมาคือมีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 24.74) และอายุระหว่าง 61-70 ปี (ร้อยละ 15.46) (ตารางที่ 9)

ในด้านสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพคู่ (ร้อยละ 67.01) รองลงมาคือผู้ที่อยู่เป็นโสด (ร้อยละ 18.56) (ตารางที่ 9)

ด้านการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.30) รองลงมาคือสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 27.83) (ตารางที่ 9)

ในด้านการประกอบอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการหรือเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 36.08) รองลงมาประกอบอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 18.56) โดยมีผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงานหรือเกษียณอายุหรือเป็นพระ (ร้อยละ 15.46) ทั้งนี้มีผู้ไม่ระบุอาชีพจำนวน 1 คน (ตารางที่ 9)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนตัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-40,000 บาทต่อเดือน โดยส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1-5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 23.71) รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 19.59) และมีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 17.52) ตามลำดับ ทั้งนี้รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 11,320.93 บาทต่อเดือน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9,679.19 บาท (ตารางที่ 9)

สิทธิการรักษาพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเบิกต้นสังกัดหน่วยงานราชการจำนวน 56 คน (ร้อยละ 57.73) รองลงมามีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพจำนวน 25 คน (ร้อยละ 25.77) และต้องชำระค่ารักษาเองจำนวน 16 คน (ร้อยละ 16.43) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	N (คน)	ร้อยละ	หมายเหตุ
เพศ			
ชาย	21	21.65	
หญิง	76	78.35	
รวม	97	100.00	
อายุ			
อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	6	6.19	อายุเฉลี่ย = 51.39 ปี
อายุ 31-40 ปี	14	14.43	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน=13.59 ปี
อายุ 41-50 ปี	29	29.90	อายุสูงสุด = 82 ปี
อายุ 51-60 ปี	24	24.74	อายุต่ำสุด = 24 ปี
อายุ 61-70 ปี	15	15.46	
อายุ 71 ปีขึ้นไป	9	9.28	
รวม	97	100.00	
สถานภาพ			
คู่	65	67.01	
โสด	18	18.56	
หม้าย	6	6.18	
แยกกันอยู่	5	5.15	
หย่า	3	3.09	
รวม	97	100.00	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	44	45.36	
มัธยมต้น	5	5.15	
มัธยมปลาย/ปวช./ปวส.	15	15.46	
สูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี	33	34.02	
รวม	97	100.00	

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 9 **(ต่อ)**

ตัวแปร	N (คน)	ร้อยละ	หมายเหตุ
อาชีพ			
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	35	36.08	
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	18	18.57	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน/ พระ	15	15.46	
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	15	15.46	
รับจ้างทั่วไป/กรรมกร	9	9.28	
แม่บ้าน/ทำงานบ้าน	3	3.09	
ลูกจ้างบริษัท/ ห้างร้านเอกชน	1	1.03	
รวม	96	98.97	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			
ไม่มีรายได้	16	16.49	รายได้เฉลี่ย = 11,320.93 บาท
1-5,000	23	23.71	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 9,679.19 บาท
5,001-10,000	19	19.59	รายได้สูงสุด = 40,000 บาท
10,001-15,000	13	13.40	รายได้ต่ำสุดคือไม่มีรายได้
15,001-20,000	9	9.28	
รายได้ตั้งแต่ 20,001 ขึ้นไป	17	17.52	
รวม	97	100.00	
สิทธิการรักษาพยาบาล			
เบิกต้นสังกัดหน่วยงานราชการ	56	57.73	
สิทธิตามหลักประกันสุขภาพ**	25	25.77	
ชำระค่ารักษาเอง	16	16.49	
รวม	97	100.00	

**สิทธิตามหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ประเภท 12-59 ปีและประเภท ท) ประกันสังคม บัตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.2 ข้อมูลโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัวใดๆทั้งสิ้น (ร้อยละ 58.80) ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลของโรคประจำตัวจำนวน 40 คน (ร้อยละ 41.20) โดยส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 42.50) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.00) ส่วนโรคประจำตัวอื่นๆที่พบในกลุ่มตัวอย่างคือ โรคไขมันในเลือดสูง โรคภูมิแพ้ โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ โรคไมเกรน และโรคไซนัส (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	N (คน)	จำนวนคำตอบ	ร้อยละคำตอบ	ร้อยละตัวอย่าง
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	57			58.80
มีโรคประจำตัว	40			41.20
โรคประจำตัวที่เป็น* คือ				
โรคความดันโลหิตสูง		17	32.10	42.50
โรคเบาหวาน		8	15.10	20.00
โรคไขมันในเลือดสูง		7	13.20	17.50
โรคภูมิแพ้		6	11.30	15.00
โรคกระเพาะอาหาร		6	11.30	15.00
โรคหัวใจ		5	9.40	12.50
โรคไมเกรน		3	5.70	7.50
โรคไซนัส		1	1.90	2.50
รวม	40	53	100.00	132.50

*แต่ละคนอาจมีโรคประจำตัวได้มากกว่า 1 โรค

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.3 ข้อมูลโรคกล้ามเนื้อและกระดูกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาด้วยการนวดไทย และมีภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวน 97 คน มีอาการปวดหลัง (Dorsalgia, unspecific) จำนวน 29 คน (ร้อยละ 29.90) ปวดบ่าหรือไหล่ (Other shoulder lesion) จำนวน 26 คน (ร้อยละ 26.80) ปวดแขนหรือขา (Pain in limb) จำนวน 22 คน (ร้อยละ 22.68) ปวดเข่า (Gonarthrosis, unspecific) จำนวน 12 คน (ร้อยละ 12.37) อาการปวดไม่เฉพาะเจาะจง (Pain, unspecific) จำนวน 3 คน (ร้อยละ 3.09) ปวดสะโพก/เอว (Pelvic & perineal pain) จำนวน 3 คน (ร้อยละ 3.09) และปวดต้นคอ (Cervicalgia) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.06)

1.4 ข้อมูลการบริการแพทย์แผนไทยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 97 คน ซึ่งได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยจนครบทั้ง 5 ครั้ง จำนวน 76 คน และได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย 1-4 ครั้งจำนวน 21 คน ในกลุ่มที่ได้รับการนวดไทยไม่ครบ 5 ครั้งนี้สามารถติดตามผลการรักษาได้ จำนวน 9 คน

การรักษาภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายางโดยรวมเริ่มจากการตรวจร่างกายตามหลักการแพทย์แผนไทย จากนั้นจึงทำการนวดตัวและกระตุ้นจุดสัญญาณตามร่างกาย และประคบด้วยลูกประคบร้อน แต่หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดด้านเวลาหรือค่าใช้จ่ายอาจทำการรักษาด้วยการนวดเฉพาะที่ นอกจากนี้ผู้ทำการนวดอาจทำการนวดฝ่าเท้าหรือแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างอบสมุนไพรร่วมกับการรักษาด้วยการนวดด้วย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ผลการศึกษาพบว่า โดยรวมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.57) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดตัวเป็นหลัก ร่วมกับการประคบ (ร้อยละ 81.83) และนวดฝ่าเท้า (ร้อยละ 19.47) เช่นเดียวกับการนวดเพื่อการรักษาอาการปวดแขน/ขา ปวดไม่เฉพาะเจาะจง ปวดเข่า ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดคอ และปวดสะโพก/เอว ในทุกครั้งที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 การบริการแพทย์แผนไทยที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

โรคกล้ามเนื้อและกระดูก	ครั้งที่นวด	N (คน)	ประเภทการบริการแพทย์แผนที่ได้รับ: นวดตัว N	นวดตัว ร้อยละ	นวดเฉพาะที่ N	นวดเฉพาะที่ ร้อยละ	ประคบ N	ประคบ ร้อยละ	อบสมุนไพร N	อบสมุนไพร ร้อยละ	นวดฝ่าเท้า N	นวดฝ่าเท้า ร้อยละ
ปวดขา/แขน	1	22	21	95.45	1	4.55	16	72.73	1	4.55	5	22.73
(Pain in limb)	2	20	19	95.00	1	5.00	17	85.00	0	0.00	4	20.00
	3	18	18	94.74	1	5.26	14	73.68	1	5.26	6	31.58
	4	16	16	94.12	1	5.88	14	82.35	0	0.00	6	35.29
	5	16	16	94.12	1	5.88	15	88.24	0	0.00	7	41.18
ปวดไม่	1	3	3	100.00	0	0.00	1	33.33	0	0.00	0	0.00
เฉพาะเจาะจง	2	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
(Pain,	3	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
unspecific)	4	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	5	1	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ปวดเข่า	1	12	12	100.00	0	0.00	11	91.67	0	0.00	0	0.00
(Gonarthrosis,	2	11	11	100.00	0	0.00	10	90.91	0	0.00	2	18.18
unspecific)	3	11	11	100.00	0	0.00	9	81.82	0	0.00	1	9.09
	4	11	11	100.00	0	0.00	10	90.91	0	0.00	1	9.09
	5	11	11	100.00	0	0.00	10	90.91	1	9.09	1	9.09
ปวดบ่า ไหล่	1	26	23	88.46	3	11.54	22	84.62	0	0.00	6	23.08
(Other shoulder	2	24	22	91.67	2	8.33	22	91.67	2	8.33	4	16.67
lesion)	3	22	19	86.36	3	13.64	18	81.82	0	0.00	4	18.18
	4	19	18	94.74	1	5.26	16	84.21	2	10.53	3	15.79
	5	19	18	94.74	1	5.26	16	84.21	0	0.00	4	21.05
ปวดหลัง	1	29	28	96.55	1	3.45	25	86.21	0	0.00	7	24.14
(Dorsalgia,	2	28	27	96.43	1	3.57	21	75.00	0	0.00	5	17.86
unspecific)	3	26	25	96.15	1	3.85	19	73.08	0	0.00	6	23.08
	4	24	23	95.83	1	4.17	20	83.33	0	0.00	3	12.50
	5	24	24	100.00	0	0.00	19	79.17	1	4.17	5	20.83

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 11 (ต่อ)

โรคกล้ามเนื้อและกระดูก	ครั้งที่นวด	N (คน)	ประเภทการบริการแพทย์แผนที่ได้รับ: นวดตัว N	นวดตัว ร้อยละ	นวดเฉพาะที่ N	นวดเฉพาะที่ ร้อยละ	ประคบ N	ประคบ ร้อยละ	อบสมุนไพร N	อบสมุนไพร ร้อยละ	นวดฝ่าเท้า N	นวดฝ่าเท้า ร้อยละ
ปวดต้นคอ (Cervicalgia)	1	2	2	100.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	0	0.00
	2	2	2	100.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	1	50.00
	3	2	2	100.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00
	4	2	2	100.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00
	5	1	1	100.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00
ปวดสะโพก/เอว (Pelvic & perineal pain)	1	3	3	100.00	0	0.00	3	100.00	0	0.00	0	0.00
	2	3	3	100.00	0	0.00	3	100.00	0	0.00	0	0.00
	3	3	3	100.00	0	0.00	3	100.00	0	0.00	0	0.00
	4	3	3	100.00	0	0.00	3	100.00	0	0.00	0	0.00
	5	3	3	100.00	0	0.00	3	100.00	0	0.00	0	0.00
โรคกล้ามเนื้อและกระดูกโดยรวม	1	97	92	94.85	5	5.15	80	82.47	1	1.03	18	18.56
	2	89	85	95.51	4	4.49	74	83.15	2	2.25	16	17.98
	3	84	79	94.05	5	5.95	64	76.19	1	1.19	17	20.24
	4	77	74	96.10	3	3.90	64	83.12	2	2.60	13	16.88
	5	76	74	97.37	2	2.63	64	84.21	2	2.63	18	23.68
	เฉลี่ย	84.60	80.80	95.57	3.80	4.43	69.20	81.83	1.60	1.94	16.40	19.47

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและระดับความเจ็บปวด

2.1 **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ**

2.1.1 **การประเมินระดับสุขภาพด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง**

การประเมินระดับสุขภาพด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างเทียบกับเมื่อที่ผ่านมาด้วยแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 คำตอบเกี่ยวกับระดับสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกประเมินได้ ได้แก่ สุขภาพโดยรวมดีกว่าเมื่อปีที่แล้วมาก ค่อนข้างดีกว่า เหมือนเดิม ค่อนข้างแย่ หรือว่าแย่กว่ามาก ซึ่งคำตอบที่ได้นำไปคิดเป็นคะแนนตามวิธีการที่ผู้สร้างแบบสอบถามได้กำหนดไว้

ผลการศึกษาก่อนมารับการรักษาด้วยการนวดไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.79) ระบุว่ามีสุขภาพของตนเองเหมือนกับปีที่ผ่านมา รองลงมาระบุว่าสุขภาพค่อนข้าง

แย่กว่าปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 27.63) และสุขภาพแย่กว่าเมื่อปีที่ผ่านมามาก (ร้อยละ 14.47) ตามลำดับ (ตารางที่ 12)

ผลการศึกษาหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยจนครบ 5 ครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 30.26) ระบุว่าสุขภาพของตนเองเหมือนกับปีที่ผ่านมาและค่อนข้างดีกว่าปีที่ผ่านมา รองลงมาระบุว่าสุขภาพค่อนข้างแย่กว่าปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 22.37) (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 12 ระดับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินตนเองก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทย

ระดับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเทียบกับเมื่อปีที่ผ่านมา ประเมินก่อนการรักษาด้วยการนวดไทย	จำนวนผู้ตอบคำถาม	
	N (คน)	ร้อยละ
ดีกว่ามาก	4	5.26
ค่อนข้างดีกว่า	9	11.84
เหมือนเดิม	31	40.79
ค่อนข้างแย่	21	27.63
แย่กว่ามาก	11	14.47
รวม	76	100.00

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 13 ระดับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินตนเองหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยจนครบ 5 ครั้ง

ระดับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเทียบกับเมื่อปีที่ผ่านมา ประเมินหลังการรักษาด้วยการนวดไทยครบ 5 ครั้ง	จำนวนผู้ตอบคำถาม	
	N (คน)	ร้อยละ
ดีกว่ามาก	10	13.16
ค่อนข้างดีกว่า	23	30.26
เหมือนเดิม	23	30.26
ค่อนข้างแย่	17	22.37
แย่กว่ามาก	3	3.95
รวม	76	100

1.2 **ลักษณะคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง**

แบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 8 มิติสุขภาพ โดยแต่ละมิติมีระดับการวัดเป็นคะแนนตั้งแต่ 0 (แย่ที่สุด) – 100 (สุขภาพดีที่สุด) มิติสุขภาพ ได้แก่

1) การทำกิจกรรมต่างๆ ทางกายทั้งหมดรวมทั้งการอาบน้ำแต่งตัว (Physical Functioning, PF)

2) การทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆ ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพร่างกาย (Role Limitations due to Physical problems, RP)

3) การทำกิจกรรมทางสังคมที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพทางร่างกายและอารมณ์ (Social Functioning, SF)

4) การทำงานหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆ ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาทางอารมณ์ (Role Limitations due to Emotional problems, RE)

5) ความเจ็บปวดในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมาซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำสิ่งต่างๆ (Bodily Pain, BP)

6) ความรู้สึกวิตกกังวลและหดหู่ หรือความรู้สึกสงบ สบาย มีความสุขในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา (General Mental Health, MH)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

7) ความรู้สึกเหนื่อย หมดแรงหรือความกระตือรือร้น มีพละกำลังในระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา (Vitality, VT)

8) มุมมองความเชื่อด้านสุขภาพของตนเอง (General Health Perceptions, GH)

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทยในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 97 คน พบว่า มิติที่กลุ่มตัวอย่างได้ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงสุด คือมิติ Physical Functioning (80.1 ± 20.1) รองลงมาคือมิติ Social Functioning (77.7 ± 21.9 คะแนน) มิติที่กลุ่มตัวอย่างได้ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำที่สุดคือมิติ Bodily Pain (47.2 ± 18.7) รองลงมาคือมิติ Role-Physical (47.9 ± 37.1) จำนวนร้อยละของผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุดเป็น 0 คะแนน (%Floor) มีมากที่สุดคือมิติ Role-Emotional (26.8%) รองลงมาคือมิติ Role-Physical (22.7%) ขณะเดียวกันจำนวนร้อยละของผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดเป็น 100 คะแนน (% Ceiling) มีมากที่สุดคือมิติ Role-Emotional (26.8%) รองลงมาคือมิติ Social Functioning (39.2%) (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 ระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทยจำนวน 97 คน

มิติสุขภาพ	N	ระดับคุณภาพชีวิต				% Floor	% Ceiling
	(คน)	mean	s.d.	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด		
Physical Functioning	97	80.1	20.1	10	100	0.0	12.4
Role-Physical	97	47.9	37.1	0	100	22.7	23.7
Bodily Pain	97	47.2	18.7	10	100	0.0	2.1
General Health	97	50.4	18.5	0	87	1.0	0.0
Social Functioning	97	77.7	21.9	25	100	0.0	39.2
Vitality	97	64.4	15.4	30	100	0.0	1.0
Role-Emotional	97	57.0	41.9	0	100	26.8	41.2
Mental Health	97	71.3	18.5	16	100	0.0	6.2

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 คน พบว่า มิติที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงสุดคือมิติ Social Functioning (88.8 ± 15.2) รองลงมาคือมิติ Physical Functioning (84.1 ± 17.8) มิติที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำสุดคือมิติ General Health (57.4 ± 20.7) รองลงมาคือมิติ Bodily Pain (63.6 ± 19.7) จำนวนร้อยละของผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุดเป็น 0 คะแนน (%Floor) มีมากที่สุดคือมิติ Role-Physical (9.3%) รองลงมาคือมิติ Role-Emotional (8.2%) ขณะเดียวกันจำนวนร้อยละของผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดเป็น 100 คะแนน (% Ceiling) มีมากที่สุดคือมิติ Role-Emotional (53.6%) รองลงมาคือมิติ Social Functioning (48.5%) (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 ระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างหลังการรักษาด้วยการนวดไทยจำนวน 85 คน

