

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความปวดและการจัดการความปวดเรื้อรัง จากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ผลการวิจัยและการอภิปรายผล นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา
2. ประสิทธิภาพความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ที่ไม่ใช่มะเร็ง ประกอบด้วย
 - 2.1 ระดับความรุนแรงของความปวดของกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2 ลักษณะเฉพาะของความปวดและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปวดของกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.3 ผลกระทบของความปวดต่อมิติด้านต่างๆ ของการดำเนินชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง
3. การจัดการความปวดเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง
4. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เป็นผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2548 จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66 อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD = 14.35) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 41 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 35 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 21 ค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานจนถึงอ้วน (BMI > 25.0) ร้อยละ 54 กลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ มากกว่า 20,001

บาท/เดือน ร้อยละ 23 และรายได้มากกว่า 10,001 – 20,000 บาท/เดือนร้อยละ 22 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง รายงานว่ามีรายได้พอใช้คือ ร้อยละ 56 (ตาราง 1)

สำหรับวิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้นพบว่าสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล ถึงร้อยละ 63 รองลงมาคือการใช้โครงการบัตรสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ร้อยละ 24 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 43 และมีเป็นสมาชิกในครอบครัวคือผู้สูงอายุร้อยละ 57 ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแล กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือบุตรหลาน ร้อยละ 86 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 12 (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N= 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ร้อยละ
เพศ ชาย	
หญิง	34
อายุ (\bar{X} = 48.5, SD = 14.35, Min = 18, Max = 78)	66
18 – 40 ปี	
41 – 60 ปี	20
61 ปีขึ้นไป	32
BMI (\bar{X} = 27.27, SD= 4.09, Min = 18.35, Max = 36.66)	48
ภาวะผอม (< 18.5)	
น้ำหนักปกติ (18.5-24.9)	3
น้ำหนักเกินมาตรฐาน (25.0-29.9)	43
อ้วนระดับ 1 (30.0-34.9)	35
อ้วนระดับ 2 (35.0-39.9)	18
อ้วนระดับ 3 (โรคอ้วน) (> 40.0)	1
สถานภาพสมรส	0
โสด	
คู่	30
หม้าย/หย่า(แยกกันอยู่)	61
ศาสนา	9
พุทธ	93

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
อิสลาม	6
คริสต์	1
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	24
มัธยมศึกษา	11
อนุปริญญา	18
ปริญญาตรี	41
สูงกว่าปริญญาตรี	6
อาชีพ	
รับราชการ	35
รับจ้าง	21
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12
ค้าขาย	9
เกษตรกรกรรม	8
บ้านานาญ	7
เย็บผ้า	3
นักศึกษา	3
เจ้าของกิจการ	2
รายได้ต่อเดือน (บาท) ($\bar{X} = 12,423.90$, $SD = 11,588.02$, $Min = 2,000$ $Max = 52,000$)	
ไม่มีรายได้	19
น้อยกว่า 5,000 บาท	18
5,001 – 10,000 บาท	18
10,001 – 20,000 บาท	22
มากกว่า 20,001 บาท	23
ความเพียงพอของรายได้	
มีหนี้สิน	6
ไม่พอใช้	1

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
พอใช้	56
พอใช้และเหลือเก็บ	21
วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	63
โครงการบัตรประกันสุขภาพ	24
ประกันสังคม	12
ประกันชีวิต	1
บทบาทในครอบครัว	
หัวหน้าครอบครัว	43
สมาชิกในครอบครัว	57
บุคคลที่ช่วยเหลือ	
บุตร, หลาน	86
คู่สมรส	12
เพื่อน,ญาติ	22

