

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะที่มีสาเหตุมาจากกระดูกสันหลังส่วนคอ

Quality of life in Thai elders with cervicogenic headache

เจนจิรา อัสพันน์, สุรีพร อุทัยคุปต์*

Jenjira Assapun, Sureeporn Uthaikhup*

ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Department of Physical Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University

บทคัดย่อ

บทนำ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการปวดศีรษะที่มีสาเหตุมาจากกระดูกสันหลังส่วนคอ (cervicogenic headache, Ceh) มีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของกระดูกสันหลังส่วนคอและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ขณะที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาถึงผลกระทบของการปวดศีรษะ Ceh ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย **วัตถุประสงค์** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh และความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตกับตัวแปรของอาการปวดศีรษะ (ความถี่ ความรุนแรงและระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดศีรษะ) และคะแนนดัชนีความบกพร่องความสามารถของคอ **วิธีการ** อาสาสมัครเป็นกลุ่มผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh จำนวน 25 คน (อายุเฉลี่ย 64.88 ± 3.55 ปี) และกลุ่มควบคุมที่ไม่มีอาการปวดศีรษะ จำนวน 25 คน (อายุเฉลี่ย 64.60 ± 3.52 ปี) อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถาม SF-36 กลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh ตอบแบบสอบถามอาการปวดศีรษะและแบบประเมินดัชนีความบกพร่องความสามารถของคอฉบับภาษาไทยร่วมด้วย **ผลการศึกษา** ในภาพรวมพบว่ากลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh มีคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพกายมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับคะแนนดัชนีวัดความบกพร่องความสามารถของคอ (ค่า $r = -0.57, p < 0.05$) **สรุปผลการศึกษา** การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าอาการปวดศีรษะ Ceh มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจของผู้สูงอายุ

ไทย การให้โปรแกรมดูแลรักษาที่เหมาะสมจำเป็นสำหรับการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh

Abstract

Introduction: Previous studies have suggested that headache caused by the cervical spine (cervicogenic headache, Ceh) is associated with cervical degenerative changes and has an impact on quality of life. While Thailand has become an ageing society, there is no study investigating influence of cervicogenic headache on quality of life in Thai elders. **Objectives:** This study aimed to investigate quality of life in Thai elders with cervicogenic headache and correlations between quality of life scores and headache variables (frequency, intensity and headache history) and Neck Disability Index (NDI) score. **Methods:** Participants included 25 Thai elders with Ceh (mean age 64.88 ± 3.55 years) and 25 controls (mean age 64.60 ± 3.52 years). Participants in both groups completed the SF-36 questionnaire. The headache group also completed the headache and Thai Neck Disability Index questionnaires. **Results:** The overall results showed that the headache group had poorer health-related quality of life in both physical and mental health than the control group ($p < 0.05$). Quality of life in physical health summary was negatively correlated with the NDI score ($r = -0.57, p < 0.05$). **Conclusion:** The results of

this study suggest that Ceh has an impact on quality of life in both physical and mental health in Thai elders. An optimal intervention is necessary for improving well-being in Thai elders with Ceh.

Keywords: Elders, Cervicogenic headache, Quality of life, SF-36, Neck Disability Index