มิติสุขภาพ	N (คน)	ระดับคุณภาพชีวิต				% Floor	% Ceiling
		mean	s.d.	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด		
Physical Functioning	85	84.1	17.8	20	100	0.0	20.6
Role-Physical	85	69.4	33.0	0	100	9.3	36.1
Bodily Pain	85	63.6	19.7	22	100	0.0	9.3
General Health	85	57.4	20.7	5	92	0.0	0.0
Social Functioning	85	88.8	15.2	37.5	100	0.0	48.5
Vitality	85	71.4	14.2	30	100	0.0	2.1
Role-Emotional	85	77.3	33.4	0	100	8.2	53.6
Mental Health	85	79.4	14.2	40	100	0.0	6.2

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.1.3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตกลุ่มตัวอย่างโดยรวมเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการนวดไทยจนครบ 5 ครั้ง จำนวน 76 คน พบว่าระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 8 มิติสุขภาพ ภายหลังได้รับการนวดไทยสูงกว่าก่อนได้รับการนวดไทยในทุกมิติสุขภาพ เมื่อทดสอบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับการนวดไทยจนครบ 5 ครั้ง โดยใช้ Paired t-test พบว่าระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยจนครบ 5 ครั้งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ในทุกมิติสุขภาพ ทั้งนี้ระดับคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการนวดไทยมีค่าสูงกว่าคุณภาพชีวิตก่อนได้รับการรักษา แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยอย่างต่อเนื่องจนครบ 5 ครั้ง นอกจากนี้พบว่ามิติสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดจากการวัดด้วยแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ในช่วงก่อนและหลังการรักษาด้วยการนวดไทยคือมิติ Bodily Pain โดยมีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น 16.3 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.7) (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทยกับภายหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยจนครบ 5 ครั้ง

มิติสุขภาพ	N (คน)	ระดับคุณภาพชีวิต				ค่า t	p-value	ช่วงความเชื่อมั่น 95%	
		ก่อนการรักษา		หลังการรักษา					
		mean	s.d	mean	s.d			ต่ำสุด	สูงสุด
Physical Functioning	76	78.6	21.2	83.2	18.5	-3.8	0.00*	-7.0	-2.2
Role-Physical	76	50.7	36.1	68.4	32.8	-4.6	0.00*	-25.4	-10.1
Bodily Pain	76	47.1	19.0	63.4	18.8	-7.2	0.00*	-20.8	-11.8
General Health	76	49.8	19.4	57.3	20.8	-4.3	0.00*	-11.0	-4.0
Social Functioning	76	76.5	22.5	88.8	15.4	-4.9	0.00*	-17.4	-7.3
Vitality	76	63.8	15.3	71.3	14.3	-5.4	0.00*	-10.2	-4.7
Role-Emotional	76	58.8	41.8	77.6	33.3	-4.1	0.00*	-27.9	-9.8
Mental Health	76	71.4	18.6	79.0	14.4	-4.7	0.00*	-10.8	-4.4

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดไทย 1-4 ครั้ง จำนวน 9 คน พบว่า ก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดในมิติ Physical Functioning (91.1 ± 9.6 และ 91.7 ± 7.1 ตามลำดับ) รองลงมาคือมิติ Social Functioning (86.1 ± 19.2 และ 88.9 ± 14.6 ตามลำดับ) ขณะที่ก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุดในมิติ Bodily Pain (50.8 ± 16.6) รองลงมาคือมิติ Role-Physical (55.6 ± 39.1) หลังการรักษากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตต่ำสุดในมิติ General Health (58.7 ± 21.1) รองลงมาคือมิติ Bodily Pain (65.2 ± 27.6) (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อและกระดูกก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย 1-4 ครั้ง (จำนวน 9 คน)

มิติสุขภาพ	N	ระดับคุณภาพชีวิต			
		ก่อนการรักษา		หลังการรักษา	
	(คน)	mean	s.d	mean	s.d
Physical Functioning	9	91.1	9.6	91.7	7.1
Role-Physical	9	55.6	39.1	77.8	36.3
Bodily Pain	9	50.8	16.6	65.2	27.6
General Health	9	55.1	18.3	58.7	21.1
Social Functioning	9	86.1	19.2	88.9	14.6
Vitality	9	67.8	10.9	72.8	13.5
Role-Emotional	9	66.7	37.3	74.1	36.4
Mental Health	9	74.2	7.2	83.1	12.3

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.1.4 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกประเภทต่างๆ

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทย และคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการนวดจนครบ 5 ครั้ง จำนวน 76 คน จำแนกตามประเภทของภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะปวดหลัง (Dorsalgia, unspecific) จำนวนตัวอย่าง 27 คน ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทย มีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดในมิติ Physical Functioning (83.9 ± 16.1) และระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุดในมิติ Bodily Pain (44.3 ± 17.2) ขณะที่ภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทยกลุ่มตัวอย่าง มีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดในมิติของ Physical Functioning (88.3 ± 14.7) และระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดในมิติ General Health (57.9 ± 22.5) (ตารางที่ 18)

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะปวดไหล่ (Other shoulder lesion) จำนวนตัวอย่าง 22 คน ก่อนการรักษาด้วยการนวดไทย มีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดในมิติของ Physical Functioning (83.4 ± 17.5) และระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุดในมิติ Bodily Pain (49.9 ± 21.3) ขณะที่ภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทย มีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดในมิติของ Social Functioning (89.8 ± 15.3) และระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดในมิติ General Health (59.8 ± 14.2) (ตารางที่ 18)

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะปวดแขน/ขา (Pain in limb) จำนวนตัวอย่าง 19 คน ก่อนการรักษาด้วยการนวดไทย มีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดในมิติ Social Functioning (79.6 ± 23.3) และระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุดในมิติ Role-Physical (48.7 ± 37.7) ขณะที่ภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทย มีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดในมิติของ Social Functioning (90.8 ± 14.3) และระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดในมิติ General Health (57.2 ± 22.7) (ตารางที่ 18)

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะปวดเข่า (Gonarthrosis) จำนวนตัวอย่าง 11 คน ก่อนการรักษาด้วยการนวดไทยมีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดในมิติของ Mental Health (80.7 ± 18.1) และระดับคุณภาพชีวิตต่ำสุดในมิติ Bodily Pain (44.1 ± 17.7) ขณะที่ภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทย มีระดับคุณภาพชีวิตสูงสุดในมิติ Social Functioning (93.2 ± 11.7) และระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดในมิติ General Health (54.0 ± 24.0) (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกประเภทต่างๆ

มิติสุขภาพ	N (คน)	ระดับคุณภาพชีวิต ก่อนการรักษา Mean	s.d.	หลังการรักษา Mean	s.d.
ปวดหลัง (Dorsalgia, unspecific)					
Physical Functioning	27	83.9	16.1	88.3	14.7
Role-Physical	27	46.3	34.5	67.6	35.9
Bodily Pain	27	44.3	17.2	61.8	21.1
General Health	27	49.8	19.0	57.9	22.5
Social Functioning	27	76.4	24.6	83.8	17.6
Vitality	27	65.6	13.9	71.9	13.8
Role-Emotional	27	53.1	40.6	74.1	37.4
Mental Health	27	73.0	16.0	81.5	12.6
ปวดบ่า ไหล่ (Other shoulder lesion)					
Physical Functioning	22	83.4	17.5	86.8	15.7
Role-Physical	22	54.6	39.8	76.1	31.3
Bodily Pain	22	49.9	21.3	61.0	20.3
General Health	22	51.8	15.2	59.8	14.2
Social Functioning	22	75.6	22.0	89.8	15.3
Vitality	22	63.4	16.5	70.9	14.5

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 18 (ต่อ)

มิติสุขภาพ	N (คน)	ระดับคุณภาพชีวิต ก่อนการรักษา Mean	ก่อนการรักษา s.d.	หลังการรักษา Mean	หลังการรักษา s.d.
Role-Emotional	22	59.1	43.6	84.9	26.7
Mental Health	22	64.6	19.3	78.2	16.1
ปวดขา/แขน (Pain in limb)					
Physical Functioning	19	78.6	19.6	84.5	13.5
Role-Physical	19	48.7	37.7	63.2	35.7
Bodily Pain	19	52.3	17.9	69.9	20.9
General Health	19	50.3	22.5	57.2	22.7
Social Functioning	19	79.6	23.3	90.8	14.3
Vitality	19	61.3	16.3	67.4	15.4
Role-Emotional	19	59.7	39.4	68.4	34.2
Mental Health	19	71.4	17.6	78.7	13.4
ปวดเข่า (Gonarthrosis, unspecific)					
Physical Functioning	11	65.0	30.3	66.8	24.1
Role-Physical	11	54.6	33.2	59.1	28.0
Bodily Pain	11	44.1	17.7	62.1	11.4
General Health	11	50.1	22.0	54.0	24.0
Social Functioning	11	78.4	17.8	93.2	11.7
Vitality	11	70.0	14.5	75.9	15.3
Role-Emotional	11	69.7	43.3	72.7	38.9
Mental Health	11	80.7	18.1	74.2	16.8
ปวดสะโพก/เอว (Pelvic & perineal pain)					
Physical Functioning	3	71.7	33.3	76.7	32.2
Role-Physical	3	58.3	14.4	91.7	14.4
Bodily Pain	3	25.3	5.8	44.7	6.4
General Health	3	29.0	11.5	35.7	16.0
Social Functioning	3	70.8	26.0	91.7	7.2
Vitality	3	56.7	11.6	75.0	10.0
Role-Emotional	3	77.8	38.5	100.0	0.0
Mental Health	3	68.0	8.0	82.7	10.1

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 18 **(ต่อ)**

มิติสุขภาพ	N (คน)	ระดับคุณภาพชีวิต ก่อนการรักษา Mean	s.d.	หลังการรักษา Mean	s.d.
ปวดต้นคอ (Cervicalgia)					
Physical Functioning	2	100.0	0.0	100.0	0.0
Role-Physical	2	50.0	70.7	87.5	17.7
Bodily Pain	2	56.5	7.8	84.0	0.0
General Health	2	64.5	17.7	69.5	24.8
Social Functioning	2	87.5	17.7	93.8	8.8
Vitality	2	65.0	0.0	77.5	3.5
Role-Emotional	2	50.0	70.7	100.0	0.0
Mental Health	2	78.0	2.8	88.0	11.3
ปวดไม่เฉพาะเจาะจง (Pain, unspecific)					
Physical Functioning	1	70.0	0.0	80.0	0.0
Role-Physical	1	100.0	0.0	100.0	0.0
Bodily Pain	1	74.0	0.0	80.0	0.0
General Health	1	72.0	0.0	77.0	0.0
Social Functioning	1	100.0	0.0	100.0	0.0
Vitality	1	60.0	0.0	75.0	0.0
Role-Emotional	1	100.0	0.0	100.0	0.0
Mental Health	1	100.0	0.0	96.0	0.0

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2.2 **ระดับความเจ็บปวด**

การวัดความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวด เพื่อติดตามผลการรักษาในเรื่องความเจ็บปวด ทำการวัดในกลุ่มตัวอย่างก่อนการรักษาด้วยการนวดไทย และหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในแต่ละครั้ง โดยให้กลุ่มตัวอย่างแปลความรู้สึกเจ็บปวดออกมาเป็นคะแนน 0 (ไม่รู้สึกเจ็บปวด) ถึง 10 (รู้สึกเจ็บปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้)

2.2.1 **ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการรักษา และหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยในแต่ละครั้ง**

ผลการติดตามระดับความเจ็บปวดในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทยระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีค่าเท่ากับ 5.69 ± 2.03 ภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทย (ครั้งที่ 1-4) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเจ็บปวดที่ลดลง ทั้งนี้ภายหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 5 กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.25 ± 1.46 (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 **ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่าง**

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ครั้งที่	N	ระดับความเจ็บปวด			
	(คน)	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	mean	s.d
ก่อนการรักษา	97	0.00	10.00	5.69	2.03
หลังการรักษาครั้งที่ 1	97	0.00	9.00	3.32	1.97
หลังการรักษาครั้งที่ 2	89	0.00	7.00	2.42	1.75
หลังการรักษาครั้งที่ 3	83	0.00	6.45	1.99	1.72
หลังการรักษาครั้งที่ 4	77	0.00	5.80	1.60	1.58
หลังการรักษาครั้งที่ 5	76	0.00	6.00	1.25	1.46

2.2.2 **การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อน และหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่** 5

ผลการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนการรักษาด้วยการนวดไทยกับระดับความเจ็บปวดหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 5 ด้วยสถิติทดสอบ paired t-test พบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดภายหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย (1.25 ± 1.46) มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดก่อนเข้ารับการรักษา (5.69 ± 2.03) ($t = 19.61$, $df = 75$, $p < 0.00$)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยการนวดไทยในช่วงที่มารับบริการนวดไทยที่โรงพยาบาลท่ายาง

3.1 การรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยวิธีการอื่นๆของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 51.55) ไม่ได้รับการรักษาใดๆมาก่อน ขณะที่เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง (ร้อยละ 48.45) (ตารางที่ 20) โดยการรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.36) เป็นการใช้ยา รองลงมาคือการนวดจากแหล่งอื่น (ร้อยละ 14.89) (ตารางที่ 21)

ผลการติดตามกลุ่มตัวอย่างในช่วงที่มารับการรักษาด้วยการนวดไทยครั้งที่ 1-4 ของโรงพยาบาลท่ายาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.89, 68.54, 70.24 และ 74.36 ตามลำดับ) ไม่มีการรักษาด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย (ตารางที่ 20) ขณะที่กลุ่มที่มีการรักษาอื่นๆร่วมด้วยพบว่ามีการใช้ยามากกว่าร้อยละ 90 ในช่วงที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยครั้งที่ 1-4 ของโรงพยาบาลท่ายาง (ตารางที่ 21) ทั้งนี้การใช้การรักษาอื่นร่วมด้วย ในช่วงที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายางมีลักษณะที่ลดลงหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายางอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 21)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 20 การรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยวิธีการอื่นๆในกลุ่มตัวอย่าง

การรักษา	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)*				
	ก่อนการรักษา N = 97	หลังนวดครั้งที่1 N = 97	หลังนวดครั้งที่2 N = 89	หลังนวดครั้งที่3 N = 84	หลังนวดครั้งที่4 N = 78
ไม่ได้รับการรักษาใดๆ	50 (51.55)	61 (62.89)	61 (68.54)	59 (70.24)	58 (74.36)
มีการรักษาอื่นร่วมด้วย	47 (48.45)	36 (37.11)	28 (31.46)	25 (29.76)	20 (25.64)

*ร้อยละ = จำนวนตัวอย่างที่ระบุว่ามีหรือไม่มีการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง x 100 / จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

ตารางที่ 21 ประเภทของการรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยวิธีการอื่นในกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทของการรักษาอื่นๆ	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)**				
	ก่อนการรักษา N = 47	หลังนวดครั้งที่1 N = 36	หลังนวดครั้งที่2 N = 28	หลังนวดครั้งที่3 N = 25	หลังนวดครั้งที่4 N = 20
การนวดจากแหล่งอื่น	7 (14.89)	1 (2.77)	0	1 (4.00)	0
การใช้ยา	42 (89.36)	35 (97.22)	27 (96.43)	25 (100.00)	20 (100.00)
อื่นๆ	3 (6.38)	1 (2.77)	1 (3.57)	1 (4.00)	1 (5.00)
ผลรวมของข้อมูลที่ตัวอย่างระบุ	52 (110.60)	37 (102.80)	28 (100.00)	27 (108.00)	21 (105.00)

**ร้อยละ = จำนวนตัวอย่างที่ระบุเลือกประเภทของการรักษานั้นๆ x 100 / จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่มีการใช้การรักษาอื่นร่วม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3.2 **การทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง**

การติดตามการทำกิจกรรมที่ส่งผลต่อการรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งประเภทของกิจกรรมออกเป็น 2 ประเภท 15 กิจกรรม คือ

1. กิจกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่

1.1 การเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที เป็นเวลาตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป เช่น การทำงานในโรงงานที่ใช้ระบบสายพาน รีดผ้า

1.2 การเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากด้วยการใช้อุปกรณ์เครื่องคอมพิวเตอร์ เช่น แป้นพิมพ์และเมาส์ หรือเครื่องพิมพ์ดีดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมง

1.3 การใช้แรงเพื่อยกของหนักกว่า 25 กิโลกรัม บ่อยครั้งมากกว่า 10 ครั้ง/วัน หรือยกหนักกว่า 11 กิโลกรัมในระดับต่ำกว่าเข่า หรือยกสูงกว่าไหล่ หรือยกเมื่อเหยียดแขนบ่อยครั้งมากกว่า 25 ครั้ง/วัน

1.4 การใช้แรงเพื่อผลักหรือดันของที่หนักกว่า 30 กิโลกรัมไปตามพื้น หรือเข็นรถเข็นที่มีของหนักกว่า 18 กิโลกรัมเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน

1.5 การใช้แรงเพื่อหอบ/หนีบสิ่งของหนักมากกว่า 1 กิโลกรัมด้วยมือแต่ละข้าง หรือหิ้วสิ่งของหนัก 4.5 กิโลกรัมโดยใช้มือแต่ละข้าง เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือหนีบของนานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน

1.6 การใช้ท่าทรงตัวที่ไม่ปกติด้วยการใช้มือทั้งสองไว้เหนือศีรษะ หรือข้อศอกเหนือหัวไหล่เพื่อทำงานเดิมอย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น สอยผลไม้ จัดของที่อยู่บนชั้นสูง

1.7 การใช้ท่าทรงตัวที่ไม่ปกติด้วยการนั่งยองหรือคุกเข่านานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือทำงานที่หลังต้องงอ คอต้องก้มเงย ข้อมืองออย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น การใช้จักรเย็บผ้า เขียนหนังสือ

1.8 การทำงานที่ทำให้เกิดภาระสัมผัสมากด้วยการใช้มือหรือเข่าเสมือนว่าเป็นค้อนทุบหรือตอกมากกว่า 10 ครั้งต่อชั่วโมงอย่างต่อเนื่องนานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น งานประทับตรา การใช้หัวเข่าออกแรงเคลื่อนย้ายวัสดุสิ่งของ