จากผลการศึกษาประวัติความเจ็บป่วยและการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่มปวดหลัง (back pain) มากที่สุดร้อยละ 60 ได้แก่ หมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท (herniated nucleus pulposus: HNP) ร้อยละ 27 ปวดหลังส่วนล่างจากภาวะใช้งานเกิน (low back pain with overuse) ร้อยละ 16 กระดูกสันหลังเสื่อม (degenerative spondylosis) ร้อยละ 12 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 5 รองลงมา คือกลุ่มโรคข้อเสื่อม (osteoarthritis: OA) ร้อยละ 19 ได้แก่ ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อไหล่เสื่อม และกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue rheumatism) ร้อยละ 19 เช่นกัน ได้แก่ อาการกล้ามเนื้อและพังผืดตึงรั้ง (myofascial pain syndrome: MPS) โรคเอ็นอักเสบ (tendinitis) ส่วนที่พบน้อยที่สุดคือ กลุ่มโรคข้ออักเสบและโรครุมตติค (inflammatory arthropathies) ร้อยละ 2 ได้แก่ โรคเกาต์ (gout) และโรครุมตติค สำหรับประวัติการรักษาที่ได้รับคือการผ่าตัด ร้อยละ 10 และการไม่ผ่าตัด ร้อยละ 90 ซึ่งวิธีการรักษาโดยไม่ผ่าตัด ได้แก่ การใช้ยาและการไม่ใช้ยา ส่วนการรักษาโดยการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มนี้ คือการผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลังออก (discectomy) ร้อยละ 6 การใส่ข้อเทียม (ข้อสะโพก ข้อเข่า) ร้อยละ 2 การเย็บซ่อมเอ็นและการเชื่อมข้อเข่าเท่ากันคือ ร้อยละ 1 (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา (N=100)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค	
กลุ่มข้ออักเสบและโรครูมาติก (Inflammatory arthropathies : RA, gout)	2
กลุ่มโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis; OA : Hip joints, knee joints, shoulder joints)	19
กลุ่มความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อน (Soft tissue rheumatism :MPS, Tendonitis)	19
กลุ่มอาการปวดหลัง (back pain)	60
- HNP	27
- LBP	16
- degenerative spondylosis	12
- others	5
ประวัติการรักษาที่ได้รับ	
การผ่าตัด	10
เอาหมอนรองกระดูกสันหลังออก	6
ใส่ข้อเทียม	2
เชื่อมข้อเข้า	1
เย็บซ่อมเอ็น	1
รักษาโดยไม่ผ่าตัด (ใช้ยาและไม่ใช้ยา)	90

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางหรือแพทย์ทั่วไปในการจัดการความปวดเรื้อรังโดยการใช้ยาหลายกลุ่มเรียงตามลำดับมากไปน้อย ดังนี้ 1) การใช้ยาหลายกลุ่มร่วมกันร้อยละ 47 ได้แก่ ยาอะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) ทรามาดอล (Tramadol) ไดโคลฟีแนค (Diclofenac) ไมโดคาล์ม (Mydocalm) เมลลอกซิแคม (Meloxicam) ไพรอกซิแคม (Pyroxicam) ไมโอนอล (Myonal) ซีลีคอกซิบ (Celecoxib) นอร์เจสิก (Norgesic) โคซิชิน (Cochicine) และอะมิทริปไทลีน (Amitriptyline) เป็นต้น 2) กลุ่มยาแก้ข้ออักเสบไม่ใช้สเตียรอยด์ ร้อยละ 27 ได้แก่ ซีลีคอกซิบ ไดโคลฟีแนค เมลลอกซิแคม ไพรอกซิแคม เป็นต้น 3) กลุ่มยาแก้ปวด ร้อยละ 13 ได้แก่ อะเซตามิโนเฟน ทรามาดอล 4) กลุ่มยาต้านการซึมเศร้า ร้อยละ 7 โดยแพทย์จะใช้เป็นกลุ่มยาเสริมฤทธิ์หรือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดปวด ได้แก่ ยาอะ