บทนำ

อาการปวดศีรษะที่มีสาเหตุมาจากกระดูกสันหลังส่วนคอ (cervicogenic headache, Ceh) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งในผู้สูงอายุ รายงานการศึกษาที่ผ่านมาเชื่อว่าอาการปวดศีรษะ Ceh มีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของกระดูกสันหลังส่วนคอ (cervical degenerative change) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยเมื่ออายุมากขึ้น^{1,2} อุบัติการณ์การเกิดอาการปวดศีรษะ Ceh ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปพบประมาณ 30%-50%¹ และมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย³ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh ประมาณ 89% มีความสามารถในการทำงานลดลงและประมาณ 47% ต้องหยุดงานเนื่องมาจากอาการปวดศีรษะ⁴ นอกจากนี้ van Suijlekom และคณะ⁵ พบว่าผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh (อายุเฉลี่ย 48.3 ± 11.1 ปี) มีคุณภาพชีวิตลดลงทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ และมีความคล้ายคลึงกับผู้ที่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรน (migraine) และอาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นจากความเครียด (tension-type headache) ถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่างกันบ้างในรายละเอียดแต่ละด้านของคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Uthaiakup และคณะ⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh (อายุเฉลี่ย 65.4 ± 4.7 ปี) มีคุณภาพชีวิตลดลงทุกด้าน และไม่แตกต่างกับผู้ที่มีอาการปวดศีรษะแบบไมเกรน นอกจากนี้ Uthaiakup และคณะ⁶ ยังพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตมิติด้านสุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับคะแนนดัชนีวัดความบกพร่อง

ความสามารถของคอ (Neck Disability Index, NDI) และความถี่และความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ

เป็นที่ทราบกันดีว่าตัวชี้วัดที่สำคัญอย่างหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านสุขภาพ คือ ระดับคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ แบบสอบถาม เอสเอฟ- 36 (36 Short Form Health Survey, SF-36) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life, WHOQOL) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของกลุ่มสหภาพยุโรป (European Quality of Life, Euro-QOL) โดยทั่วไปแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเป็นรายงานคุณภาพชีวิตที่ถูกประเมินหรือผู้ป่วยประเมินความรู้สึกของตนเองต่อคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ ซึ่งอาจจะมีปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องได้ เช่น เพศ อายุ การศึกษา คุณลักษณะประชากร เชื้อชาติ และ วัฒนธรรม⁷⁻¹⁰ การศึกษาของ Olmedo-Alguacil และคณะ¹⁰ พบว่า วัฒนธรรม-ศาสนา มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุซึ่งประเมินโดยแบบประเมิน SF-36 ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ Molzahn และคณะ⁹ พบว่า วัฒนธรรมและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ประชาชาติต่อหัวที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุซึ่งประเมินโดยแบบประเมิน WHOQOL ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วหรือมีรายได้สูงมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาหรือประเทศที่มีรายได้ต่ำ

ในขณะที่อุบัติการณ์ของอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการปวดคอถูกพบว่าเพิ่มขึ้นตามอายุ^{1,2} และประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ¹¹ ยังไม่มีการศึกษาใดที่ทำการศึกษถึงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh การศึกษาที่ผ่านมาที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh ทำการศึกษาในประชากรกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือ กลุ่มประชากรที่มีวัฒนธรรมทางตะวันตก ซึ่งแตกต่างจากประเทศไทยที่เป็นประเทศ

กำลังพัฒนา และมีวัฒนธรรมเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับตัวแปรของอาการปวดศีรษะ (ความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดศีรษะ) และคะแนน NDI ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการวางแผนดูแลรักษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วิธีการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครไทยเพศหญิงอายุระหว่าง 60–75 ปี จำนวน 50 คน เป็นผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh จำนวน 25 คน และผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี จำนวน 25 คน อาสาสมัครทั้งหมดได้จากการประชาสัมพันธ์ในชุมชนต่าง ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสำหรับกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะ ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาทว่ามีอาการปวดศีรษะ Ceh เพียงชนิดเดียว ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดย Headache International Study Group (CHISG)¹² และมีอาการปวดศีรษะอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป อาสาสมัครในกลุ่มควบคุมต้องไม่มีอาการปวดศีรษะหรือปวดคอในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มถูกคัดออกจากการศึกษาถ้ามีภาวะที่ผิดปกติหรือโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการควบคุม โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคทางระบบประสาท (เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคพาร์กินสัน) โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (เช่น ข้ออักเสบรูมาตอยด์ และภาวะกระดูกพรุนอย่างรุนแรง) และภาวะการรับรู้การเข้าใจที่ผิดปกติ (cognitive disturbance)