1.9 การสั่นสะเทือนจากการใช้เครื่องมือที่มีการสั่นสะเทือนความถี่สูง เช่น เลื่อยยนต์ เครื่องเจาะถนน หรือเครื่องมือที่คล้ายกัน เป็นเวลานานกว่า 30 นาที/วัน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1.10 การสั่นสะเทือนจากการใช้เครื่องมือที่มีความถี่ปานกลาง เช่น เลื่อนสายพาน เครื่องขัด เครื่องเจียระไนเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน

2. กิจกรรมที่ส่งเสริมการรักษาและป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่

2.1 ลักษณะการเอนตัวนอนด้วยการเปลี่ยนจากท่านั่ง แล้วค่อยๆเอนตัวและตะแคงตัวเข้านอน

2.2 ลักษณะการลุกจากที่นอนด้วยการตะแคงตัวก่อนจะลุกขึ้นนั่ง แล้วค่อยๆลุกจากที่นอน

2.3 การบริโภคอาหารประเภทข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ของหมักดอง หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2.4 การบริหารร่างกาย เช่น บริหารไหล่ บริหารคอ บริหารเข่า บริหารหลัง

2.5 การประคบด้วยความร้อนบริเวณกล้ามเนื้อที่อักเสบ/หรือกล้ามเนื้อที่ปวด

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเรื่องการบริหารร่างกายและการบริโภคอาหารในวันที่มารับการรักษาจากเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยหรือผู้ทำการวิจัย ซึ่งความรู้ที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นเรื่องของการบริหารร่างกายสำหรับอาการปวดกล้ามเนื้อแต่ละประเภท เช่น การบริหารคอ การบริหารหลัง การบริหารไหล่ การบริหารเข่า เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้นำไปปฏิบัติในช่วงเว้นระยะของการรักษาด้วยการนวดไทย และความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ผลการติดตามการให้คำแนะนำเรื่องการบริหารร่างกายพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาด้วยการนวดไทย จำนวนตัวอย่าง 97 คน ไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องการบริหารร่างกายเลยจำนวน 5 คน (ร้อยละ 5.20) และได้รับคำแนะนำครบ 5 ครั้ง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 23.70) ได้รับการแนะนำเรื่องการบริหารร่างกายโดยเฉลี่ย 3.12 ครั้ง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48 ครั้ง ในส่วนของการให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหารเลยจำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.10) ได้รับคำแนะนำครบ 5 ครั้ง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 29.90) กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร โดยเฉลี่ย 3.37 ครั้ง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50 ครั้ง (ตารางที่ 22)

ผลการศึกษาการทำกิจกรรมในประเภทของกิจกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยจนครบ 5 ครั้ง จำนวน 76 คน ในช่วงก่อนการรักษาด้วยการนวดไทย พบว่า ในกิจกรรมที่ 1.1 กิจกรรมที่มีลักษณะของการเคลื่อนไหวซ้ำซากด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.74) ทำกิจกรรมนี้เป็นประจำ และทำเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 22.37) (ตารางที่ 23) ขณะที่กิจกรรมที่ 1.2 ถึง 1.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีการทำกิจกรรมเหล่านี้ (ร้อยละ 84.21, 71.05, 86.84, 67.11, 77.63, 55.26, 82.89, 80.26 และ 97.37 ตามลำดับ) (ตารางที่ 24-32)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันในช่วงเว้นระยะหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้ง 1-4 พบว่า โดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำซากด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ในลักษณะที่ทำเป็นประจำ (ร้อยละ 22.37) และทำเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 25.33) (ตารางที่ 23) และมีการทำกิจกรรมที่มีท่าทางทรงตัวที่ไม่ปกติด้วยการนั่งยองหรือคุกเข่าเป็นเวลานานหรือทำงานที่หลังต้องงอคอต้องก้มเงยข้อมืองออย่างซ้ำซากในลักษณะที่ทำเป็นประจำ (ร้อยละ 13.16) และทำเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 22.37) (ตารางที่ 29) ทั้งนี้ในระหว่างที่ทำการรักษาด้วยการนวดไทย กลุ่มตัวอย่างมีการงดทำกิจกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกเพิ่มขึ้น แต่บางส่วนอาจยังมีการทำกิจกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอยู่บ้างแต่อาจทำเป็นบางครั้ง (ตารางที่ 24-28, 30-32)

ผลการศึกษาการทำกิจกรรมในประเภทกิจกรรมที่ส่งเสริมการรักษาและป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกของกลุ่มตัวอย่างในช่วงก่อนการรักษาด้วยการนวดไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ท่าทางในการนอนที่ถูกต้องในลักษณะเป็นประจำ โดยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องทั้งขณะที่เอนตัวลงนอน (ร้อยละ 60.53) และลุกจากที่นอน (ร้อยละ 72.37) (ตารางที่ 33 และ 34) ในช่วงเว้นระยะหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 1-4 มีลักษณะของการทำกิจกรรมเป็นไปอย่างถูกต้องและทำเป็นประจำเพิ่มขึ้นจากช่วงก่อนการรักษา ทั้งการปฏิบัติตัวขณะที่เอนตัวลงนอน (โดยเฉลี่ยร้อยละ 78.95) และขณะลุกจากที่นอน (โดยเฉลี่ยร้อยละ 83.22) (ตารางที่ 33 และ 34) ขณะที่การบริโภคอาหารในช่วงก่อนการรักษา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารประเภทข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ของหมักดอง หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งจัดเป็นอาหารแสลงกับโรคกล้ามเนื้อและกระดูกตามหลักการแพทย์แผนไทย แต่มักทำเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 43.42) มากกว่าทำเป็นประจำ (ร้อยละ 7.89) (ตารางที่ 35) โดยในช่วงของการรักษาด้วยการนวดไทยมีการบริโภคอาหารประเภทนี้โดยเฉลี่ยลดลง ทั้งนี้ในช่วงเว้นระยะของการรักษาด้วยการนวดไทยครั้งที่ 1-4 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการงดหรือไม่ได้บริโภคอาหารประเภทนี้ (โดยเฉลี่ยร้อยละ 74.34) (ตารางที่ 35) ส่วนการประคบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการทำทั้งก่อนการรักษา (ร้อยละ84.21) และในช่วงเว้นระยะหลังการรักษา (โดยเฉลี่ยร้อยละ 96.05) (ตารางที่ 37)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 22 การได้รับคำแนะนำในกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย

ประเภทของการให้คำแนะนำ	จำนวนตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำหลังการรักษาด้วยการนวดไทย (ร้อยละ)				
	ครั้งที่1 N = 97	ครั้งที่2 N = 88	ครั้งที่3 N = 82	ครั้งที่4 N = 75	ครั้งที่5 N = 72
การบริหารร่างกาย					
ไม่ได้รับคำแนะนำ	30 (30.90)	23 (23.70)	23 (23.70)	16 (16.50)	19 (19.60)
ได้รับคำแนะนำ	67 (69.10)	65 (67.00)	59 (60.80)	59 (60.80)	53 (54.60)
ได้รับคำแนะนำเรื่องบริหารร่างกายเฉลี่ย 3.12 ครั้ง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48 ครั้ง					

ตารางที่ 22 (ต่อ)

ประเภทของการให้คำแนะนำ	จำนวนตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำหลังการรักษาด้วยการนวดไทย (ร้อยละ)				
	ครั้งที่1 N = 97	ครั้งที่2 N = 88	ครั้งที่3 N = 82	ครั้งที่4 N = 75	ครั้งที่5 N = 72
การบริโภคอาหาร					
ไม่ได้รับคำแนะนำ	21	16	20	14	16
	(21.60)	(16.50)	(20.60)	(14.40)	(16.50)
ได้รับคำแนะนำ	76	72	62	61	56
	(78.4)	(74.20)	(63.90)	(62.90)	(57.70)
ได้รับคำแนะนำเรื่องอาหารเฉลี่ย 3.37 ครั้ง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50 ครั้ง					

ตารางที่ 23 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างการประเภทเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ)					
		ก่อนการรักษา	หลังการรักษา				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.1 การเคลื่อนไหวซ้ำซาก : เคลื่อนไหวที่ซ้ำซากด้วย ความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป	76						
- ไม่ทำ		25	42	40	34	43	39.75
		(32.89)	(55.26)	(52.63)	(44.74)	(56.58)	(52.30)
- บางครั้ง		17	10	17	28	22	19.25
		(22.37)	(13.16)	(22.37)	(36.84)	(28.95)	(25.33)
- เป็นประจำ		34	24	19	14	11	17.00
		(44.74)	(31.58)	(25.00)	(18.42)	(14.47)	(22.37)

ตารางที่ 24 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากด้วยการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์หรือเครื่องพิมพ์ดีดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมง

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ)					
		ก่อนการรักษา	หลังการรักษา				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.2 การเคลื่อนไหวซ้ำซาก : ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์หรือเครื่องพิมพ์ดีดอย่างต่อเนื่อง	76						
- ไม่ทำ		64	69	69	73	72	70.75
		(84.21)	(90.79)	(90.79)	(96.05)	(94.74)	(93.09)
- บางครั้ง		4	5	4	1	3	3.25
		(5.26)	(6.58)	(5.26)	(1.32)	(3.95)	(4.28)
- เป็นประจำ		8	2	3	2	1	2.00
		(10.53)	(2.63)	(3.95)	(2.63)	(1.32)	(2.63)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 25 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการใช้แรงเพื่อยกของหนัก

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ)					
		ก่อนการรักษา	หลังการรักษา				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.3 การใช้แรง : ยกของหนัก	76						
- ไม่ทำ		54	62	66	58	63	62.25
		(71.05)	(81.58)	(86.84)	(76.32)	(82.89)	(81.91)
- บางครั้ง		14	9	7	13	9	9.50
		(18.42)	(11.84)	(9.21)	(17.11)	(11.84)	(12.50)
- เป็นประจำ		8	5	3	5	4	4.25
		(10.53)	(6.58)	(3.95)	(6.58)	(5.26)	(5.59)

ตารางที่ 26 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการใช้แรงเพื่อผลักหรือดันของหรือเข็นรถเข็น

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ) ก่อนการรักษา	หลังการรักษา ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.4 การใช้แรง : ผลักหรือดันของที่หนัก	76						
- ไม่ทำ		66	72	73	71	73	72.25
		(86.84)	(94.74)	(96.05)	(93.42)	(96.05)	(95.07)
- บางครั้ง		8	4	2	4	2	3.00
		(10.53)	(5.26)	(2.63)	(5.26)	(2.63)	(3.95)
- เป็นประจำ		2	0	1	1	1	1.00
		(2.63)		(1.32)	(1.32)	(1.32)	(1.32)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 27 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการใช้แรงเพื่อหอบ/หนีบสิ่งของหนัก

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ) ก่อนการรักษา	หลังการรักษา ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.5 การใช้แรง : หอบ/หิ้ว/หนีบสิ่งของที่หนัก	76						
- ไม่ทำ		51	65	64	61	65	63.75
		(67.11)	(85.53)	(84.21)	(80.26)	(85.53)	(83.88)
- บางครั้ง		16	8	8	11	9	9.00
		(21.05)	(10.53)	(10.53)	(14.47)	(11.84)	(11.84)
- เป็นประจำ		9	3	4	4	2	3.25
		(11.84)	(3.95)	(5.26)	(5.26)	(2.63)	(4.28)

ตารางที่ 28 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการใช้ท่าทรงตัวที่ไม่ปกติด้วยการใช้มือทั้งสองไว้เหนือศีรษะ หรือข้อศอกเหนือหัวไหล่เพื่อทำงานเดิมอย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ)					
		ก่อนการรักษา	หลังการรักษา				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.6 ท่าทรงตัวที่ไม่ปกติ : ใช้มือทั้งสองไว้เหนือศีรษะ หรือข้อศอกเหนือหัวไหล่เพื่อทำงานเดิมซ้ำซาก	76						
- ไม่ทำ		59 (77.63)	64 (84.21)	66 (86.84)	65 (85.53)	64 (84.21)	64.75 (85.20)
- บางครั้ง		11 (14.47)	6 (7.89)	6 (7.89)	8 (10.53)	9 (11.84)	7.25 (9.54)
- เป็นประจำ		6 (7.89)	6 (7.89)	4 (5.26)	3 (3.95)	3 (3.95)	4.00 (5.26)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 29 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการใช้ท่าทรงตัวที่ไม่ปกติด้วยการนั่งยองหรือคุกเข่านานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือทำงานที่หลังต้องงอ คอต้องก้มเงย ข้อมืองออย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ)					
		ก่อนการรักษา	หลังการรักษา				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.7 ท่าทรงตัวที่ไม่ปกติ : นั่งยองหรือคุกเข่าเป็นเวลานานหรือทำงานที่หลังต้องงอ คอต้องก้มเงย ข้อมืองออย่างซ้ำซาก	76						
- ไม่ทำ		42 (55.26)	47 (61.84)	48 (63.16)	50 (65.79)	51 (67.11)	49.00 (64.47)
- บางครั้ง		11 (14.47)	15 (19.74)	16 (21.05)	17 (22.37)	20 (26.32)	17.00 (22.37)
- เป็นประจำ		23 (30.26)	14 (18.42)	12 (15.79)	9 (11.84)	5 (6.58)	10.00 (13.16)

ตารางที่ 30 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการทำงานที่ทำให้เกิดภาระสัมผัสมาก

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ)					
		ก่อนการรักษา	หลังการรักษา				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.8 ภาระสัมผัสมาก : ใช้มือหรือเข่าเสมือนว่าเป็นค้อนทุบหรือตอกอย่างต่อเนื่อง	76						
- ไม่ทำ		63	66	70	72	70	69.50
		(82.89)	(86.84)	(92.11)	(94.74)	(92.11)	(91.45)
- บางครั้ง		5	4	2	0	4	3.33
		(6.58)	(5.26)	(2.63)		(5.26)	(4.39)
- เป็นประจำ		8	6	0	4	2	4.00
		(10.53)	(7.89)		(5.26)	(2.63)	(5.26)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 31 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการสั่นสะเทือนจากการใช้เครื่องมือที่มีการสั่นสะเทือนความถี่สูง

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ)					
		ก่อนการรักษา	หลังการรักษา				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.9 การสั่นสะเทือน : ใช้เครื่องมือที่มีการสั่นสะเทือนความถี่สูง	76						
- ไม่ทำ		61	65	62	62	61	62.50
		(80.26)	(85.53)	(81.58)	(81.58)	(80.26)	(82.24)
- บางครั้ง		8	5	10	10	11	9.00
		(10.53)	(6.58)	(13.16)	(13.16)	(14.47)	(11.84)
- เป็นประจำ		7	6	0	4	4	4.67
		(9.21)	(7.89)		(5.26)	(5.26)	(6.14)

ตารางที่ 32 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการสั่นสะเทือนจากการใช้เครื่องมือที่มีความถี่ปานกลาง

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ)					
		ก่อนการรักษา	หลังการรักษา				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.10 การสั่นสะเทือน : ใช้เครื่องมือที่มีความถี่ปานกลาง	76						
- ไม่ทำ		74 (97.37)	0	0	0	0	0
- บางครั้ง		2 (2.63)	0	0	0	0	0

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 33 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างในลักษณะการเอนตัวนอน

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ)					
		ก่อนการรักษา	หลังการรักษา				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.11 เวลาจะนอนต้องเปลี่ยนจากท่านั่ง แล้วค่อยๆ เอนตัวและตะแคงตัวเข้านอน	76						
- ไม่ทำ		14 (18.42)	3 (3.95)	1 (1.32)	1 (1.32)	1 (1.32)	1.50 (1.97)
- บางครั้ง		16 (21.05)	16 (21.05)	12 (15.79)	11 (14.47)	5 (6.58)	11.00 (14.47)
- เป็นประจำ		46 (60.53)	57 (75.00)	63 (82.89)	0	0	60.00 (78.95)

ตารางที่ 34 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างในลักษณะการลุกจากที่นอน

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ)					
		ก่อนการรักษา	หลังการรักษา				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.12 เวลาลุกจากที่นอน ได้ใช้วิธีตะแคงตัวก่อนจะลุกขึ้นนั่ง แล้วค่อยๆลุกจากที่นอน	76						
- ไม่ทำ		13	3	0	2	1	2.00
		(17.11)	(3.95)		(2.63)	(1.32)	(2.63)
- บางครั้ง		8	17	12	9	7	11.25
		(10.53)	(22.37)	(15.79)	(11.84)	(9.21)	(14.80)
- เป็นประจำ		55	56	64	65	68	63.25
		(72.37)	(73.68)	(84.21)	(85.53)	(89.47)	(83.22)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 35 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการบริโภคอาหาร

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ)					
		ก่อนการรักษา	หลังการรักษา				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.13 กินข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ของหมักดอง หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	76						
- ไม่ทำ		37	53	54	59	60	56.50
		(48.68)	(69.74)	(71.05)	(77.63)	(78.95)	(74.34)
- บางครั้ง		33	20	21	16	14	17.75
		(43.42)	(26.32)	(27.63)	(21.05)	(18.42)	(23.36)
- เป็นประจำ		6	3	1	1	2	1.75
		(7.89)	(3.95)	(1.32)	(1.32)	(2.63)	(2.30)

ตารางที่ 36 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการบริหารร่างกาย

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ) ก่อนการรักษา	หลังการรักษา ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.14 บริหารร่างกาย เช่น บริหารไหล่ บริหารคอ บริหารเข่า บริหารหลัง	76						
- ไม่ทำ		50	38	34	26	25	30.75
		(65.79)	(50.00)	(44.74)	(34.21)	(32.89)	(40.46)
- บางครั้ง		18	24	26	25	28	25.75
		(23.68)	(31.58)	(34.21)	(32.89)	(36.84)	(33.88)
- เป็นประจำ		8	14	16	25	23	19.50
		(10.53)	(18.42)	(21.05)	(32.89)	(30.26)	(25.66)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 37 การทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประเภทการประคบ

ลักษณะของการทำกิจกรรม	N (คน)	จำนวนตัวอย่างที่ทำกิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา (ร้อยละ) ก่อนการรักษา	หลังการรักษา ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	เฉลี่ย
1.15 ประคบด้วยความร้อนบริเวณกล้ามเนื้อที่อักเสบ/หรือกล้ามเนื้อที่ปวด	76						
- ไม่ทำ		64	72	72	74	74	73.00
		(84.21)	(94.74)	(94.74)	(97.37)	(97.37)	(96.05)
- บางครั้ง		10	1	2	0	0	1.50
		(13.16)	(1.32)	(2.63)			(1.97)
- เป็นประจำ		2	3	2	2	2	2.25
		(2.63)	(3.95)	(2.63)	(2.63)	(2.63)	(2.96)

3.3 อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง

การติดตามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างก่อนการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งถัดมา ซึ่งตัวอย่างต้องคิดทบทวนว่าภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ผ่านมามีความผิดปกติใดเกิดขึ้นบ้าง

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติใดๆ (ร้อยละ 53.61, 61.80, 79.76 และ 89.74 ตามลำดับ) (ตารางที่ 38) ในกลุ่มที่เกิดอาการข้างเคียงพบว่าส่วนใหญ่เกิดอาการปวด ระบมบริเวณที่นวดหลังการรักษาในแต่ละครั้ง (ร้อยละ 84.40, 88.20, 100.00 และ 62.50 ของอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นทั้งหมด ตามลำดับ) รองลงมาคือเกิดจ้ำเลือดเขียวช้ำ (ร้อยละ 11.10, 0.00, 0.00 และ 12.50 ของอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นทั้งหมด ตามลำดับ) ทั้งนี้อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มลดลงภายหลังการรักษาด้วยการนวดในครั้งถัดมา โดยอาการข้างเคียงพบมากที่สุด (ร้อยละ 48.45) ภายหลังการนวดในครั้งแรก (ตารางที่ 38)

ตารางที่ 38 ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ผลที่เกิดขึ้น	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)*			
	หลังการนวด ครั้งที่1 N = 97	หลังการนวด ครั้งที่2 N = 89	หลังการนวด ครั้งที่3 N = 84	หลังการนวด ครั้งที่4 N = 78
ไม่มีความผิดปกติใดๆ	52 (53.61)	55 (61.80)	67 (79.76)	70 (89.74)
มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น	45 (46.39)	34 (38.20)	17 (20.24)	8 (10.26)

*ร้อยละ = จำนวนตัวอย่างที่ระบุว่ามีหรือไม่มีอาการข้างเคียงอย่างใดอย่างหนึ่ง / จำนวนตัวอย่างทั้งหมด x 100

ตารางที่ 39 ประเภทของอาการข้างเคียงจากการนวดไทยในกลุ่มตัวอย่าง

อาการข้างเคียง	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)**			
	หลังการนวด ครั้งที่1 N = 45	หลังการนวด ครั้งที่2 N = 34	หลังการนวด ครั้งที่3 N = 17	หลังการนวด ครั้งที่4 N = 8
ปวด/ระบมบริเวณที่นวด	38 (84.40)	30 (88.20)	17 (100.00)	5 (62.50)
จ้ำเลือด/เขียวช้ำ	5 (11.10)	0	0	1 (12.50)
อื่นๆ	4 (8.90)	4 (11.80)	0	2 (25.00)
ผลรวมของข้อมูลที่ตัวอย่างระบุ	47 (104.40)	34 (100.00)	17 (100.00)	8 (100.00)

**ร้อยละ = จำนวนตัวอย่างที่ระบุเลือกประเภทของอาการข้างเคียงนั้นๆ x 100 / จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่เกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านเพศและอายุกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้แก่ปัจจัยด้านเพศและปัจจัยด้านอายุ เพื่อทำการวิเคราะห์ในการหาข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย

ปัจจัยด้านเพศ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเพศชายจำนวน 17 คน และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง จำนวน 59 คน ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test ภายหลังได้รับการนวดไทยจนครบ 5 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของเพศชายและเพศหญิงในแต่ละมิติสุขภาพมีค่าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ตารางที่ 40)

ตารางที่ 40 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทย ในกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิง

มิติสุขภาพ	คุณภาพชีวิตหลังการรักษา				ค่า t	p-value	ช่วงความเชื่อมั่น 95%	
	เพศชาย (N = 17)		เพศหญิง (N = 59)					
	mean	s.d.	mean	s.d.			ต่ำสุด	สูงสุด
Physical Functioning	89.7	11.8	81.3	19.7	1.7	0.05	-1.6	18.5
Role-Physical	66.2	33.0	69.1	32.9	-0.3	0.38	-21.0	15.2
Bodily Pain	67.5	21.0	62.2	18.1	1.0	0.15	-5.0	15.6
General Health	60.8	20.0	56.3	21.0	0.8	0.22	-6.9	15.9
Social Functioning	90.4	10.4	88.3	16.6	0.5	0.31	-6.4	10.6
Vitality	67.6	12.8	72.3	14.7	-1.2	0.12	-12.5	3.2
Role-Emotional	74.5	36.4	78.5	32.6	-0.4	0.33	-22.4	14.3
Mental Health	75.3	13.6	80.1	14.6	-1.2	0.12	-12.6	3.1

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ปัจจัยด้านอายุ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 8 มิติสุขภาพตามแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดไทยจนครบ 5 ครั้ง จำนวน 76 คน เปรียบเทียบในช่วงอายุต่างๆ กัน 4 ช่วงอายุ คือ อายุระหว่าง 1-40 ปี อายุระหว่าง 41-50 ปี อายุระหว่าง 51-60 ปี และอายุ 61 ปีขึ้นไป พบว่า

มิติสุขภาพด้าน Physical Functioning

ผลการทดสอบความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Physical Functioning ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย Levene test พบว่า ความแปรปรวนในแต่ละช่วงอายุมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 41)

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Physical Functioning ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย Welch test พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงอายุมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 41)

ทดสอบเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Multiple comparison) ด้วยสถิติทดสอบ Dunnett's T3 Test พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติ Physical Functioning ในกลุ่มช่วงอายุที่แตกต่างกันมีจำนวน

2 คู่ คือ ช่วงอายุระหว่าง 1-40 ปี (ค่าเฉลี่ย 92.5, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.3) กับช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 66.8, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 24.5) ($p < 0.01$, 95%CI 8.7 - 42.6) และ ช่วงอายุ 41-50 ปี (ค่าเฉลี่ย 90.2, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.5) กับช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป ($p < 0.01$, 95% CI 6.1 - 40.7) (ตารางที่ 41)

ตารางที่ 41 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Physical Functioning **ในช่วงอายุต่างกัน**

การทดสอบ	ค่าสถิติ	df1	df2	p-value
ความเท่ากันของค่าความแปรปรวน (Levene test)	10.2	3	72	0.00*
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มต่างๆ (Welch test)	7.1	3	38.7	0.00*

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

มิติสุขภาพด้าน Role-Physical

ผลการทดสอบความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Role-Physical ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย Levene test พบว่า ความแปรปรวนในทุกช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่าไม่แตกต่างกัน ($p = 0.29$) (ตารางที่ 42)

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Role-Physical ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงอายุมีค่าไม่แตกต่างกัน ($p = 0.09$) นั่นคือ ข้อมูลที่ได้ไม่เพียงพอที่จะปฏิเสธว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติ Role-Physical ในแต่ละช่วงอายุมีค่าแตกต่างกัน (ตารางที่ 42)

ตารางที่ 42 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Role-Physical ในช่วงอายุต่างกัน

การทดสอบ	ค่าสถิติ	df1	df2	p-value
ความเท่ากันของค่าความแปรปรวน (Levene test)	1.3	3	72	0.29
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มต่างๆ (ANOVA)	2.3			0.09
*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05				

มิติสุขภาพด้าน Bodily Pain

ผลการทดสอบความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Bodily Pain ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย Levene test พบว่า ความแปรปรวนในทุกช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่าไม่แตกต่างกัน (p = 0.13) (ตารางที่ 43)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Bodily Pain ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงอายุมีค่าไม่แตกต่างกัน (p = 0.58) นั่นคือ ข้อมูลที่ได้ไม่เพียงพอที่จะปฏิเสธว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติ Bodily Pain ในแต่ละช่วงอายุมีค่าแตกต่างกัน (ตารางที่ 43)

ตารางที่ 43 การ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Bodily Pain ในช่วงอายุต่างกัน

การทดสอบ	ค่าสถิติ	df1	df2	p-value
ความเท่ากันของค่าความแปรปรวน (Levene test)	2.0	3	72	0.13
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มต่างๆ (ANOVA)	0.7			0.58
*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05				

มิติสุขภาพด้าน General Health

ผลการทดสอบความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ General Health ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย Levene test พบว่า ความแปรปรวนในทุกช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่าไม่แตกต่างกัน (p = 0.77) (ตารางที่ 44)

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ General Health ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงอายุมีค่าไม่แตกต่างกัน (p =0.15) นั่นคือ ข้อมูลที่ได้ไม่เพียงพอที่จะปฏิเสธว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติ General Health ในแต่ละช่วงอายุมีค่าแตกต่างกัน (ตารางที่ 44)

ตารางที่ 44 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน General Health **ในช่วงอายุต่างกัน**

การทดสอบ	ค่าสถิติ	df1	df2	p-value
ความเท่ากันของค่าความแปรปรวน (Levene test)	0.4	3	72	0.77
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มต่างๆ (ANOVA)	1.8			0.15
*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05				

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

มิติสุขภาพด้าน Social Functioning

ผลการทดสอบความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Social Functioning ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย Levene test พบว่า ความแปรปรวนในทุกช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่าไม่แตกต่างกัน (p = 0.71) (ตารางที่ 45)

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Social Functioning ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงอายุมีค่าไม่แตกต่างกัน (p =0.93) นั่นคือ ข้อมูลที่ได้ไม่เพียงพอที่จะปฏิเสธว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติ Social Functioning ในแต่ละช่วงอายุมีค่าแตกต่างกัน (ตารางที่ 45)

ตารางที่ 45 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Social Functioning **ในช่วงอายุต่างกัน**

การทดสอบ	ค่าสถิติ	df1	df2	p-value
ความเท่ากันของค่าความแปรปรวน (Levene test)	0.5	3	72	0.71
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มต่างๆ (ANOVA)	0.2			0.93
*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05				

มิติสุขภาพด้าน Vitality

ผลการทดสอบความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Vitality ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย Levene test พบว่า ความแปรปรวนในทุกช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่าไม่แตกต่างกัน (p = 0.69) (ตารางที่ 46)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Vitality ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงอายุมีค่าไม่แตกต่างกัน (p = 0.84) นั่นคือ ข้อมูลที่ได้ไม่เพียงพอที่จะปฏิเสธว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติ Vitality ในแต่ละช่วงอายุมีค่าแตกต่างกัน (ตารางที่ 46)

ตารางที่ 46 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Vitality **ในช่วงอายุต่างกัน**

การทดสอบ	ค่าสถิติ	df1	df2	p-value
ความเท่ากันของค่าความแปรปรวน (Levene test)	0.5	3	72	0.69
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มต่างๆ (ANOVA)	0.3			0.84
*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05				

มิติสุขภาพด้าน Role-Emotional

ผลการทดสอบความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Role-Emotional ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย Levene test พบว่า ความแปรปรวนในทุกช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่าไม่แตกต่างกัน (p = 0.45) (ตารางที่ 47)

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Role-Emotional ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงอายุมีค่าไม่แตกต่างกัน (p = 0.47) นั่นคือ ข้อมูลที่ได้ไม่เพียงพอที่จะปฏิเสธว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติ Role-Emotional ในแต่ละช่วงอายุมีค่าแตกต่างกัน (ตารางที่ 47)

ตารางที่ 47 **การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน** Role-Emotional **ในช่วงอายุต่างกัน**

การทดสอบ	ค่าสถิติ	df1	df2	p-value
ความเท่ากันของค่าความแปรปรวน (Levene test)	0.9	3	72	0.45
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มต่างๆ (ANOVA)	0.8			0.47
*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05				

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

มิติสุขภาพด้าน Mental Health

ผลการทดสอบความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Mental Health ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย Levene test พบว่า ความแปรปรวนในทุกช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่าไม่แตกต่างกัน (p = 0.14) (ตารางที่ 48)

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพ Mental Health ในกลุ่มช่วงอายุต่างๆ ด้วย ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงอายุมีค่าไม่แตกต่างกัน (p = 0.60) นั่นคือ ข้อมูลที่ได้ไม่เพียงพอที่จะปฏิเสธว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติ Mental Health ในแต่ละช่วงอายุมีค่าแตกต่างกัน (ตารางที่ 48)

ตารางที่ 48 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพด้าน Mental Health ในช่วงอายุต่างกัน

การทดสอบ	ค่าสถิติ	df1	df2	p-value
ความเท่ากันของค่าความแปรปรวน (Levene test)	1.9	3	72	0.14
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มต่างๆ (ANOVA)	0.6			0.60
*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05				

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 5
สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกรายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย ณ งานบริการการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลท่ายาง อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2549 จำนวนตัวอย่าง 97 คน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อและกระดูกจำนวน 97 คน มีช่วงอายุ 24-82 ปี มีลักษณะส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.35) อายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 29.90) ด้านสถานภาพสมรส สมรสแล้ว (ร้อยละ 67.01) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.30) เป็นข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 36.08) ใช้สิทธิรักษาพยาบาลเบิกต้นสังกัดหน่วยงานราชการ (ร้อยละ 57.73) รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 1-5,000 บาท (ร้อยละ 23.71) เฉลี่ยเท่ากับ 11,320.93 บาท (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9,679.19 บาท)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

เกินกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวใดๆทั้งสิ้น (ร้อยละ 58.80) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 42.50 ของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลโรคประจำตัว) และ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.00 ของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลโรคประจำตัว)

ส่วนใหญ่ร้อยละ 29.90 มีอาการปวดหลัง (Dorsalgia, unspecific) และร้อยละ 26.80 มีอาการปวดบ่าหรือไหล่ (Other shoulder lesion)

ในการรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกโดยรวม กลุ่มตัวอย่างได้รับการนวดตัวเป็นหลัก (ร้อยละ 95.57) ร่วมกับการประคบ (ร้อยละ 81.83) และนวดฝ่าเท้า (ร้อยละ 19.47)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและระดับความเจ็บปวด

ในการประเมินระดับสุขภาพด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนการรักษาด้วยการนวดไทย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.79) กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพเหมือนเดิม ซึ่งเมื่อวัดคุณภาพชีวิตด้วยแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 พบว่า

ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คนมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงสุด คือ มิติ Physical Functioning (80.1 ± 20.1) และมิติ Social Functioning (77.7 ± 21.9) มีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำที่สุดคือมิติ Bodily Pain (47.2 ± 18.7) และมิติ Role-Physical (47.9 ± 37.1) จำนวนร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนต่ำสุดเป็น 0 คะแนน (% Floor) มีมากที่สุดคือมิติ Role-Emotional (26.8%) และมิติ Role-Physical (22.7%) จำนวนร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดเป็น 100 คะแนน (% Ceiling) มีมากที่สุดคือมิติ Role-Emotional (26.8%) และมิติ Social Functioning (39.2%)

ภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 คนมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงสุด คือมิติ Social Functioning (88.8 ± 15.2) และมิติ Physical Functioning (84.1 ± 17.8) มีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำสุดคือมิติ General Health (57.4 ± 20.7) และมิติ Bodily Pain (63.6 ± 19.7) จำนวนร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนต่ำสุดเป็น 0 คะแนน (% Floor) มีมากที่สุดคือมิติ Role-Physical (9.3%) และมิติ Role-Emotional (8.2%) จำนวนร้อยละของผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดเป็น 100 คะแนน (% Ceiling) มีมากที่สุดคือมิติ Role-Emotional (53.6%) และมิติ Social Functioning (48.5%)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนการรักษากับหลังการรักษาด้วยการนวดไทยจนครบ 5 ครั้ง จำนวน 76 คน พบว่า คุณภาพชีวิตก่อนและหลังการรักษาด้วยการนวดไทยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ในทุกมิติสุขภาพของแบบสำรวจสุขภาพ SF-36

ขณะที่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 คน ที่ได้รับการนวดไทยไม่ครบทั้ง 5 ครั้ง คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างของการนวดครั้งสุดท้ายใน 8 มิติสุขภาพมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับการรักษา แต่ทั้งนี้ไม่ได้ทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตก่อนการรักษา และหลังการรักษาด้วยการนวดไทย เนื่องจากจำนวนตัวอย่างมีไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันทางสถิติ

ระดับความเจ็บปวด

ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทย ระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกโดยรวมมีค่าเท่ากับ 5.69 ± 2.03 ภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในแต่ละครั้ง (ครั้งที่ 1-4) ระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างมีค่าลดลงตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 5 ระดับความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.25 ± 1.46 จากการเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนการรักษาด้วยการนวดไทย กับระดับความเจ็บปวดหลัง

การรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 5 พบว่าระดับความเจ็บปวดมีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$) โดยระดับความเจ็บปวดภายหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยมีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับการรักษา

ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายางประมาณ 1 สัปดาห์ ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการรักษาใดๆ (ร้อยละ 51.55) ขณะที่ในกลุ่มที่มีการรักษาอื่นๆ ร่วมด้วย (ร้อยละ 48.50) ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยา (ร้อยละ 43.30 ของรักษาด้วยวิธีอื่น) รองลงมาเป็นการนวดจากแหล่งอื่น (ร้อยละ 7.20 ของรักษาด้วยวิธีอื่น) ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายางครั้งที่ 1-4 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการรักษาร่วมใดๆ

ในการรักษาด้วยการนวดไทย กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวจากผู้นวดหรือผู้วิจัยในวันที่มารับการรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเรื่องการบริหารร่างกายโดยเฉลี่ย 3.12 ครั้ง (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48 ครั้ง) และได้รับคำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร โดยเฉลี่ย 3.37 ครั้ง (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50 ครั้ง)

การติดตามการทำกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่อาจส่งผลต่อการรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่าการทำกิจกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกของกลุ่มตัวอย่างในช่วงก่อนการรักษาด้วยการนวดไทย กลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำซากด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ในลักษณะที่ทำเป็นประจำ (ร้อยละ 44.74) และทำเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 22.37) การทำกิจกรรมในช่วงเว้นระยะของการนวดในแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำซากด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ในลักษณะที่ทำเป็นประจำ (ร้อยละ 22.37) และทำเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 25.33) และมีการทำกิจกรรมที่มีท่าทางทรงตัวที่ไม่ปกติด้วยการนั่งยองหรือคุกเข่าเป็นเวลานานหรือทำงานที่หลังต้องงอคอต้องก้มเงยข้อมืองออย่างซ้ำซากในลักษณะที่ทำเป็นประจำ (ร้อยละ 13.16) และทำเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 22.37)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการรักษาหรือป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ของกลุ่มตัวอย่างในช่วงก่อนการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ท่าทางในการนอนที่ถูกต้องเป็นประจำอยู่แล้ว โดยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องทั้งขณะที่เอนตัวลงนอนและลุกจากที่นอน (ร้อยละ 46 และ 55 ตามลำดับ) ในการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง มีการบริโภคอาหารประเภทข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ของหมักดอง หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในลักษณะเป็นบางครั้งและเป็นประจำ (ร้อยละ 33 และ 6 ตามลำดับ)

ภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติใดๆ (ร้อยละ 53.61, 61.80, 79.76 และ 89.74 ตามลำดับ) อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นพบมากที่สุด (ร้อยละ 48.45) ภายหลังการนวดในครั้งแรก โดยมีแนวโน้มของการเกิดอาการข้างเคียงที่ลดลงหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งถัดมา ลักษณะของอาการข้างเคียงที่พบภายหลังการนวดครั้งที่ 1 – 4 ส่วนใหญ่เกิดอาการปวดระบมบริเวณที่นวด รองลงมาคือเกิดจ้ำเลือดเขียวช้ำ

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคือปัจจัยด้านเพศและอายุ ซึ่งในการศึกษานี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในเพศชายและเพศหญิงภายหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไม่มีความแตกต่างกันในทุกมิติสุขภาพของแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ขณะที่ในการศึกษาปัจจัยด้านอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติ Physical Functioning ในกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุต่างกัน ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติ Physical Functioning มีความแตกต่างกันอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$) โดยที่ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในช่วงอายุ 1-40 ปี ต่างจากค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในช่วงอายุ 41-50 ปี ต่างจากค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

อภิปรายผล

การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกของโรงพยาบาลท่ายาง จากการประมาณกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาจากตัวอย่างจำนวน 97 คน อภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่โรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่มารักษาด้วยการนวดไทยที่งานการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลท่ายางโดยมีคุณสมบัติเป็นไปตามที่กำหนดในการเลือก ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 3.6 : 1 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของจังหวัดเพชรบุรี พ.ศ.2547 ที่พบว่าการเกิดโรคกล้ามเนื้อรวมโครงร่างและเนื้อยึดเสริมมีสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 2:1 (อัตราการเจ็บป่วยกลุ่มโรคหลัก จำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ จังหวัดเพชรบุรี 2547) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอายุที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโรคเรื้อรัง (Chronic conditions) และภาวะไร้ความสามารถ (Disabling conditions) เช่น โรคข้ออักเสบ (Arthritis) (Ethgen and Reginster 2003 : 1-3) ทั้งนี้เพราะการเกิดความเสื่อมของร่างกาย (Ageing) เป็นไปเมื่อ

อายุเพิ่มมากขึ้น ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกในภาวะ ageing พบว่ามวลกระดูกจะลดลงทำให้อาจเกิดกระดูกหักได้มากขึ้น กระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular cartilage) จะเริ่มปรับงอไม่ได้ และมีแนวโน้มของการสะสมแคลเซียมฟอสเฟต (Calcium phosphate) เนื้อเยื่อเกี่ยวพันในเอ็นยึดและเส้นเอ็นจะสูญเสียความแข็งแรง (Strength) ความสามารถในการยืดหยุ่น (Elasticity) และความสามารถในการฟื้นฟูตัวเอง (Regeneration) ในกล้ามเนื้อพบว่ามีมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง ผลของความเสื่อมที่เกิดขึ้นนี้จึงนำไปสู่ภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกได้ (Ageing and the Musculoskelatal 2007) ความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกนอกจากจะพบได้จากความเสื่อมของร่างกายแล้ว ยังเกิดได้จากการทำงานหรือการทำกิจวัตรประจำวัน โดยลักษณะของการทำงานที่อยู่กับที่ จนทำให้เกิดความล้าและความเจ็บปวดเฉพาะที่ หากทำงานซ้ำเดิมเช่นเดียวกันนี้ทุกๆวันเป็นระยะเวลานาน อาจเกิดเป็นความเจ็บปวดถาวร และเกิดความเสื่อมของกล้ามเนื้อนั้นๆ ไปจนถึงข้อต่อ เอ็น และเนื้อเยื่ออื่นๆที่อยู่ใกล้เคียง หรือที่เรียกโดยรวมว่า ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal disorders, MSDs) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคข้ออักเสบ (Arthritis) การอักเสบของเอ็นหรือปลอกหุ้มเอ็น (Tendinitis/Peritendinitis) การอักเสบของส่วนที่ติดหรือเชื่อมต่อกับเอ็น โรคข้อเสื่อมเรื้อรัง (Arthrosis) กล้ามเนื้อเกร็งและเจ็บปวด โรคหมองรองกระดูกสันหลัง (สสิธร เทพตระการพร 2542 : 109-122) โดยลักษณะภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่พบในกลุ่มตัวอย่างคาดว่ามีสาเหตุมาจากทั้ง 2 ปัจจัย คือ เกิดจากความเสื่อมของร่างกายเนื่องจากอายุขัย และเนื่องจากการทำงาน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 36.08) มีสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานต้นสังกัด (ร้อยละ 57.73) ซึ่งอาชีพข้าราชการอาจเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยได้มากกว่าเนื่องจากการนวดไทยเพื่อการรักษาสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ กลุ่มที่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 25.77) ในการเข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยต้องได้รับการส่งตัวจากแพทย์แผนปัจจุบันก่อน ทั้งนี้พฤติกรรมการเสาะหาการดูแลสุขภาพในผู้ป่วย (Coping strategies) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอาจมีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้มีความแตกต่างกันระหว่างในเพศชายและเพศหญิง โดยมีอิทธิพลสำคัญต่อการรายงานความเจ็บปวดและการใช้บริการสุขภาพเพื่อการรักษาอาการเจ็บปวด (Verbrugge 1985; Verbrugge and Ascione 1987; Hurwicz and Berkanovic 1991; Robinson et al 2000 quoted in Bingefors and Isacson 2004 : 450)

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีสถานภาพสมรสอาจต้องทำทั้งงานบ้านและประกอบอาชีพทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนและออกกำลังกาย จึงเกิดภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ในการศึกษาของประเทศเนเธอร์แลนด์ (Sprangers et al 2000 : 895-907) ผู้สูงอายุ เพศหญิง การได้รับการศึกษาต่ำ

การไม่ได้อยู่กับคู่สมรส และการมีปัจจัยของโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค พบว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ในการศึกษาเชิงระบาดวิทยาของ Bingefors and Isacson (2004) ประเทศสวีเดนพบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชายในทุกมิติสุขภาพของแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 ซึ่งความแตกต่างอาจเนื่องมาจากพฤติกรรม และความเจ็บปวด โดยความเจ็บปวดเป็นผลที่ตามมาจากการมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง เมื่อตัดปัจจัยเรื่องความเจ็บปวดออกไป พบว่ามิติสุขภาพด้าน Physical Functioning และมิติสุขภาพด้าน Role Physical Function ในเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ในการศึกษาครั้งนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการแสดงอาการปวดที่แตกต่างกันของอวัยวะต่างๆ แต่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยการนวดพื้นฐานทั้งตัว (ร้อยละ 95.57) เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตและกระตุ้นจุดสัญญาณของการรักษา ยกเว้นบางกรณีทำการนวดพื้นฐานและกระตุ้นจุดสัญญาณเฉพาะบางส่วนซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถึงเหตุผลของการเลือกใช้บริการนวดเฉพาะที่ เนื่องจากอัตราค่าบริการนวดเฉพาะที่มีราคาถูกกว่าการนวดตัว หรือผู้มารับบริการแจ้งว่ามีเวลาในการรับการรักษาที่จำกัด นอกจากการรักษาด้วยการนวดแล้วกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้รับการประคบสมุนไพรร่วมด้วย (ร้อยละ 81.83) เนื่องจากการประคบหลังการนวดด้วยลูกประคบสมุนไพรที่มีความร้อนจะช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ลดอาการติดขัดของข้อต่อ (กัญจนา ดีวิเศษ 2544 : 309) โดยสามารถให้การประคบสมุนไพรในตัวอย่างที่มีอาการของโรคกล้ามเนื้อและกระดูกทุกประเภท ยกเว้นในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดไม่เฉพาะเจาะจงไม่ได้รับการประคบสมุนไพรเนื่องจากมีประวัติการแพ้ลูกประคบ ส่วนบริการนวดฝ่าเท้า (ร้อยละ 19.47) กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับก่อนหรือหลังจากการนวดตัว ซึ่งการนวดเท้าด้วยการกดและเน้นจุดต่างๆบนฝ่าเท้า เชื่อว่าเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย (กัญจนา ดีวิเศษ 2544 :274-275) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดแขนหรือขา ปวดเข่า ปวดบ่าหรือไหล่ และปวดหลังก็ได้รับการนวดฝ่าเท้าร่วมด้วย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและระดับความเจ็บปวด

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 50 ประเมินระดับสุขภาพของตนเองมีระดับไม่เปลี่ยนแปลงจากปีที่ผ่านมา ก่อนได้รับการรักษาด้วยการนวดไทย และร้อยละ 60 ประเมินว่าระดับสุขภาพของตนเองภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทยอยู่ในระดับที่ดีกว่าหรือระดับเดียวกับปีที่ผ่านมา

ในการศึกษาเชิงระบาดวิทยาของประเทศสเปน วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยแบบสำรวจสุขภาพ SF-12 ในผู้ใหญ่ที่มีปัญหาด้านความเจ็บปวด พบว่าในคนที่เป็นโรครูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) โรคปวดหลังส่วนล่าง (Low back pain) โรคข้อเข่าเสื่อม (Knee osteoarthritis) มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำในมิติสุขภาพด้านร่างกาย (Physical Functioning, Role Physical, Bodily Pain และ General Health) แต่คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านจิตใจไม่ลดลง (Vitality, Social Functioning, Role Emotional และ Mental Health) (Carmona et al 2001) ประเทศสก๊อตแลนด์ วิเคราะห์ผลกระทบจากความเจ็บปวดชนิดเรื้อรังในชุมชน พบว่า ความเจ็บปวดชนิดเรื้อรัง (Chronic pain) มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่แย่ลงในทุกมิติสุขภาพของแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 (Smith et al 2001)

ผลการศึกษาลักษณะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อ และกระดูกโดยรวม ก่อนการรักษาด้วยการนวดไทยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงสุดในมิติ Physical Functioning (80.1 ± 20.1) รองลงมาคือมิติ Social Functioning (77.7 ± 21.9) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมต่างๆทางร่างกายแม้ว่าต้องใช้แรงอย่างมาก และสามารถดำเนินกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ โดยไม่มีผลกระทบต่อร่างกายและอารมณ์ แต่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำที่สุดในมิติ Bodily Pain (47.2 ± 18.7) รองลงมาคือมิติ Role-Physical (47.9 ± 37.1) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างแม้จะสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้แต่ก็มีความเจ็บปวดอย่างมากทำให้มีปัญหากับการทำงานหรือการทำกิจกรรมประจำวันอันเนื่องจากสุขภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภายหลังจากการเข้ารับการรักษาด้วยการนวดไทย กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติต่างๆมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น โดยมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงสุดในมิติ Social Functioning (88.8 ± 15.2) รองลงมาคือมิติ Physical Functioning (84.1 ± 17.8) และมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยต่ำสุดในมิติ General Health (57.4 ± 20.7) รองลงมาคือมิติ Bodily Pain (63.6 ± 19.7) การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการรักษาด้วยการนวดไทยจนครบ 5 ครั้ง ระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน ($p<0.01$) ในทุกมิติสุขภาพ โดยระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อและกระดูกภายหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับรักษา ซึ่งมิติสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงสูงสุดหลังการรักษาด้วยการนวดไทยคือมิติสุขภาพ Bodily Pain โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเท่ากับ 16.3 แสดงว่าการนวดไทยมีผลต่อการความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างจากที่เจ็บปวดมากและทำให้เกิดปัญหาต่อการทำสิ่งต่างๆ เมื่อได้รับการนวดอย่างต่อเนื่องมีผลต่อความเจ็บปวดลดลงและทำให้ไม่มีปัญหาต่อการทำงาน ซึ่งผลของการนวดต่อความเจ็บปวดที่ลดลงตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) อธิบายว่าการนวดมีผลยับยั้งการทำงานของ

เซลล์ที (Transmissin cell หรือ Trigger cell) เมื่อเซลล์ทีถูกยับยั้งทำให้ไม่มีกระแสนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมอง เรียกว่าประตูปิด นอกจากนี้การนวดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในผู้ป่วยให้เปลี่ยนจากระบบประสาทซิมพาเธติก (Sympathetic nervous system) ไปเป็นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก (Parasympathetic nervous system) โดยที่ระบบประสาทซิมพาเธติกมีบทบาทต่อร่างกายให้เกิดการเคลื่อนไหว เมื่ออยู่ภายใต้ภาวะเครียด ระบบประสาทส่วนนี้ทำให้เกิดการตอบสนองแบบ "Fight-or-flight response" ทำให้หัวใจเต้นเร็วและอัตราการหายใจสูงขึ้น หลอดเลือดตีบแคบลง และกล้ามเนื้อหดตัว ขณะที่ระบบประสาทพาราซิมพาเธติกมีบทบาทต่อการตอบสนองที่เรียกว่า "Rest and digest response" ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจช้าลง หลอดเลือดขยายตัวและเพิ่มการทำงานของระบบย่อยอาหาร (National Center for Complementary and Alternative Medicine 2006 : 6)

ระดับความเจ็บปวด

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผลการเปรียบเทียบความเจ็บปวดก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยในกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ความเจ็บปวดภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทยมีระดับที่ลดลงกว่าก่อนได้รับการรักษา ($p < 0.05$) ซึ่งความเจ็บปวดที่ลดลงภายหลังการรักษาด้วยการนวดไทยนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวิจิตรา กุสุมภ์ (2532) ที่ติดตามผลของความเจ็บปวดหลังการนวดโดยศึกษาผลของการกดจุดและการนวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างไมโอเฟเชียลเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาทางยาจากแพทย์ จำนวน 40 ราย พบว่าระดับความเจ็บปวดภายหลังได้รับการกดจุดและนวดต่ำกว่าก่อนได้รับการกดจุดและนวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระดับความเจ็บปวดของกลุ่มที่ได้รับการกดจุดและนวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาทางยาจากแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคปวดหลังเนื่องมาจากจุดไมโอเฟเชียลที่ทำการรักษาด้วยการนวดแผนไทยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการนวดแบบสวีดิช พบว่าระดับความเจ็บปวดที่ประเมินจากมาตรวัดความเจ็บปวดในทั้งสองกลุ่มมีค่าลดลงเกินกว่าครึ่งหนึ่งภายหลังการรักษาในสัปดาห์ที่ 3 จนถึงภายหลังสิ้นสุดการรักษา 1 เดือน ($p < 0.05$) โดยความเจ็บปวดในตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (Uraiwan et al. 2005: 298-309) และการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคปวดหลังส่วนล่างชนิดเรื้อรัง ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยการเคลื่อนไหวข้อ (Joint mobilization) พบว่าระดับความเจ็บปวดที่วัดจากมาตรวัดความเจ็บปวดมีค่าลดลงหลังการรักษาในทั้งสองกลุ่มเช่นเดียวกัน โดยกลุ่มที่ได้รับการนวดไทยพบความเจ็บปวดที่น้อยกว่ากลุ่มที่ทำการรักษาด้วยการเคลื่อนไหวข้อ (Surussawadi et al. 2005) และการศึกษาของอรสา กาพรัตน์ (2545) ทดสอบผลของ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การนวดแผนไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการนวดแผนไทยเป็นเวลา 30 นาที จำนวน 15 ราย และกลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยจำนวน 15 ราย พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับการนวดแผนไทยมีการปวดข้อลดลงมากกว่าก่อนได้รับการนวดแผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ได้รับการนวดแผนไทยมีการปวดข้อลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยการนวดไทย

การรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยวิธีการอื่นๆ

ในช่วงของการรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายางในกลุ่มตัวอย่าง ผลการติดตามผลการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 1-4 กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60) ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆร่วมกับการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง ในกลุ่มที่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นขณะที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง พบว่าหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีการใช้การรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วยสูงสุด (ร้อยละ 37.11) โดยมีการรักษาด้วยวิธีอื่นในกลุ่มตัวอย่างลดลงหลังการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายางในครั้งถัดมา สำหรับการรักษาอื่นๆที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่เป็นการใช้ยา โดยมีการใช้ยาสูงสุดหลังการรักษาด้วยการนวดไทยในครั้งที่ 1(ร้อยละ 97.22 ของการรักษาด้วยวิธีอื่น) พบว่าประเภทของยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาทาเฉพาะที่เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย มีการใช้ยารักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ได้รับจากแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาที่ซื้อจากร้านขายยาและการใช้ยานวดสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน

การรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในกลุ่มตัวอย่างด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง ทำการวัดผลการรักษาด้วยการประเมินคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเจ็บปวด ทั้งนี้ในช่วงของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้การประเมินผลการรักษาในกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับผลกระทบจากปัจจัยด้านการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ผลการติดตามกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกในช่วงของการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวซ้ำซากด้วย

ความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที ตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ในลักษณะทำประจำร้อยละ 22.37 และทำเป็นบางครั้งร้อยละ 25.33 โดยกิจกรรมนี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกในส่วน คอ/ไหล่ มือ/ข้อมือ/แขน หลัง/เอว/สะโพก ขา/เข่า/ข้อเท้า (กิตติ อินทรานนท์ 2548 : 259-261) และกลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมที่มีท่าทางทรงตัวที่ไม่ปกติด้วยการนั่งยองหรือคุกเข่านานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือทำงานที่หลังต้องงอ คอต้องก้มเงย ข้อมืองออย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ในลักษณะทำเป็นประจำร้อยละ 13.16 และทำเป็นบางครั้งร้อยละ 22.37 โดยกิจกรรมนี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกในส่วนของ คอ/ไหล่ มือ/ข้อมือ/แขน หลัง/เอว/สะโพก (กิตติ อินทรานนท์ 2548 : 259-261)

ทั้งนี้ในระหว่างทำการรักษาด้วยการนวดไทย กลุ่มตัวอย่างมีการงดการทำกิจกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกเพิ่มขึ้น โดยในช่วงการรักษากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว รวมทั้งการบริหารร่างกายและการบริโภคอาหารจากผู้นวดหรือผู้วิจัย ในการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการรักษาหรือป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่าในช่วงก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ท่าทางการนอนที่ถูกต้องทั้งขณะที่เอนตัวลงนอนและลุกจากที่นอนในลักษณะที่ทำเป็นประจำ (ร้อยละ 46 และ 55 ตามลำดับ) โดยในช่วงของการรักษามีแนวโน้มของการปฏิบัติตัวในเรื่องการใช้ท่าทางการนอนที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ขณะที่การบริโภคอาหาร พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารประเภทข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ของหมักดอง หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในลักษณะเป็นบางครั้งและเป็นประจำ (ร้อยละ 33 และ 6 ตามลำดับ) ซึ่งอาหารเหล่านี้จัดเป็นอาหารแสลงกับโรคกล้ามเนื้อและกระดูกตามหลักการแพทย์แผนไทย(กัญจนา ดีวิเศษ, บรรณาธิการ 2544 : 183) ส่วนการประคบส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีการทำ (ร้อยละ 64)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สรุปได้ว่าการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นผลดีต่อการรักษาโรคกล้ามเนื้อและกระดูก เนื่องจากช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูก และหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารบางประเภทที่ไม่เป็นผลดีต่อการรักษา ซึ่งผลการศึกษาของ Furlan et.al ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ โดย Furlan et.al (2003 : 151-166) พบว่า การรักษาด้วยการนวดเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างแบบไม่เฉพาะเจาะจงที่มีอาการกึ่งเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยการนวดช่วยในการปรับปรุงอาการและการทำงานของอวัยวะให้ดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อให้ร่วมกับคำแนะนำและการบริหารร่างกาย และพบว่าการนวดยังส่งผลต่อการักษาในระยะยาว (อย่างน้อย 1 ปีหลังสิ้นสุดการรักษา)

ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยการนวด

ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยการนวดไทย ทำให้เกิดอาการปวดหรือระบมบริเวณที่นวด จ้ำเลือดหรือเขียวช้ำ ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายไปได้เองภายหลังการรักษาด้วยการนวด 1-2 วัน แต่ในบางคนอาจใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดระบม โดยอาการปวด/ระบมที่พบนี้มักพบในช่วงแรก ผลข้างเคียงที่เกิดจากการนวดไทยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ คล้ายคลึงกับผลข้างเคียงจากการนวดแบบสวีดิชในการศึกษาของ Cambron ซึ่งพบว่าการระบมเกิดขึ้นภายหลังการนวดภายใน 12 ชั่วโมง (ร้อยละ 10) แต่อาการนี้จะหายไปหลังการนวดภายใน 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังเกิดอาการเมื่อยล้า (ร้อยละ 1.1) ปวดหัว (ร้อยละ 1.1) และเกิดแผลถลอก (ร้อยละ 1.1) (Cambron et al 2007) และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Chatchawan Uraiwan พบว่าผลข้างเคียงที่เกิดจากการนวดไทยทำให้เกิดอาการเจ็บปวดบริเวณที่กดภายหลังการรักษาด้วยการนวดในแต่ละครั้ง แต่อาการจะหายไปใน 5-10 นาที (Uraiwan et al. 2005: 298-309.)

ปัจจัยร่วมกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าการนวดไทยมีผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งการนวดไทยทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นในทุกมิติสุขภาพตามแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 แต่ทั้งนี้ปัจจัยที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและกระดูกคือปัจจัยด้านเพศและอายุที่สูงขึ้น จากการศึกษานี้พบว่าระดับคุณภาพชีวิตหลังการรักษาด้วยการนวดไทยไม่มีความแตกต่างเนื่องจากปัจจัยด้านเพศ ในขณะที่ระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ Physical Functioning หลังการรักษาด้วยการนวดไทยในช่วงอายุที่ต่างกันมีความแตกต่างกัน ($p < 0.01$) ปัจจัยด้านอายุจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ Physical Functioning ในการนำผลการศึกษานี้ไปใช้จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาด้วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บข้อมูล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพคือแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 แปลใหม่ฉบับภาษาไทยโดยวัชรี เลอมานกุลและปารณีย์ มีแต้ม (2548 : 69-88) เนื่องจากผู้สร้างแบบสอบถามได้สร้างขึ้นมาสำหรับให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง แต่ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับการให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ดังนั้นผลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดอคติเนื่องจากผู้วิจัย และเครื่องมือสำหรับวัดความรู้สึกเจ็บปวดใช้มาตรวัดความเจ็บปวดของจอห์น

สัน แปลและเรียบเรียงโดยอุไร นิโรธนันท์และเพ็ญศรี ระเบียบ (2539) โดยมาตรวัดนี้มีลักษณะเป็นเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร มีตัวเลขกำกับที่แสดงถึงความรู้สึกเจ็บปวด ผู้ตอบแบบสอบถามใช้การขีดเส้นตัดเส้นตรงที่เป็นมาตรวัดนี้ เพื่อบอกถึงความรู้สึกเจ็บปวดของตนเอง ทั้งนี้ในการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุบางคนไม่เข้าใจการทำแบบสอบถามในลักษณะนี้ ผู้วิจัยจึงใช้การพับกระดาษที่มีความยาวเท่ากับมาตรวัดความเจ็บปวด แล้วให้ผู้ตอบพับกระดาษให้มีขนาดเท่ากับความรู้สึกเจ็บปวดที่ตนเองมี โดยทั้งแผ่นกระดาษ หมายถึงมีความรู้สึกเจ็บปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้ และการไม่มีกระดาษเลย หมายถึงไม่รู้สึกเจ็บปวด เมื่อผู้ตอบพับกระดาษแล้ว ผู้วิจัยจะนำกระดาษไปเทียบกับมาตรวัดความเจ็บปวดแล้วจึงบันทึกระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างบนมาตรวัดความเจ็บปวดในครั้งนั้นๆ การวัดความรู้สึกเจ็บปวดด้วยความมาตรวัดความเจ็บปวดในลักษณะดังกล่าว จึงไม่ตรงกับวัตถุประสงค์แนวทาง และการทดสอบเครื่องมือที่ผู้สร้างได้จัดทำไว้

2. ระยะเวลาของการรักษาด้วยการนวดไทยของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนอาจไม่เท่ากัน ในการรักษาด้วยการนวดไทย กลุ่มตัวอย่างต้องมารับการนวดอย่างต่อเนื่อง และเว้นระยะของการรักษาในแต่ละครั้งประมาณ 2-3 วัน เพื่อป้องกันการเกิดการอักเสบของกล้ามเนื้อเนื่องจากการนวด พบว่าการนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อมารับการรักษาในครั้งถัดไป ในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน เนื่องจากในวันที่กลุ่มตัวอย่างควรมารับการนวดอย่างต่อเนื่อง แต่มีผู้ป่วยรายเก่าที่จองคิวไว้เต็มแล้ว หรือการติดวันหยุดและวันนักขัตฤกษ์ หรือกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมารับการรักษาการนวดไทยด้วยเหตุผลของแต่ละบุคคล ทำให้การนัดมานวดในครั้งถัดไปอาจเป็นก่อนหรือหลังวันที่เหมาะสมของการรักษา

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากข้อมูลที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดอย่างต่อเนื่องมีการใช้ยาบรรเทาอาการปวดลดลง ดังนั้น การรณรงค์ให้มีการนวดอย่างแพร่หลายในประชาชน ซึ่งประชาชนสามารถฝึกฝนการนวดเพื่อใช้นวดตนเองหรือนวดให้คนในครอบครัว นอกจากจะเป็นการภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทยให้ดำรงอยู่จึงอาจเป็นแนวทางหนึ่งสำหรับช่วยลดการบริโภคยาแก้ปวดได้และทำให้ประชาชนดูแลตนเองในอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานหรือเกิดจากการประกอบอาชีพได้ด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลการรักษาด้วยการนวดไทยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เฉพาะเจาะจง เช่น อาการปวดหลัง ปวดไหล่

บรรณานุกรม

กัญจนา ดีวิเศษ, บรรณาธิการ. คู่มือเวชกรรมแผนโบราณ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2537.

_______. คู่มืออบรมการนวดไทย. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : โครงการพัฒนาตำรากองทุนสนับสนุนกิจกรรมมูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2544.

_______.เส้น จุดและโรคในทฤษฏีการนวดไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2540.

กิตติ อินทรานนท์. การยศาสตร์ Ergonomics. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร. รายงานการประเมินผลโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2547.

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. จำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ (21 กลุ่มโรค) จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 28 มีนาคม 2549.เข้าถึงได้จาก http:// 203.157.19.191/

กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. Acute Diseases Profile [ออนไลน์].เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2548. เข้าถึงได้จาก http://provis.pbro.moph.go.th/acute/index.

คณะกรรมการและอาจารย์สมาคมโรงเรียนแพทย์แผนโบราณในประเทศไทย สำนักวัดพระเชตุพนฯ, ผู้รวบรวม. คู่มือการศึกษาวิชาเวชกรรม. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์, 2522.

โครงการฟื้นฟูการนวดไทย. คู่มือการนวดไทยในการสาธารณสุขมูลฐาน. พิมพ์ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 5. ม.ป.ท. : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2535.

พงษ์ภารดี เจาะฑะเกษตริน. “ความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน.” ใน ตำราวิสัญญีวิทยา, 364-374. วรภา สุวรรณจินดา และอังกาบ ปราการรัตน์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานครฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2534.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, อัญชลี อินทนนท์ และ ธารา อ่อนชมจันทร์, บรรณาธิการ. คู่มือปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน. ม.ป.ท : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.

รายงานการให้บริการการแพทย์แผนไทย. โรงพยาบาลท่ายาง. รายงานประจำเดือน กรกฎาคม พ.ศ. พ.ศ. 2546 – กันยายน พ.ศ. 2548.

สสิธร เทพตระการพร. "การทำงานที่ใช้กล้ามเนื้อและความล้า." ใน เอกสารการสอนชุดวิชาเออร์กอนอมิคส์และจิตวิทยาในการทำงาน หน่วยที่ 1-15 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 109-122. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2534.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข 2547 [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2548. เข้าถึงได้จากhttp://203.157.19.191/index-stat47.htm

สุพร พลยานันท์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสำนักพิมพ์แม็ค จำกัด, 2528.

เสาวภา พรสิริพงษ์ และ พรทิพย์ อุศุรัตน์, บรรณาธิการ. การบันทึกและการถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2537.

แสงโสม เกิดคล้าย. รายงานผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม(เชิงรับ) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พ.ศ.2544-2549 [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 28 มีนาคม 2549.เข้าถึงได้จาก http:// 203.157.15.4/index.php?send=enocc.

วัชรี เลอมานกุล และปารณีย์ มีแต้ม. "การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย." วารสารไทยเภสัชสาร 24, 2 (2543) : 92-111.

_______ . "การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่." วารสารไทยเภสัชสาร 29, 1-2 (2548) : 69-88.

วัฒนพัฒน์ สมศรี. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน . สัมภาษณ์, 2 ตุลาคม 2548.

วิจิตรา กุสุมภ์. "ผลของการกดจุดและนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง." วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วิพุธ โยคะ รัตนรังษี, ผู้รวบรวม. ตำราการนวดบรรเทารักษาโรคฉบับสมบูรณ์สุดยอด. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ปิรามิด, 2545.

วุฒิกิจ ธนะภูมิ และเพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, บรรณาธิการ. ชุมนุมแพทย์แผนไทยและสมุนไพรแห่งชาติครั้งที่ 6 การดูแลสุขภาพองค์รวมแบบไทยสัปปายะ. นนทบุรี : ศูนย์พัฒนาตำราการแพทย์แผนไทย สถาบันส่งเสริมการแพทย์แผนไทย มูลนิธิการแพทย์แผนไทย, 2547.

อัตราการเจ็บป่วยกลุ่มโรคหลัก อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2548. เข้าถึงได้จาก http://dat.pbro.moph.go.th/

อรสา กาพรัตน์. "ผลของการนวดแผนไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม." วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

อุไร นิโรธนันท์. "ผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง." วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

Baymer, P.L., Huether, S.E. and Schoess, M. "Pain." In Pathophysiology : The Biologic Basis for Disease in Adults and Children. pp.438-447. Edited by K.L. McCance and S.E. Huether. 2nd ed. St Louis : Mosby, 1994.

Bingefors, K, and Isacson, D. "Epidermiology, Co-morbidity, and Impact on Health Related Quality of Life Self-Reported Headache and Musculoskeletal Pain - a Gender Perspective." European Journal of Pain, no.8(2004): 435-450.

Cambron, J. A. et al. Side Effect of Massage Therapy: Pilot Study [Online]. Accessed 7 July 2007. Available from www.massagetherapyfoundation.org/pdf/

Cieza, A, and Stucki, G. "New approaches to Understanding the Impact of Musculoskeletal Conditions." Best Practice & Research Clinical Rheumatology 18, 2(2004): 141-154.

Cormona, L. et al. "The Burden of Musculoskeletal Diseases in the General Population of Spain : Results from a National Survey." Annual of the Rheumatic Disease, (2001) : 1040-5.

Curtis, S.M. and Curtis, R. L. "Pain." In Pathophysiology Concepts of Altered Health States, 982- 995. Edited by C.M. Port. Philadephia : J.B. Lippincott Company, 1994.

Ernst, E. “Musculosleletal Conditions and Complementary/Alternative Medicine.” Best Practice & Research Clinical Rheumatology 18, 4(2004): 539-556.

Gauntlett, B.P. “Pain.” In Principles and Practice of Adult Health Nursing, 247-275. Edited by P.G. Beare and J.L. Myers. 2nd ed. St Louis : Mosby, 1994.

Huether, S.E. and McCance, K.L. “Pain.” In Understanding Pathophysiology, 320-326. St. Louis : Mosby, 1996.

Ignatavicius, D.D., Workman, M.L. and Mishler, M.A. “Pain.” In Medical Surgical Nursing Process Approach Vol.I. pp.119-145 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1995.

Jacob, M. “Massage for the relief of pain : Anatomical Physiological considerations.” The Physical Therapy Review. 40 (1960) : 95-105.

Journal Of Bodywork and Movement Therapies [Online]. Accessed 20 December 2005. Available from 10.1016/j.jbmt.2005.11.001.

Lipton, S. The Control of Chronic Pain. Great Britain: Edward Arnold (publisher) Ltd., 1979.

Lubeck, D. P. “The Costs of Musculoskeletal Disease: Health Needs Assessment and Health Economics.” Best Practice & Research Clinical Rheumatology 17, 3(2003): 529-539.

Melzack, R. and Wall, P. D. “Pain Mechanism : A New Theory.” Science. 19(November 1965) : 971-978.

National Center for Complementary and Alternative Medicine. Massage Therapy as CAM [Online]. September 2006. Available from http://nccam.nih.gov/health/massage/D327.pdf.

Roux, C. H. et al. “The impact of Musculoskeletal Disorders Occurrence on Quality of Life: An Inception Cohort Study.” Annals of the Rheumatic Diseases no.64(2005): 606-611.

Smith, B. et al. “The Impact of Chronic Pain in community. The Journal of Family Practice 18(2001) : 292-9.

Surussawadi Mackawan et al. “Effect of Traditional Thai Massage versus Joint Mobilization on Substance P and Pain Perception in Patients with Non-Specific Low Back Pain.” Journal of Bodywork and Movement Therapies (2005).

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

The Bone and Joint Decade[Online]. Accessed 28 April 2005. Available from http://www.boneandjointdecade.org/activities/default.html.

United State Department of Labor, Occupational Safety&Health Administration. Ergonomics [Online]. Access 8 January 2006. Available from http://www.osha.gov/index.html

Uraiwan Chatchawan et al. " Effectiveness of Traditional Thai Massage versus Swedish Massage among Patients with Back Pain associated with Myofascial Trigger Points." Journal of Bodywork and Movement Therapies 9 (2005) : 298-309.

Walsh, N. E. "Global Initiatives in Rehabilitation Medicine." Archives of Physical Medicine& Rehabilitation 85 (September 2004): 1395-1402.

Ware et al. SF-36 Health Survey Mannual and Interpretation Guide. Boston : The Health Institute, New England Medical Center, 1993.

Watt-Watson, J.H. and Long, B.C. "Pain." In Medical-Surgical Nursing : A Nursing Process Approach, 163-181. Edited by W.L. Phipps, B.C. Long and V.L. Cassmeyer. 3rded. St Louis : Mosby-Year Book, Inc.,1993.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

WHO Scientific Group on the Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium. The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium. WHO Technical Report Series 919. Geneva : World Health Organization, 2003.

Woolf, A. D. et al. "Musculoskeletal Pain in Europe: Its Impact and a Comparison of Population and Medical Perceptions of Treatment in Eight Europe Countries." Annual of the Rheumatic Disease, no.63(2004): 342-347.

ภาคผนวก ก

แบบประเมินความรู้เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ชื่อ…..นามสกุล..วันที่ทดสอบ..................

....