มิทริปไทลีน (Amitriptyline) 5 ยาคลายกล้ามเนื้อ ร้อยละ 5 ได้แก่ นอร์เจสสิก (Norgesic) ไมโดคาล์ม (Mydocalm) ไมโอนอล (Myonal) มีโคบาลามิน (Mecobalamin) และมีเพียงร้อยละ 1 ที่รักษาด้วยกลุ่มยารูมาตอยด์ ซึ่งชนิดของยาจะแตกต่างกับยาแก้ปวดทั่วไป เช่น ยาเมตโททรีเสต (Methotrexate: MTX) หรือรูห์มาเทรก (Rheumatrex) ซึ่งหวังผลในการกดภูมิคุ้มกันและ ยาอินโดเมทาซิน (Indomethacin) ซึ่งใช้เฉพาะกับรูมาตอยด์ สำหรับยาแก้ปวดที่ได้รับนี้ ผู้ป่วยจะใช้ในระยะแรกที่มีความปวดรุนแรงเท่านั้น แต่เมื่ออาการปวดทุเลาลงผู้ป่วยจะเริ่มเรียนรู้ที่จะปรับลดขนาดและชนิดของยาด้วยตนเอง และเริ่มแสวงหาวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยามาช่วยในการบรรเทาความปวดด้วย (ตาราง 3)

ตาราง 3

แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มยาและชนิดยาแก้ปวดแผนปัจจุบันที่แพทย์เลือกใช้ (N = 100)

กลุ่ม/ชนิดยาแก้ปวดที่แพทย์เลือกใช้	ร้อยละ
กลุ่มยาแก้ปวด (Acetaminophen, Tramadol)	13
กลุ่มยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Cerecoxib, Norgesic, Diclofenac)	27
ยาหลายกลุ่มร่วมกัน (Acetaminophen, Tramadol, Mydocalm, Myonal, Diclofenac, Pyroxicam, Mecobalamin, Celecoxib, Norgesic, Amitriptyline)	47
กลุ่มยาด้านซึมเศร้า (Amitriptyline)	7
กลุ่มยาคลายกล้ามเนื้อ (Mydocalm, Myonal, Norgesic, Meloxicam)	5
กลุ่มยาโรครูมาตอยด์ (MTX, Indomethacin)	1

2. ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่ มะเร็ง

ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่ มะเร็งในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วยลักษณะเฉพาะของความปวด กลวิธีการจัดการความปวดผลกระทบของความปวดและปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคในการเลือกวิธีการจัดการความปวด มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ระดับความรุนแรงของความปวด เมื่อศึกษาถึงระดับความรุนแรงของความปวด พบว่าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนความรุนแรงของความปวดมากที่สุด (worst pain) ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.27 มีความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงปวดมาก ร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดน้อยที่สุด (least pain) ร้อยละ 80 มีความปวดอยู่ในระดับปวดน้อย โดยมีค่าเฉลี่ย 2.89 คะแนน ส่วนความปวดโดยเฉลี่ย (average pain) เท่ากับ 4.63 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 53 ระดับ ความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีความปวดขณะที่ประเมิน (pain now) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.82 คิดเป็นร้อยละ 41 ระดับความปวดเล็กน้อยถึงปานกลางเช่นกัน เมื่อจัดการความปวดแล้วความปวดลดลงเล็กน้อย (10-40%) ร้อยละ 43 ลดลงปานกลาง (50-60%) ร้อยละ 41 และลดลงมาก (70-100%) ร้อยละ 15 ความปวดไม่ลดลงเลย ร้อยละ 1 ค่าเฉลี่ยความปวดลดลง ร้อยละ 47.5 ตาราง 4

ตาราง 4

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัยของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนความรุนแรงของความปวดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินรายข้อ (N= 100)