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 303/2555

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถามอาการปวดศีรษะ

แบบสอบถามอาการปวดศีรษะได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดศีรษะ ความถี่และความรุนแรงของอาการปวดศีรษะ บริเวณที่มีอาการปวดศีรษะ ลักษณะของอาการปวดศีรษะ อาการอื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วย และการรักษาที่ผ่านมา

แบบประเมินดัชนีวัดความบกพร่องความสามารถของคอฉบับภาษาไทย (Thai Neck Disability Index, NDI-TH)

เป็นแบบประเมินผลกระทบของอาการปวดคอที่มีต่อความสามารถในการจัดการชีวิตประจำวัน แบบประเมิน NDI-TH ถูกแปลมาจากต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษและพบว่ามีความน่าเชื่อถือและเที่ยงตรงอยู่ในการเกณฑ์ที่ดีมากในการนำมาใช้กับประชากรไทยที่มีอาการปวดคอ¹³ แบบประเมิน NDI-TH แบ่งออกเป็น 10 หัวข้อ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการปวด การดูแลตนเอง การยกของ การอ่าน อาการปวดศีรษะ การตั้งสมาธิ การทำงาน การขับขีรถ การนอนหลับและกิจกรรมนันทนาการ/การพักผ่อนหย่อนใจ ในแต่ละหัวข้อประกอบด้วยข้อย่อยซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 คะแนน คะแนนรวมของแต่ละหัวข้อถูกนำมาคิดเป็นร้อยละเพื่อบอกระดับของอาการปวดคอที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการชีวิตประจำวัน โดยที่คะแนน 0-9 = อาการปวดคอไม่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการชีวิตประจำวัน คะแนน 10-29 = อาการปวดคอส่งผลเพียงเล็กน้อย คะแนน 30-49 = อาการปวดคอส่งผลระดับปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 50 ขึ้นไป = อาการปวดคอส่งผลระดับมาก¹⁴

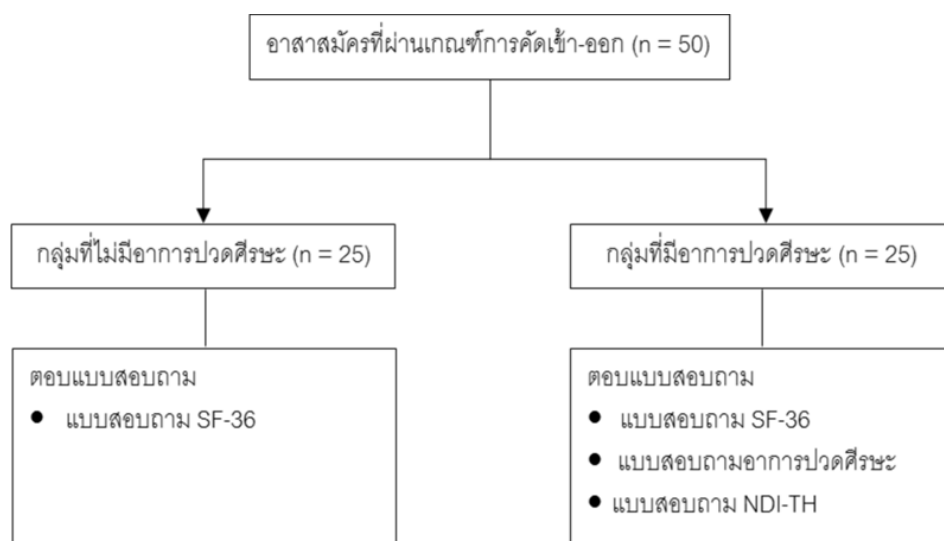
แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Short Form 36 Health Survey, SF-36)