แบบทดสอบความรู้เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย

ตอนที่ 1 แบบสำรวจความรู้เรื่องสัญญาณ 5

จงบรรยายตำแหน่งของสัญญาณ และผลของการกระตุ้นสัญญาณสามารถใช้ในการรักษาอาการหรือโรคใดได้บ้าง

สัญญาณ 5	การกระตุ้นมีผลต่ออวัยวะใด
ขาด้านนอก	
- จุด 1	
- จุด 2	
- จุด 3	
- จุด 4	
- จุด 5	
ขาด้านใน	
- จุด 1	
- จุด 2	
- จุด 3	
- จุด 4	
- จุด 5	
หลัง	
- จุด 1	
- จุด 2	
- จุด 3	
- จุด 4	
- จุด 5	
หัวไหล่	
- จุด 1	
- จุด 2	
- จุด 3	
- จุด 4	
- จุด 5	

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

สัญญาณ 5	การกระตุ้นมีผลต่ออวัยวะใด
แขนด้านนอก	
- จุด 1	
- จุด 2	
- จุด 3	
- จุด 4	
- จุด 5	
แขนด้านใน	
- จุด 1	
- จุด 2	
- จุด 3	
- จุด 4	
- จุด 5	
ศีรษะด้านหน้า	
- จุด 1	
- จุด 2	
- จุด 3	
- จุด 4	
- จุด 5	
ศีรษะด้านหลัง	
- จุด 1	
- จุด 2	
- จุด 3	
- จุด 4	
- จุด 5	

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตอนที่ 2 ความรู้เรื่องโรค การตรวจร่างกาย การรักษา และการให้คำแนะนำ

จงบรรยายวิธีการตรวจ การรักษา และการให้คำแนะนำในผู้ป่วยที่เป็นโรคหรืออาการดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยชาย อายุ 63 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง มาด้วยอาการปวดหลังเรื้อรัง

2.2 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 35 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มาด้วยอาการปวดบ่าข้างขวา มักบ่นว่ามีอาการปวดศีรษะเป็นครั้งคราว มีอาชีพทำเกษตรกรรม กล้ามเนื้อไหล่แข็งเป็นลำ

2.3 ผู้ป่วยหญิง อายุ 70 ปี มีอาการปวดข้อเข่า ปวดเมื่อเริ่มก้าวเดินหรือเปลี่ยนอิริยาบถขณะเดิน ถ้าหยุดพักจะหายปวด (ปวด บวม แดง ร้อนที่ข้อเข่าข้างที่เป็น)

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามผู้มาใช้บริการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบสอบถามผู้มาใช้บริการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง

คำอธิบาย : โปรดทำเครื่องหมาย √ ลง ใน ( ) หน้าตัวเลือกที่เป็นคำตอบ และเขียนข้อความเพิ่มเติมตามความเป็นจริงของท่าน

---

1. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อหรือเขียนข้อความเพิ่มเติมตามความเป็นจริง

( ) มีโรคประจำตัว คือ

( ) โรคความดันโลหิตสูง

( ) โรคเบาหวาน

( ) โรคไมเกรน

( ) อื่นๆ โปรดระบุ..

( ) ไม่มีโรคประจำตัว

2. ท่านมีสถานภาพสมรสเป็นแบบใด

( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า ( ) แยกกันอยู่

3. ระดับการศึกษาของท่านคือ

( ) ไม่รู้หนังสือ ( ) ระดับประถมศึกษา

( ) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ( ) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

( ) ระดับปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

4. อาชีพในปัจจุบันของท่านคือ

( ) แม่บ้าน/ทำงานบ้าน ( ) นักเรียน/ นักศึกษา

( ) ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว ( ) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ

( ) ลูกจ้างบริษัท/ห้างร้านเอกชน ( ) ทำไร่/ ทำนา / ทำสวน

( ) รับจ้างทั่วไป/กรรมกร ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน

( ) อื่นๆ โปรดระบุ..

5. รายได้ส่วนตัว*โดยเฉลี่ยต่อเดือน* ของท่านคือ....................................บาท

( ) ไม่มีรายได้ เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาชีพ

6. ในการทำงานหรือการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน ท่านได้ทำกิจกรรมลักษณะต่างๆ ในข้อ 1 ถึง 15 หรือไม่ หากท่านได้ทำ ท่านทำกิจกรรมดังกล่าวบ่อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องตัวเลือกของแต่ละข้อ โดยที่

ไม่ได้ทำเลย หมายถึง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านไม่มีกิจกรรมที่ทำในลักษณะนี้เลย

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ทำกิจกรรมในลักษณะที่กำหนด ประมาณ 1-2 วัน

ทำเป็นประจำ หมายถึง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ทำกิจกรรมในลักษณะที่กำหนด ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

ลักษณะงานหรือการทำกิจวัตรประจำวัน	ไม่ได้ทำ	ทำเป็นบางครั้ง	ทำเป็นประจำ
1. มีการเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที เป็นเวลาตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป เช่น การทำงานในโรงงานที่ใช้ระบบสายพาน, รีดผ้า			
2. ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เช่น แป้นพิมพ์และเมาส์ หรือเครื่องพิมพ์ดีดอย่างต่อเนื่องเป็น เวลานานกว่า 4 ชั่วโมง			
3. ยกของหนักกว่า 25 กก. บ่อยครั้งมากกว่า 10 ครั้ง/วัน หรือยกหนักกว่า 11 กก. ในระดับต่ำกว่าเข่า หรือยกสูงกว่าไหล่ หรือยกเมื่อเหยียดแขน บ่อยครั้งมากกว่า 25 ครั้ง/วัน			
4. ผลักหรือดันของที่หนักกว่า 30 กก.ไปตามพื้น หรือเข็นรถเข็นที่มีของหนักกว่า 18 กก. เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน			
5. หอบ/หนีบสิ่งของหนักมากกว่า 1 ก.ก.ด้วยมือแต่ละข้าง หรือหิ้วสิ่งของหนัก 4.5 ก.ก.โดยใช้มือแต่ละข้าง เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือหนีบของนานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน			
6. ใช้มือทั้งสองไว้เหนือศีรษะ หรือข้อศอกเหนือหัวไหล่เพื่อทำงานเดิมอย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น สอยผลไม้ จัดของที่อยู่บนชั้นสูง			
7. นั่งยองๆ หรือคุกเข่านานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือทำงานที่หลังต้องงอ คอต้องก้มเงย ข้อมืองออย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น การใช้จักรเย็บผ้า, เขียนหนังสือ			
8. ใช้มือหรือเข่าเสมือนว่าเป็นค้อนทุบหรือตอกมากกว่า 10 ครั้งต่อชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง นานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น งานประทับตรา, การใช้หัวเข่าออกแรงเคลื่อนย้ายวัสดุสิ่งของ			
9. ใช้เครื่องมือที่มีการสั่นสะเทือนความถี่สูง เช่น เลื่อยยนต์ เครื่องเจาะถนน หรือเครื่องมือที่คล้ายกัน เป็นเวลานานกว่า 30 นาที/วัน			
10. ใช้เครื่องมือที่มีความถี่ปานกลาง เช่น เลื่อนสายพาน เครื่องขัด เครื่องเจียระไนเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน			
11. เวลาจะนอนต้องเปลี่ยนจากท่านั่ง แล้วค่อยๆ เอนตัวและตะแคงตัวเข้านอน			
12. เวลาลุกจากที่นอน ได้ใช้วิธีตะแคงตัวก่อน จึงลุกขึ้นนั่ง แล้วค่อยลุกจากที่นอน			
13. กินข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ของหมักดอง หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
14. บริหารร่างกาย เช่น บริหารไหล่ บริหารคอ บริหารเข่า บริหารหลัง			
15. มีการประคบด้วยความร้อนบริเวณกล้ามเนื้อที่อักเสบ/หรือกล้ามเนื้อที่ปวด			

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

7. ก่อนหน้าที่ท่านจะมารับบริการการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ หรือไม่ ท่านสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

( ) ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

( ) ได้ใช้บริการฝังเข็ม จาก..

( ) ได้รับการนวดไทยเพิ่มเติม จาก...

( ) ได้รับการกายภาพบำบัด จาก...

( ) ได้รับยากิน/ยาฉีด/ยาทา จาก..

และชื่อยาที่ใช้คือ...

( ) อื่นๆ โปรดระบุ...

***********ขอบคุณพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม**********

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกประวัติการรักษา

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบบันทึกประวัติผู้มารับบริการการนวดไทย HN...........

นาย/นาง/นส...........................นามสกุล.....................อายุ................ปี

ที่อยู่...เบอร์โทรศัพท์.............

โรคประจำตัว..................................โรคกล้ามเนื้อและ

กระดูก................

สิทธิ์การรักษา UC30 / UC ท / เบิกได้ /ปกส./ อื่นๆ............................

	นวดครั้งที่ 1	นวดครั้งที่ 2	นวดครั้งที่ 3	นวดครั้งที่ 4	นวดครั้งที่ 5
วันที่มารับบริการ					
อาการที่เป็นมา					
ผลการตรวจร่างกาย					
●BP					
●temp					
ผลการตรวจร่างกายทางหัตถเวช					
การนวด (ทำ/ไม่ทำ)					
●ตำแหน่งที่นวด					
●ตำแหน่งที่เน้น					
ประคบ (ทำ/ไม่ทำ)					
●ตำแหน่ง					
อบสมุนไพร(ทำ/ไม่ทำ)					
นวดฝ่าเท้า(ทำ/ไม่ทำ)					
คำแนะนำที่ให้					
●บริหารร่างกาย					
●อาหาร					
วันนัดครั้งต่อไป					
ผู้ให้บริการ					
หมายเหตุ					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ง

แบบติดตามกลุ่มตัวอย่างระหว่างการรักษา

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบติดตามกลุ่มตัวอย่างระหว่างการรักษา (ครั้งที่...........)

จุดประสงค์ เพื่อติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการนวดไทยในแต่ละครั้ง และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยรวมถึงการรักษาร่วมที่ผู้ป่วยได้รับในระหว่างที่กำลังรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง

คำอธิบาย : คำถามที่ใช้ในแบบสอบถามฉบับนี้ เป็นการถามถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านภายหลังจากการนวดเมื่อคราวที่แล้ว จนกระทั่งถึงก่อนที่ท่านจะได้รับการนวดไทยในครั้งนี้ โดยในแบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ ในแต่ละข้อคำถาม ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย √ ลงใน ( ) หน้าตัวเลือกที่เป็นคำตอบ และเขียนข้อความเพิ่มเติมตามความเป็นจริงของท่าน

1.หลังจากที่มารับการรักษาด้วยการนวดไทยที่โรงพยาบาลท่ายางเมื่อคราวที่แล้ว ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ โดยท่านสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

( ) มีอาการจ้ำเลือด/เขียวช้ำ

( ) บริเวณที่มีอาการอยู่เดิมมีการบวมเพิ่มขึ้น

( ) กระดูกร้าว/แตกหัก

( ) ไม่มีความผิดปกติใดๆ

( ) อื่นๆ โปรดระบุ..

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. หลังจากที่มารับการรักษาด้วยการนวดไทยที่โรงพยาบาลท่ายางเมื่อคราวที่แล้ว ท่านได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ อีกหรือไม่ โดยท่านสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และโปรดระบุแหล่งที่ท่านได้รับการรักษา

( ) ไม่ได้รับการรักษาอื่นๆ

( ) ได้ใช้บริการฝังเข็ม จาก (โปรดระบุ)...

( ) ได้รับการนวดไทยเพิ่มเติม จาก (โปรดระบุ)..

( ) ได้รับการกายภาพบำบัด จาก (โปรดระบุ)...

( ) ได้รับยากิน/ยาฉีด/ยาทา จาก (โปรดระบุ)...

และชื่อยาที่ใช้คือ...

( ) อื่นๆ (โปรดระบุ)...

***** กรุณาตอบคำถามข้อ 3 ในหน้าถัดไป*****

3. ในการทำงานหรือการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน ท่านได้ทำกิจกรรมลักษณะต่างๆในข้อ 1 ถึง 15 หรือไม่ หากท่านได้ทำ ท่านทำกิจกรรมดังกล่าวบ่อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องตัวเลือกของแต่ละข้อ โดยที่

ไม่ได้ทำเลย หมายถึง หลังจากการนวดเมื่อคราวที่แล้ว ท่านไม่มีกิจกรรมที่ทำในลักษณะนี้เลย

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง หลังจากการนวดเมื่อคราวที่แล้ว ท่านได้ทำกิจกรรมในลักษณะที่กำหนดประมาณ 1-2 วัน

ทำเป็นประจำ หมายถึง หลังจากการนวดเมื่อคราวที่แล้ว ท่านได้ทำกิจกรรมในลักษณะที่กำหนด ตั้งแต่3 วันขึ้นไป

ลักษณะงานหรือการทำกิจวัตรประจำวัน	ไม่ได้ทำ	ทำเป็นบางครั้ง	ทำเป็นประจำ
1. มีการเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที เป็นเวลาตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป เช่น การทำงานในโรงงานที่ใช้ระบบสายพาน, รีดผ้า			
2. ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เช่น แป้นพิมพ์และเมาส์ หรือเครื่องพิมพ์ดีดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมง			
3. ยกของหนักกว่า 25 กก. บ่อยครั้งมากกว่า 10 ครั้ง/วัน หรือยกหนักกว่า 11 กก. ในระดับต่ำกว่าเข่า หรือยกสูงกว่าไหล่ หรือยกเมื่อเหยียดแขน บ่อยครั้งมากกว่า 25 ครั้ง/วัน			
4. ผลักหรือดันของที่หนักกว่า 30 กก.ไปตามพื้น หรือเข็นรถเข็นที่มีของหนักกว่า 18 กก. เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน			
5. หอบ/หนีบสิ่งของหนักมากกว่า 1 ก.ก.ด้วยมือแต่ละข้าง หรือหิ้วสิ่งของหนัก 4.5 ก.ก.โดยใช้มือแต่ละข้าง เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือหนีบของนานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน			
6. ใช้มือทั้งสองไว้เหนือศีรษะ หรือข้อศอกเหนือหัวไหล่เพื่อทำงานเดิมอย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น สอยผลไม้ จัดของที่อยู่บนชั้นสูง			
7. นั่งยองๆ หรือคุกเข่านานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือทำงานที่หลังต้องงอ คอต้องก้มเงย ข้อมืองออย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น การใช้จักรเย็บผ้า, เขียนหนังสือ			
8. ใช้มือหรือเข่าเสมือนว่าเป็นค้อนทุบหรือตอกมากกว่า 10 ครั้งต่อชั่วโมงอย่างต่อเนื่องนานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น งานประทับตรา, การใช้หัวเข่าออกแรงเคลื่อนย้ายวัสดุสิ่งของ			
9. ใช้เครื่องมือที่มีการสั่นสะเทือนความถี่สูง เช่น เลื่อยยนต์ เครื่องเจาะถนน หรือเครื่องมือที่คล้ายกัน เป็นเวลานานกว่า 30 นาที/วัน			
10. ใช้เครื่องมือที่มีความถี่ปานกลาง เช่น เลื่อนสายพาน เครื่องขัด เครื่องเจียระไนเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน			
11. เวลาจะนอนต้องเปลี่ยนจากท่านั่ง แล้วค่อยๆ เอนตัวและตะแคงตัวเข้านอน			
12. เวลาลุกจากที่นอน ได้ใช้วิธีตะแคงตัวก่อนจะลุกขึ้นนั่ง แล้วค่อยๆลุกจากที่นอน			
13. กินข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ของหมักดอง หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
14. บริหารร่างกาย เช่น บริหารไหล่ บริหารคอ บริหารเข่า บริหารหลัง			
15. มีการประคบด้วยความร้อนบริเวณกล้ามเนื้อที่อักเสบ/หรือกล้ามเนื้อที่ปวด			

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

*****ขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม*****

3. ในการทำงานหรือการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน ท่านได้ทำกิจกรรมลักษณะต่างๆในข้อ 1 ถึง 15 หรือไม่ หากท่านได้ทำ ท่านทำกิจกรรมดังกล่าวบ่อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องตัวเลือกของแต่ละข้อ โดยที่

ไม่ได้ทำเลย หมายถึง หลังจากการนวดเมื่อคราวที่แล้ว ท่านไม่มีกิจกรรมที่ทำในลักษณะนี้เลย

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง หลังจากการนวดเมื่อคราวที่แล้ว ท่านได้ทำกิจกรรมในลักษณะที่กำหนดประมาณ 1-2 วัน

ทำเป็นประจำ หมายถึง หลังจากการนวดเมื่อคราวที่แล้ว ท่านได้ทำกิจกรรมในลักษณะที่กำหนด ตั้งแต่3 วันขึ้นไป