ระดับความรุนแรงของความปวด	ร้อยละ
ความปวดมากที่สุด ($\bar{X} = 6.27, SD = 1.75, Range = 1-10$)	
ปวดเล็กน้อย	16
ปวดปานกลาง	34
ปวดมาก	50
ความปวดน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.89, SD = 1.59, Range = 0-7$)	
ไม่มีความปวดเลย	3
ปวดเล็กน้อย	80
ปวดปานกลาง	15
ปวดมาก	2
ความปวดโดยเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.63, SD = 1.43, Range = 2-9$)	
ปวดเล็กน้อย	39
ปวดปานกลาง	53
ปวดมาก	8
ความปวดขณะประเมิน ($\bar{X} = 4.82, SD = 1.94, Range = 0-9$)	
ไม่มีความปวดเลย	1
ปวดเล็กน้อย	36

ปวดปานกลาง	41
ปวดมาก	22

ตาราง 4 (ต่อ)

2.2 ลักษณะเฉพาะของความปวดและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะเฉพาะของความปวดที่จำแนกเป็นระยะเวลาที่เริ่มมี

ระดับความรุนแรงของความปวด	ร้อยละ
ความปวดมากที่สุด ($\bar{X} = 6.27$, $SD = 1.75$, $Range = 1-10$)	
ปวดเล็กน้อย	16
ปวดปานกลาง	34
ปวดมาก	50
ความปวดน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.89$, $SD = 1.59$, $Range = 0-7$)	
ไม่มีความปวดเลย	3
ปวดเล็กน้อย	80
ปวดปานกลาง	15
ปวดมาก	2
ความปวดโดยเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.63$, $SD = 1.43$, $Range = 2-9$)	
ปวดเล็กน้อย	39
ปวดปานกลาง	53
ปวดมาก	8
ความปวดขณะประหม่น ($\bar{X} = 4.82$, $SD = 1.94$, $Range = 0-9$)	
ไม่มีความปวดเลย	1
ปวดเล็กน้อย	36
ปวดปานกลาง	4
ปวดมาก	22
ความปวดหลังการจัดการความปวด ($\bar{X} = 47.5$, $SD = 17.72$, $Min = 0$, $Max = 90$)	
ไม่ลดลง	1
ลดลงเล็กน้อย (10-40%)	43
ลดลงปานกลาง (50-60%)	41
ลดลงมาก (70-100%)	15

ความปวด บริเวณที่ปวด จำนวนตำแหน่งที่มีความปวด ระดับความรุนแรงของความปวด ลักษณะของอาการปวด ปัจจัยที่ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น และปัจจัยที่ทำให้ความปวดทุเลาลง ตามความรู้สึกร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

2.2.1 ระยะที่เริ่มมีความปวด (onset) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ประสบกับความปวดโดยเฉลี่ยนาน 4 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปวด 1-10 ปี ร้อยละ 68

2.2.2 บริเวณที่ปวด (location) บริเวณปวดที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรกคือบริเวณหลังส่วนล่าง ร้อยละ 57 รองลงมาคือ บริเวณรยางค์ ได้แก่ ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อมือ ร้อยละ 39 และบริเวณหลังส่วนบน ร้อยละ 4 โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีจำนวนตำแหน่งที่มีความปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ 69 และรองลงมา คือ จำนวนตำแหน่งปวด 1 ตำแหน่ง ร้อยละ 31 (ตาราง 5)

ตาราง 5

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่มีความปวดบริเวณที่มีความปวด และจำนวนตำแหน่งที่มีความปวด (N= 100)

ลักษณะเฉพาะของความปวด	ร้อยละ
ระยะเวลาที่มีความปวด (ปี) ($\bar{X} = 4.05$, $SD = 4.7^*$, $Range = 0.5 - 30$)	
> 6 เดือนไม่เกิน 12 เดือน	22
1-10 ปี	68
เกิน 10 ปี	10
บริเวณปวดที่พบบ่อย	
บริเวณหลังส่วนบน (upper back)	4
บริเวณหลังส่วนล่าง (lower back)	57
บริเวณรยางค์ (extremity : ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อมือ)	39
จำนวนตำแหน่งที่มีความปวดมาก	
1 ตำแหน่ง	31
มากกว่า 1 ตำแหน่ง	69