แบบประเมิน SF-36 เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป ซึ่งถูกแปลมาจากต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษและพบว่ามีควมน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่ดีถึงดีมากในการนำมาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁵ แบบประเมิน SF-36 เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตใน 2 มิติ ซึ่งประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพจำนวนทั้งหมด 36 ข้อ มิติที่ 1 คือมิติด้านสุขภาพกาย (physical component summary) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน (รวม 21 ข้อคำถาม) ได้แก่ ด้านความสามารถทางกาย (physical functioning, PF) ด้านความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางกาย (role limitations-physical, RP) ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (bodily pain, BP) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปของตนเอง (general health, GH) มิติที่ 2 คือมิติด้านสุขภาพใจ (mental component summary) ประกอบด้วยคำถามประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน (รวม 14 ข้อคำถาม) ได้แก่ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางใจ (mental health, MH) ด้านความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางใจ (role

limitations-emotional, RE) ด้านความมีกำลังหรือความเหนื่อยล้า (vitality, VT) และด้านความสามารถทางสังคม (social functioning, SF) และคำถามอิสระอีก 1 ข้อ เป็นการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับปีที่ผ่านมา การคิดคะแนน SF-36 นำคะแนนของแต่ละข้อคำถามมาหาค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านและคิดเป็นคะแนนเต็ม 100 คะแนน จากนั้นนำคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านมารวมกันเป็นคะแนนเฉลี่ยรวมในแต่ละมิติ โดยคะแนนรวมเท่ากับ 100 หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด และ 0 หมายถึงคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุด

ขั้นตอนการศึกษา

อาสาสมัครที่มีอาการปวดศีรษะที่สนใจเข้าร่วมการศึกษาพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาทเพื่อวินิจฉัยว่ามีอาการปวดศีรษะที่มีสาเหตุมาจากกระดูกสันหลังส่วนคอ อาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์เข้าร่วมการศึกษาทั้งกลุ่มที่มีและไม่มีอาการปวดศีรษะได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบประเมิน SF-36 อาสาสมัครกลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะตอบแบบสอบถามอาการปวดศีรษะและแบบประเมิน NDI-TH ร่วมด้วย (รูปภาพที่ 1)



รูปที่ 1 ขั้นตอนการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้สถิติ Independent t- test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของข้อมูลพื้นฐาน คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน (8 ด้าน) และคะแนนเฉลี่ยในแต่ละมิติ (สุขภาพกาย และสุขภาพใจ) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation Coefficient, r) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง SF-36 กับแบบประเมิน NDI-TH และตัวแปรของอาการปวดศีรษะ (ความถี่ ความรุนแรง และ

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดศีรษะ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS สำหรับ Windows โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครจากการวิเคราะห์ผลทางสถิติไม่พบความแตกต่างของอายุระหว่างอาสาสมัครทั้งสองกลุ่ม ($p > 0.05$)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูล	กลุ่มปวดศีรษะ (n = 25)	กลุ่มควบคุม (n = 25)	p-value
อายุ (ปี)	64.88 ± 3.55	64.60 ± 3.52	0.78
ความถี่ของอาการปวดศีรษะ (ครั้ง/เดือน)	12.68 ± 9.33	-	-
ระดับอาการปวดศีรษะ (VAS, 1-10)	4.75 ± 1.54	-	-
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดศีรษะ (ปี)	4.72 ± 5.39	-	-
ดัชนีวัดความบกพร่องความสามารถของคอ (NDI, 0-100)	29.43 ± 9.03	-	-

NDI = Neck Disability Index, VAS = Visual Analogue Scale

คุณภาพชีวิต (SF-36)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านและแต่ละมิติของผู้สูงอายุที่มีและไม่มีอาการปวดศีรษะ จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทุกด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการปวดศีรษะ (ค่า p ทั้งหมด < 0.05) ยกเว้นค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางกาย (RP) และความเจ็บป่วยทางใจ (RE) (ค่า $p > 0.05$) และจากการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการ Ceh มีค่าคะแนนเฉลี่ยในทั้ง 2 มิติลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม (ค่า p ทั้งหมด < 0.01)