ลักษณะงานหรือการทำกิจวัตรประจำวัน	ไม่ได้ทำ	ทำเป็นบางครั้ง	ทำเป็นประจำ
1. มีการเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที เป็นเวลาตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป เช่น การทำงานในโรงงานที่ใช้ระบบสายพาน, รีดผ้า			
2. ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เช่น แป้นพิมพ์และเมาส์ หรือเครื่องพิมพ์ดีดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมง			
3. ยกของหนักกว่า 25 กก. บ่อยครั้งมากกว่า 10 ครั้ง/วัน หรือยกหนักกว่า 11 กก. ในระดับต่ำกว่าเข่า หรือยกสูงกว่าไหล่ หรือยกเมื่อเหยียดแขน บ่อยครั้งมากกว่า 25 ครั้ง/วัน			
4. ผลักหรือดันของที่หนักกว่า 30 กก.ไปตามพื้น หรือเข็นรถเข็นที่มีของหนักกว่า 18 กก. เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน			
5. หอบ/หนีบสิ่งของหนักมากกว่า 1 ก.ก.ด้วยมือแต่ละข้าง หรือหิ้วสิ่งของหนัก 4.5 ก.ก.โดยใช้มือแต่ละข้าง เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือหนีบของนานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน			
6. ใช้มือทั้งสองไว้เหนือศีรษะ หรือข้อศอกเหนือหัวไหล่เพื่อทำงานเดิมอย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น สอยผลไม้ จัดของที่อยู่บนชั้นสูง			
7. นั่งยองๆ หรือคุกเข่านานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือทำงานที่หลังต้องงอ คอต้องก้มเงย ข้อมืองออย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น การใช้จักรเย็บผ้า, เขียนหนังสือ			
8. ใช้มือหรือเข่าเสมือนว่าเป็นค้อนทุบหรือตอกมากกว่า 10 ครั้งต่อชั่วโมงอย่างต่อเนื่องนานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น งานประทับตรา, การใช้หัวเข่าออกแรงเคลื่อนย้ายวัสดุสิ่งของ			
9. ใช้เครื่องมือที่มีการสั่นสะเทือนความถี่สูง เช่น เลื่อยยนต์ เครื่องเจาะถนน หรือเครื่องมือที่คล้ายกัน เป็นเวลานานกว่า 30 นาที/วัน			
10. ใช้เครื่องมือที่มีความถี่ปานกลาง เช่น เลื่อนสายพาน เครื่องขัด เครื่องเจียระไนเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน			
11. เวลาจะนอนต้องเปลี่ยนจากท่านั่ง แล้วค่อยๆ เอนตัวและตะแคงตัวเข้านอน			
12. เวลาลุกจากที่นอน ได้ใช้วิธีตะแคงตัวก่อนจะลุกขึ้นนั่ง แล้วค่อยๆลุกจากที่นอน			
13. กินข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ของหมักดอง หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
14. บริหารร่างกาย เช่น บริหารไหล่ บริหารคอ บริหารเข่า บริหารหลัง			
15. มีการประคบด้วยความร้อนบริเวณกล้ามเนื้อที่อักเสบ/หรือกล้ามเนื้อที่ปวด			

*****ขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม*****

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. ในการทำงานหรือการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน ท่านได้ทำกิจกรรมลักษณะต่างๆในข้อ 1 ถึง 15 หรือไม่ หากท่านได้ทำ ท่านทำกิจกรรมดังกล่าวบ่อยเพียงใด โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องตัวเลือกของแต่ละข้อ โดยที่

ไม่ได้ทำเลย หมายถึง หลังจากการนวดเมื่อคราวที่แล้ว ท่านไม่มีกิจกรรมที่ทำในลักษณะนี้เลย

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง หลังจากการนวดเมื่อคราวที่แล้ว ท่านได้ทำกิจกรรมในลักษณะที่กำหนดประมาณ 1-2 วัน

ทำเป็นประจำ หมายถึง หลังจากการนวดเมื่อคราวที่แล้ว ท่านได้ทำกิจกรรมในลักษณะที่กำหนด ตั้งแต่3 วันขึ้นไป

ลักษณะงานหรือการทำกิจวัตรประจำวัน	ไม่ได้ทำ	ทำเป็นบางครั้ง	ทำเป็นประจำ
1. มีการเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากด้วยความถี่มากกว่า 2 ครั้ง/นาที เป็นเวลาตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป เช่น การทำงานในโรงงานที่ใช้ระบบสายพาน, รีดผ้า			
2. ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์เช่น แป้นพิมพ์และเมาส์ หรือเครื่องพิมพ์ดีดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมง			
3. ยกของหนักกว่า 25 กก. บ่อยครั้งมากกว่า 10 ครั้ง/วัน หรือยกหนักกว่า 11 กก. ในระดับต่ำกว่าเข่า หรือยกสูงกว่าไหล่ หรือยกเมื่อเหยียดแขน บ่อยครั้งมากกว่า 25 ครั้ง/วัน			
4. ผลักหรือดันของที่หนักกว่า 30 กก.ไปตามพื้น หรือเข็นรถเข็นที่มีของหนักกว่า 18 กก. เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน			
5. หอบ/หนีบสิ่งของหนักมากกว่า 1 ก.ก.ด้วยมือแต่ละข้าง หรือหิ้วสิ่งของหนัก 4.5 ก.ก.โดยใช้มือแต่ละข้าง เป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือหนีบของนานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน			
6. ใช้มือทั้งสองไว้เหนือศีรษะ หรือข้อศอกเหนือหัวไหล่เพื่อทำงานเดิมอย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น สอยผลไม้ จัดของที่อยู่บนชั้นสูง			
7. นั่งยองๆ หรือคุกเข่านานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน หรือทำงานที่หลังต้องงอ คอต้องก้มเงย ข้อมืองออย่างซ้ำซากเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น การใช้จักรเย็บผ้า, เขียนหนังสือ			
8. ใช้มือหรือเข่าเสมือนว่าเป็นค้อนทุบหรือตอกมากกว่า 10 ครั้งต่อชั่วโมงอย่างต่อเนื่องนานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เช่น งานประทับตรา, การใช้หัวเข่าออกแรงเคลื่อนย้ายวัสดุสิ่งของ			
9. ใช้เครื่องมือที่มีการสั่นสะเทือนความถี่สูง เช่น เลื่อยยนต์ เครื่องเจาะถนน หรือเครื่องมือที่คล้ายกัน เป็นเวลานานกว่า 30 นาที/วัน			
10. ใช้เครื่องมือที่มีความถี่ปานกลาง เช่น เลื่อนสายพาน เครื่องขัด เครื่องเจียระไนเป็นเวลานานกว่า 2 ชั่วโมง/วัน			
11. เวลาจะนอนต้องเปลี่ยนจากท่านั่ง แล้วค่อยๆ เอนตัวและตะแคงตัวเข้านอน			
12. เวลาลุกจากที่นอน ได้ใช้วิธีตะแคงตัวก่อนจะลุกขึ้นนั่ง แล้วค่อยๆลุกจากที่นอน			
13. กินข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ของหมักดอง หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
14. บริหารร่างกาย เช่น บริหารไหล่ บริหารคอ บริหารเข่า บริหารหลัง			
15. มีการประคบด้วยความร้อนบริเวณกล้ามเนื้อที่อักเสบ/หรือกล้ามเนื้อที่ปวด			

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

*****ขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม*****

ภาคผนวก จ

มาตรวัดความเจ็บปวด

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

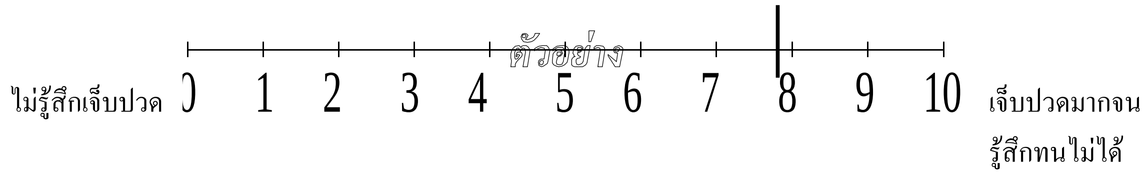
แบบประเมินความเจ็บปวด

คำชี้แจง

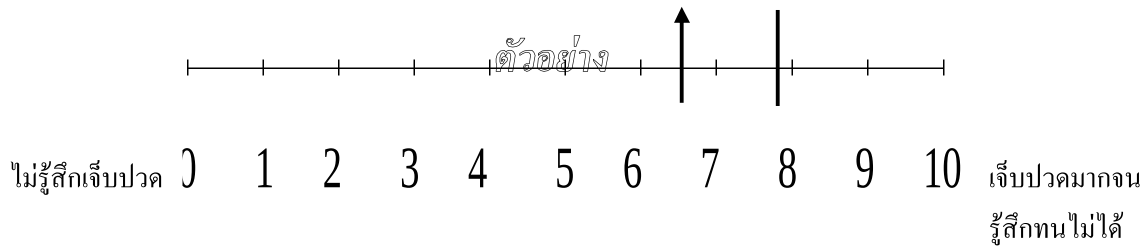
แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินความเจ็บปวด อันเนื่องมาจากอาการปวดตามกล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆของร่างกาย เช่น คอ ไหล่ ข้อศอก แขน ข้อมือ มือ หลัง เข่า ข้อเท้า และเท้า เพื่อติดตามดูความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนที่ท่านจะได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง และขณะที่ท่านได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยของโรงพยาบาลท่ายาง ซึ่งท่านจะเป็นผู้ประเมินความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นด้วยตัวท่านเอง โดยพิจารณาความเจ็บปวดเทียบกับระดับตัวเลขบนแถบเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร กำหนดให้เลข 0 หมายถึงท่านไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดใด ๆ ตัวเลขที่เพิ่มขึ้นบนแถบเส้นตรงจะหมายถึงระดับความเจ็บปวดที่สูงขึ้นตามลำดับ จนถึงเลข 10 ที่หมายถึงท่านมีความรู้สึกเจ็บปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้ ซึ่งท่านสามารถเลือกทำเครื่องหมายได้ตลอดความยาวของเส้นตรงตามความรู้สึกเจ็บปวดของท่าน เมื่อท่านคิดว่าความเจ็บปวดของท่านอยู่ในระดับใด ให้ท่านทำเครื่องหมายขีดตรง (|) ให้ตัดกับแถบเส้นตรงนี้เพียงเส้นเดียว แต่หากท่านขีดลงไปแล้วเกิดเปลี่ยนใจให้ท่านขีดเป็นเครื่องหมายลูกศรชี้ขึ้น (↑) บนตำแหน่งใหม่

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตัวอย่างเช่น หากท่านคิดว่าความเจ็บปวดของท่านขณะนี้อยู่ที่ 7 แต่ไม่ถึง 8



หรือ หากท่านคิดว่าความเจ็บปวดของท่านจริง ๆ น่าจะอยู่ระหว่างระดับ 6 และ 7 ให้ขีดเป็นลูกศรชี้ขึ้น (↑) เพื่อแสดงว่าเป็นความเจ็บปวดที่ท่านประเมินใหม่



วันที่......./......../2549 โปรดประเมินความเจ็บปวดก่อนการรักษาด้วยการนวดไทย

ไม่รู้สึกเจ็บปวด 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เจ็บปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้

วันที่......./......../2549 โปรดประเมินความเจ็บปวดภายหลังการนวดไทยครั้งที่ 1

ไม่รู้สึกเจ็บปวด 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เจ็บปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้

วันที่......./......../2549 โปรดประเมินความเจ็บปวดภายหลังการนวดไทยครั้งที่ 2

ไม่รู้สึกเจ็บปวด 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เจ็บปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วันที่......./......../2549 โปรดประเมินความเจ็บปวดภายหลังการนวดไทยครั้งที่ 3

ไม่รู้สึกเจ็บปวด 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เจ็บปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้

วันที่......./......../2549 โปรดประเมินความเจ็บปวดภายหลังการนวดไทยครั้งที่ 4

ไม่รู้สึกเจ็บปวด 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เจ็บปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้

วันที่......./......../2549 โปรดประเมินความเจ็บปวดภายหลังการนวดไทยครั้งที่ 5

ไม่รู้สึกเจ็บปวด 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เจ็บปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้

ภาคผนวก ฉ

แบบสำรวจสุขภาพ Short-Form 36 (SF-36)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบสำรวจสุขภาพ SF-36

คำชี้แจง: แบบสอบถามฉบับนี้สำรวจความเห็นของคุณเกี่ยวกับสุขภาพของคุณเอง ข้อมูลนี้จะช่วยติดตามดูว่าคุณรู้สึกอย่างไร และคุณสามารถทำกิจกรรมปกติต่าง ๆของคุณได้ดีเพียงใด

โปรดตอบคำถามทุกคำถามโดยวงกลมตัวเลือกในแต่ละข้อ หากไม่แน่ใจว่าจะตอบอย่างไรดี ให้เลือกคำตอบที่คุณคิดว่าใกล้เคียงที่สุด

1. โดยทั่วไป คุณพูดได้ว่า สุขภาพของคุณเป็นอย่างไร

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ดีเลิศ 1

ดีมาก 2

ดี 3

พอใช้ได้ 4

ไม่ดี 5

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

2. <u>เปรียบเทียบกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว</u> คุณพูดได้ว่าสุขภาพของคุณโดยทั่วไป<u>ตอนนี้</u> เป็นอย่างไร

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก 1

ตอนนี้ดีกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง 2

พอ ๆกันกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว 3

ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้าง 4

ตอนนี้แย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว 5

3. คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่คุณปฏิบัติในแต่ละวัน คุณคิดว่า<u>สุขภาพของคุณในตอนนี้ มีผลทำให้คุณไม่สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้อย่างเต็มที่</u> หรือไม่ ถ้ามี มีแค่ไหน?

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

กิจกรรม	ทำได้น้อยลงมาก	ทำได้บ้าง	ทำได้เต็มที่
ก. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก เช่น การวิ่ง ยกของหนัก การร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก	1	2	3
ข. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงพอสมควร เช่น ย้ายโต๊ะ ถูบ้านด้วยไม้ถูพื้น เดินเร็ว ๆ หรือเดินเล่นไกล ๆ	1	2	3
ค. ยกหรือถือของเมื่อไปจ่ายตลาด	1	2	3
ง. ขึ้นบันไดหลาย ๆ ชั้น	1	2	3
จ. ขึ้นบันไดชั้นเดียว	1	2	3
ฉ. ก้ม คุกเข่า หรือโก้งโค้ง	1	2	3
ช. เดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตร	1	2	3
ซ. เดินครึ่งกิโลเมตร	1	2	3
ฌ. เดินหนึ่งร้อยเมตร	1	2	3
ญ. อาบน้ำหรือแต่งตัวสวมเสื้อผ้าเอง	1	2	3

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

4. ในช่วง<u>หนึ่งเดือน</u>ที่ผ่านมา <u>สุขภาพกายของคุณ</u>ทำให้คุณมีปัญหาต่อไปนี้ ในการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของคุณ หรือไม่?

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	มี	ไม่มี
ก. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่นานเท่าที่เคย	1	2
ข. ทำงานเสร็จได้น้อยกว่าที่อยากจะทำ	1	2
ค. ไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างได้อย่างที่เคยทำ	1	2
ง. ทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยความลำบาก (เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้น)	1	2

5. ในช่วง<u>หนึ่งเดือน</u>ที่ผ่านมา <u>ปัญหาทางอารมณ์ของคุณ</u> (เช่น รู้สึกหดหู่ หรือวิตกกังวล) <u>ทำให้คุณมีปัญหา</u>ในการทำงานหรือกิจกรรมปกติประจำวัน หรือไม่?

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	มี	**ไม่มี**
ก. ทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆได้**ไม่นาน**เท่าที่เคย	1	2
ข. ทำงาน**เสร็จได้น้อยกว่า**ที่อยากจะทำ	1	2
ค. ทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆโดย**ไม่ระมัดระวัง**อย่างที่เคยทำ	1	2

6. ในช่วง<u>หนึ่งเดือน</u>ที่ผ่านมา สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของคุณ รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติของคุณ เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้าน มากน้อยเพียงใด

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่เลย 1
เล็กน้อย 2
ปานกลาง 3
ค่อนข้างมาก 4
มากอย่างยิ่ง 5

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

7. ในช่วง<u>หนึ่งเดือน</u>ที่ผ่านมา คุณมีอาการปวด<u>ตามร่างกาย</u> รุนแรงเพียงใด

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่มีอาการเลย 1
มีอาการเล็กน้อยมาก 2
มีอาการเล็กน้อย 3
มีอาการปานกลาง 4
มีอาการมาก 5
มีอาการรุนแรงมาก 6

8. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา อาการปวดตามร่างกายของคุณ รบกวนการทำงานตามปกติของคุณ (ทั้งงานที่ทำงานและงานบ้าน) เพียงใด

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ไม่เลย 1

เล็กน้อย 2

ปานกลาง 3

ค่อนข้างมาก 4

มากอย่างยิ่ง 5

9. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับว่า คุณรู้สึกอย่างไร และคุณเป็นอย่างไรในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา โปรดตอบคำถามแต่ละข้อ โดยให้คำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

- ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ่อยๆ	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เลย
ก. คุณรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่าหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ข. คุณรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ค. คุณรู้สึกหดหู่เศร้าซึมมากจนไม่มีอะไรทำให้คุณรู้สึกดีขึ้นได้หรือไม่	1	2	3	4	5	6
ง. คุณรู้สึกสงบสบายหรือไม่	1	2	3	4	5	6
จ. คุณมีพลังมากมายหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ฉ. คุณรู้สึกท้อแท้ และหดหู่ใจหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ช. คุณรู้สึกหมดเรี่ยวแรงหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ซ. คุณเป็นคนที่มีความสุขหรือไม่	1	2	3	4	5	6
ฌ. คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่	1	2	3	4	5	6

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

10 ในช่วง<u>หนึ่งเดือน</u>ที่ผ่านมา <u>สุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ของคุณ</u> รบกวนการทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติของคุณ เช่น การพบปะสังสรรค์กับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเพื่อนบ้าน บ่อยแค่ไหน

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

ตลอดเวลา 1

เกือบตลอดเวลา 2

บางครั้ง 3

นาน ๆ ครั้ง 4

ไม่เลย 5

11. ข้อความ<u>แต่ละข้อความ</u>ต่อไปนี้ **ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง** มากน้อยแค่ไหนสำหรับคุณ

(วงกลมเลือกคำตอบในแต่ละบรรทัด)

	ถูกต้องอย่างยิ่ง	ค่อนข้างถูกต้อง	ไม่ทราบ	ค่อนข้างจะไม่ถูกต้อง	ไม่ถูกต้องเลย
ก. ฉันดูเหมือนจะไม่สบายง่ายกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
ข. ฉันมีสุขภาพแข็งแรงดีพอๆกับคนอื่นๆที่ฉันรู้จัก	1	2	3	4	5
ค. ฉันคิดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง	1	2	3	4	5
ง. สุขภาพของฉันดีเยี่ยม	1	2	3	4	5

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	นางสาวจิดาภา จำปาเงิน
ที่อยู่	25/157 หมู่ 6 ตำบลต้นมะม่วง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี โทรศัพท์ (032) 461100-1

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2543	สำเร็จการศึกษาปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ นครปฐม
พ.ศ. 2546	ศึกษาต่อระดับปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2543-2545	เภสัชกร กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี
พ.ศ. 2545-ปัจจุบัน	เภสัชกร 5 กลุ่มงานเทคนิคบริการ โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์