หมายเหตุ * ตัวเลขที่ใช้ในการคำนวณใช้ฐานคิดเป็นปี

2.2.3 ลักษณะของความปวด กลุ่มตัวอย่างได้เลือกข้อความอธิบายลักษณะของอาการปวดตามประสบการณ์ในการรับรู้เพื่ออธิบายถึงลักษณะของอาการปวดที่หลากหลายและแตกต่างกันไป ลักษณะความปวดที่กลุ่มตัวอย่างบรรยายมากที่สุด คือ nociceptive pain ได้แก่ อาการปวดตื้อๆ ลึกๆ ร้อยละ 60 ซึ่งจะพบได้ทั้งในผู้ป่วยกลุ่มโรคปวดหลัง (Back pain) กลุ่มข้อเสื่อม (OA) ได้แก่ กระดูกสันหลังเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม กลุ่มเนื้อเยื่ออ่อน

อักเสบ ได้แก่ กลุ่มอาการกล้ามเนื้อและพังผืดตึงรั้ง (MPS) และกลุ่มข้ออักเสบ ได้แก่ โรครูมาตอยด์ (RA) ลักษณะความปวดที่พบรองลงมาคือ neuropathic pain ร้อยละ 26 พบในโรคหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท และ Mixed pain ซึ่งเป็นความปวดหลายอย่างรวมกัน ร้อยละ 14 จะพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคปวดหลังที่มีการกดทับของเส้นประสาท ได้แก่ โรคหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท (HNP) ตาราง 6

ตาราง 6

จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จำแนกตามการวินิจฉัยโรคและลักษณะของความปวด (N=100 คน)

ลักษณะของความปวด	Back pain	OA	MPS	HNP	Spondylosis	RA	ร้อยละ*
Nociceptive pain	X	X	X	X	X	X	60
Neuropathic pain				X			26
Mixed type	X		X	X	X		14

หมายเหตุ * ผู้ป่วย 1 ราย ตอบได้มากกว่า 1 ลักษณะของความปวด

X คือ ลักษณะของความปวด

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รายงานถึงท่าทางหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับระดับความปวด ดังนี้

1) ท่าทางหรือกิจกรรมที่มีผลทำให้ความรุนแรงของความปวดเพิ่มขึ้น ตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง เรียงตามลำดับ ได้แก่ อิริยาบถบางอย่าง เช่น เดิน นั่ง หรือ ยืนนาน ๆ ร้อยละ 40 การขึ้น-ลงบันได ร้อยละ 18 การก้มๆ เงยๆ และการอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ มีผลเท่ากันคือ ร้อยละ 11 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างรายงานเกี่ยวกับการทำกิจกรรม บางอย่างมีผลทำให้อาการปวดรุนแรงขึ้น เช่น การยกของหนัก ร้อยละ 10 การขับรถทางไกลนานๆ ร้อยละ 6 และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4 (ตาราง 7)

ตาราง 7

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จำแนกตามท่าทาง หรือกิจกรรมที่ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น (N = 100)

ท่าทางหรือกิจกรรมที่ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น	ร้อยละ
อิริยาบถต่างๆ	
นั่ง ยืน และเดินนาน ๆ	40
ขึ้น-ลงบันได	18
ก้มหยิบของ เอี้ยวตัว	11
การอยู่ในท่าเดิมนานๆ	11
กิจกรรมบางอย่าง	
ยกของหนัก	10
ขับรถทางไกล	6
น้ำหนักเพิ่ม	4

2) ท่าทางหรือกิจกรรมที่ทำให้ความรุนแรงของความปวดของกลุ่มตัวอย่างทุเลาลง เรียงตามลำดับ ได้แก่ การนอนพัก คิดเป็นร้อยละ 72 รองลงมาคือ การงดใช้วิยะส่วนที่ปวด ร้อยละ 9 ส่วนท่าทางหรือกิจกรรมที่ทำให้ความปวดทุเลาลงน้อยที่สุดคือ การนั่งพัก คิดเป็นร้อยละ 3 (ตาราง 8)