ความสัมพันธ์ระหว่าง SF-36 กับ NDI-TH และตัวแปรของอาการปวดศีรษะ

ผลจากการวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมของคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพกายมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับคะแนน NDI-TH (ค่า $r = -0.57$, $p < 0.05$) ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยรวมของคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพใจกับคะแนน NDI-TH (ค่า $r = -0.40$, $p > 0.05$) และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยรวมของคุณภาพชีวิตในด้านมิติด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพใจกับตัวแปรอาการปวดศีรษะ ($p > 0.05$)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน SF-36 ระหว่างกลุ่มปวดศีรษะและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มปวดศีรษะ	กลุ่มควบคุม	p-value
Physical functioning (PF)	48.20 ± 19.52	75.80 ± 17.60	< 0.01**
Role limitations-physical (RP)	69.50 ± 20.04	77.00 ± 21.55	0.21
Bodily pain (BP)	48.60 ± 13.86	73.90 ± 16.96	< 0.01**
General health (GH)	48.20 ± 27.38	65.00 ± 19.15	0.02*
Role limitations-emotional (RE)	76.00 ± 22.86	82.00 ± 21.07	0.34
Vitality (VT)	56.25 ± 20.17	74.50 ± 17.76	< 0.01**
Mental health (MH)	66.20 ± 18.89	76.00 ± 15.21	0.049*
Social functioning (SF)	65.00 ± 19.43	87.00 ± 16.72	< 0.01**
Physical component summary (PCS)	53.63 ± 14.68	72.93 ± 14.17	< 0.01**
Mental component summary (MCS)	65.86 ± 17.43	79.88 ± 12.66	< 0.01**

*, ** มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05, 0.01

บทวิจารณ์

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh มีคุณภาพชีวิตลดลงทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการปวดศีรษะ และคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพกายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนดัชนีวัดความบกพร่องความสามารถของคอ แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับความถี่ ความรุนแรงและระยะเวลา ตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวดศีรษะใน 8 ด้านของคุณภาพชีวิต^{5, 6} แต่การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านความจำกัดบทบาทหน้าที่โดยความเจ็บป่วยทางกาย (RP) และความเจ็บป่วยทางใจ (RE) ทั้งนี้ อาจจะเป็นผลมาจากลักษณะการดำเนินชีวิตของอาสาสมัครในแต่ละการศึกษาที่แตกต่างกัน คุณภาพชีวิตด้าน RP และ RE ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งทำให้ต้องลดเวลา ลง หรือ ทำให้เกิดความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เพิ่มมากขึ้น โดยทั่วไปผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มัก

ทำกิจกรรมที่ไม่โลดโผน ทำกิจกรรมภายในบ้าน และนอกบ้านตามความสามารถของตนเองเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจจะต่างกับผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศตะวันตกที่มีพลังเชิงรุก (active) อิสระ และยังคงทำงานหรือมีกิจกรรมนอกบ้านมากกว่าผู้สูงอายุไทย ดังนั้นอาการปวดศีรษะ Ceh จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้าน RP และ RE ของผู้สูงอายุในการศึกษาที่ผ่านมา แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุไทยอย่างชัดเจนถึงแม้ว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้าน RP และ RE มีค่าน้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ไม่มีอาการปวดศีรษะ

เป็นที่ทราบกันว่า อาการปวดศีรษะ Ceh มีสาเหตุมาจากกระดูกสันหลังส่วนคอระดับที่ 1-3¹⁶ ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh จะมีอาการปวดศีรษะร่วมกับมีอาการปวดคอ มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของคอ และอาการมักจะถูกกระตุ้นให้เพิ่มมากขึ้นจากแรงกดบริเวณคอ หรือ การอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ นอกจากนั้น อาจจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ใจต้อเสียงและแสง ร่วมด้วย¹² ดังนั้นเมื่อพิจารณาผลการศึกษานี้ จึงไม่น่าเป็นที่แปลกใจที่พบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ (น้อยกว่า 50 %) ในด้าน

ความสามารถทางกาย (PF) ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (BP) และด้านสุขภาพทั่วไปของตนเอง (GH) นอกจากนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมของคุณภาพชีวิตมิติด้านสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนน NDI-TH ($r = -0.57, p < 0.05$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดคอซึ่งรบกวนความสามารถในการจัดการชีวิตประจำวันที่มาก มีคะแนนคุณภาพชีวิตมิติด้านสุขภาพกายที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Uthaiakhup และคณะ⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบของอาการปวดคอต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันที่มากกว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า

จากทฤษฎีมุมมองทาง กาย จิต สังคม (biopsychosocial) การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายสามารถส่งผลกระทบต่อจิตใจ และ สังคม¹⁷ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางใจ (MH) ด้านความมีกำลังหรือความเหนื่อยล้า (VT) และด้านความสามารถทางสังคม (SF) ลดลงเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการปวดศีรษะเมื่อพิจารณาผลการการศึกษาที่ผ่านมาของ Uthaiakhup และคณะ⁶ ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในประเทศออสเตรเลีย การศึกษาของ van Suijlekom และคณะ⁵ ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปในประเทศเนเธอร์แลนด์ และการศึกษาในครั้งนี้ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุไทย อาจสรุปได้ว่าอาการปวดศีรษะ Ceh ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการศึกษาที่รายงานว่าปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย เช่น อายุ ลักษณะประชากร วัฒนธรรม ระดับการจัดกลุ่มของประเทศ สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ประเมินโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต⁷⁻¹⁰ แต่ดูเหมือนว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อรายละเอียดในแต่ละด้านของการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh เพียงเท่านั้น การตรวจประเมิน ดูแลรักษา และติดตามผล ในผู้ที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh เป็นสิ่งที่บุคลากร

ทางการแพทย์ควรพิจารณาทำตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทั้งนี้เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยรวมของคุณภาพชีวิตมิติด้านสุขภาพใจกับคะแนน NDI-TH ($r = -0.40, p > 0.05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตมิติด้านสุขภาพใจในผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นกับระดับการรบกวนความสามารถในการจัดการชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นเนื่องจากอาการปวดคอ

การศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษาพบว่า ตัวแปรของอาการปวดศีรษะ เช่น ความถี่ และความรุนแรงของอาการปวดศีรษะเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต^{6, 18, 19} แต่ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรของอาการปวดศีรษะ (ความถี่ ความรุนแรง และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดศีรษะ) กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนอาสาสมัครที่ยังน้อย การกระจายตัวของข้อมูลยังไม่มากพอ แต่เนื่องจากการศึกษานี้มีข้อจำกัดในการรวบรวมอาสาสมัครผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh เพียงอย่างเดียว ดังนั้น อาจจะไม่สามารถสรุปได้ว่าตัวแปรของอาการปวดศีรษะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหรือไม่อย่างไร ยังคงต้องการศึกษาวิจัยอีกต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ การศึกษาครั้งต่อไปในอนาคตควรศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh ร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อจะทำให้เข้าใจถึงผลกระทบของอาการปวดศีรษะ Ceh ในผู้สูงอายุไทยได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญถึงผลกระทบของอาการปวดศีรษะ Ceh ต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาทางคลินิก การให้การรักษาทงคลินิกนอกจากจะมุ่งเน้นเพื่อลดอาการปวด แก้ไขความบกพร่องของโครงสร้างที่เกิดขึ้นแล้ว ยังควรมุ่งเน้นที่จะเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นด้วย

สรุปผลการศึกษา

ผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะ Ceh มีคุณภาพชีวิตลดลงทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ แต่