ตาราง 8

แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จำแนกตามท่าทาง หรือกิจกรรมที่ทำให้ความปวดน้อยลง (N = 100)

ท่าทางหรือกิจกรรมที่ทำให้ความปวดน้อยลง	ร้อยละ
อิริยาบถต่างๆ	
การนอนพัก	72
การนั่งพัก	3
กิจกรรมบางอย่าง	
การงดใช้วิยะส่วนที่ปวด	9
การใช้หลายวิธีร่วมกัน (งดใช้ส่วนที่ปวด เปลี่ยนอิริยาบถ การนวด ประคบร้อน)	8
การเปลี่ยนอิริยาบถ	8

2.3 ผลกระทบของความปวดต่อมิติต่าง ๆ ของการดำเนินชีวิต

จากการศึกษาพบว่าความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่
 มะเร็งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในทุกระดับตั้งแต่ไม่กระทบ
 เลยจนถึงกระทบมากในทุกทุกมิติ ดังนี้ คือ ระดับผลกระทบของความปวดเรื้อรังใน
 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างตาม
 คะแนนเฉลี่ยของมิติที่ได้รับผลกระทบ พบว่ามิติที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือมิติ
 ด้านพฤติกรรม ซึ่งมีผลกระทบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.68$, $SD = 2.03$, $Min = 1$,
 $Max = 9$) รองลงมาคือมิติด้านอารมณ์ มีผลกระทบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.19$,
 $SD = 2.33$, $Min = 0$, $Max = 9$) ในขณะที่ความปวดส่งผลกระทบต่อมิติด้านสังคม
 วัฒนธรรมในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.64$, $SD = 2.28$, $Min = 0$, $Max = 9$) นอกจากนี้ยังส่ง
 ผลกระทบต่อมิติทางด้าน ความคิดด้วย ซึ่งมีผลกระทบอยู่ในระดับเล็กน้อยเช่นกัน
 ($\bar{X} = 2.61$, $SD = 2.03$, $Min = 0$, $Max = 10$) (ตาราง 9)

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนผลกระทบของความปวดเรื้อรังในระบบ
 กระดูกและกล้ามเนื้อที่มีต่อการดำเนินชีวิต

ผลกระทบของความปวด ต่อการดำเนินชีวิต	\bar{X}	SD	Min	Max	ระดับผลกระทบ
มิติทางด้านพฤติกรรม	4.68	2.03	1	9	ปานกลาง
มิติทางด้านอารมณ์	4.19	2.33	0	9	ปานกลาง
มิติทางด้านสังคมวัฒนธรรม	2.64	2.28	0	10	เล็กน้อย
มิติทางด้านความคิด	2.61	2.03	0	9	เล็กน้อย

3. การจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ

จากการศึกษาการจัดการความปวดเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างพบว่าวิธีที่กลุ่มตัวอย่าง
 เลือกใช้เพื่อบรรเทาความปวดเรื้อรังนั้นมีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยพบว่าระดับการ
 ปฏิบัติในแต่ละวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด 4 อันดับแรก เรียงตามลำดับการปฏิบัติมาก
 น้อย ดังนี้ 1) การนอนพัก เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97 ส่วน

ใหญ่มีระดับ การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 41 ($\bar{X} = 2.17$, $SD = 0.81$, $Mo = 2$) 2) การประคบร้อน เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้จริงลงมา คิดเป็น ร้อยละ 81 ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 51 ($\bar{X} = 2.07$, $SD = 1.16$, $Mo = 3$) 3) การบีบนิ้ว กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ ร้อยละ 76 ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ($\bar{X} = 1.72$, $SD = 1.14$, $Mo = 2$) 4) การใช้ยา กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาแก้ปวดแผนปัจจุบันในการลดปวด ร้อยละ 80 มีการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ($\bar{X} = 1.61$, $SD = 1.14$, $Mo = 3$) (ตาราง 10 แสดง 10 อันดับแรก)