คะแนนคุณภาพชีวิตลดลงในด้านสุขภาพกายมากกว่าสุขภาพใจ คุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพกายที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับคะแนนความบกพร่องความสามารถของคอที่เพิ่มขึ้น ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ ความรุนแรงและระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดศีรษะกับคุณภาพชีวิต แต่อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของอาการปวดศีรษะและคุณภาพชีวิตยังคงต้องการศึกษาต่อไปในอนาคต การดูแลรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในผู้สูงอายุไทยที่มีอาการปวดศีรษะ Geh เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรพิจารณา ทั้งนี้เพื่อจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. Pearce J. The importance of cervicogenic headache in the over-fifties. *Headache Q Curr Treatment Res* 1995; 6: 293-6.
2. Lang JK, Buchfelder M. Radiofrequency neurotomy for headache stemming from the zygapophysial joints C2/3 and C3/4. *Cent Eur Neurosurg* 2010; 71: 75-9.
3. Haldeman S, Dagenais S. Cervicogenic headaches: a critical review. *Spine J* 2001; 1: 31-46.
4. Diener I. The Impact of cervicogenic headache on patients attending a private physiotherapy practice in cape town. *S Afr J Physiother* 2001; 57: 35-9.
5. van Suijlekom HA, Lame I, Stomp-van den Berg SG, Kessels AG, Weber WE. Quality of life of patients with cervicogenic headache: a comparison with control subjects and patients

with migraine or tension-type headache.

Headache 2003; 43: 1034-41.

6. Uthai khup S, Sterling M, Jull G. Psychological, cognitive and quality of life features in the elderly with chronic headache. *Gerontology* 2009; 55: 683-93.
7. Loh DA, Moy FM, Zaharan NL, Mohamed Z. Disparities in health-related quality of life among healthy adolescents in a developing country-the impact of gender, ethnicity, socio-economic status and weight status. *Child Care Health Dev* 2015 Apr 15. [Epub ahead of print].
8. Jörgngården A, Wettergen L, von Essen L. Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 91-101.
9. Molzahn AE, Kalfoss M, Schick Makaroff K, Skevington SM. Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. *Age Ageing* 2011; 40: 192-9.
10. Olmedo-Alguacil MM, Ramirez-Rodrigo J, Villaverde-Gutierrez C, Sanchez-Caravaca MA, Aguilar Ferrandiz E, Ruiz-Villaverde A. Health-related quality of life, gender, and culture of older people users of health services in the multicultural landscape of the city of Ceuta (Spain): a cross-sectional study. *J Transcult Nurs* 2015: Jul 28. [Epub ahead of print].

11. Kespichayawattana J, Jitapunkul S. Health and health care system for older persons. *Ageing Int* 2008; 33: 28-49.
12. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. *Headache* 1998; 38: 442-5.
13. Uthairakul S, Paungmali A, Pirunsan U. Validation of Thai versions of the neck disability index and neck pain and disability scale in patients with neck pain. *Spine* 2011; 36: 1415-21.
14. Vernon H, Mior S. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. *J Manipulative Physiol Ther* 1991; 14: 409-15.
15. Jirarattanaphochai K, Jung S, Sumananont C, Saengnipanthkul S. Reliability of the medical outcomes study short-form survey version 2.0 (Thai version) for the evaluation of low back pain patients. *J Med Assoc Thai* 2005; 88: 1355-61.
16. Bogduk N. The neck and headaches. *Neurol Clin* 2004; 22: 151-71.
17. Havelka M, Lucanin JD, Lucanin D. Biopsychosocial model-the integrated approach to health and disease. *Coll Antropol* 2009; 33: 303-10.
18. Duru G, Auray JP, Gaudin AF, et al. Impact of headache on quality of life in a general population survey in France (GRIM2000 Study). *Headache* 2004; 44: 571-80.
19. Terwindt GM, Ferrari MD, Tijhuis M, Groenen SM, Picavet HS, Launer LJ. The impact of migraine on quality of life in the general population: the GEM study. *Neurology* 2000; 55: 624-9.