ตาราง 10

จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และฐานนิยมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติของวิธีการจัดการความปวด เรียงตามค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติจากมากไปน้อย (เลือกได้มากกว่า 1 วิธี)

การปฏิบัติในการจัดการความปวด	ระดับการปฏิบัติ				\bar{X}	SD	Mode
	มาก	ปาน	น้อย	ไม่ปฏิบัติ			
	(3)	กลาง(2)	(1)	(0)			
	N	N	N	N			
1. การนอนพัก	40	41	16	3	2.17	0.81	2
2. การประคบร้อน	51	24	6	19	2.07	1.16	3
3. การบีบนิ้ว	30	36	10	24	1.72	1.14	2
4. การใช้ยาแก้ปวด	33	15	32	20	1.61	1.14	3
5. การบริหารกล้ามเนื้อ	13	19	14	54	1.15	1.12	0
6. การใช้ยาสมุนไพร	25	10	11	54	1.04	1.29	0
7. การยืดกล้ามเนื้อ	21	16	5	58	0.99	1.26	0
8. การเคลื่อนไหวข้อต่อ	13	19	14	54	0.91	1.12	0
9. การเบี่ยงเบนความสนใจ	5	12	18	65	0.89	0.89	0
10. การผ่อนคลาย	8	18	19	55	0.79	1.01	0

ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดก่อนการเลือกใช้การจัดการความปวด โดยแยกในแต่ละวิธี ตามลำดับดังนี้ 1) การนอนพัก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดเฉลี่ยก่อนการเลือกใช้

อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 8.67$, $SD = 7.97$, $Mo = 9$) 2) การใช้ยาแก้ปวด มีคะแนนความปวดเฉลี่ยก่อนการเลือกใช้ในระดับปานกลางถึงมาก ($\bar{X} = 6.28$, $SD = 3.40$, $Mo = 10$) 3) การประคบร้อน มีคะแนนความปวดเฉลี่ยก่อนการเลือกใช้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.52$, $SD = 3.16$, $Mo = 6$) และ 3) การบีบนิ้ว มีคะแนนความปวดเฉลี่ยก่อนการเลือกใช้ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ($\bar{X} = 4.43$, $SD = 3.20$, $Mo = 6$) ส่วนวิธีอื่น ๆ ที่เหลือ ได้แก่ การใช้ยาสมุนไพร การผ่อนคลาย และการเบี่ยงเบนความสนใจ กลุ่มตัวอย่างจะเลือกใช้เมื่อมีคะแนนความปวดเฉลี่ยในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.28$, 2.16 และ 1.07 , $SD = 2.91$, 3.02 และ 2.09 , $Mo = 2-4$) ตามลำดับ (ตาราง 11)

ตาราง 11

จำนวน ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและฐานนิยมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความปวดก่อนการใช้การจัดการความปวดแต่ละวิธี เรียงตามลำดับที่ใช้บ่อย (เลือกได้มากกว่า 1 วิธี)

การปฏิบัติในการจัดการความปวด	ระดับความปวดก่อนการใช้วิธีการจัดการความปวด					
	มาก	ปานกลาง	น้อย	\bar{X}	SD	Mode
	(7-10)	(5-6)	(1-4)			
N	N	N				
1. การนอนพัก	72	25	3	8.67	7.97	9
2. การใช้ยาแก้ปวด	60	14	12	6.28	3.40	6
3. การประคบร้อน	38	26	22	5.54	3.16	6
4. การบีบนิ้ว	25	33	15	4.43	3.20	6
5. การใช้ยาสมุนไพร	18	17	16	2.28	2.91	8
6. การบริหารกล้ามเนื้อ	5	17	31	2.24	2.52	4
7. การผ่อนคลาย	14	10	15	2.16	3.02	4
8. การยืดกล้ามเนื้อ	13	8	17	2.07	2.89	3
9. การเคลื่อนไหวข้อต่อ	6	15	18	1.87	1.87	2
10. การเบี่ยงเบนความสนใจ	3	8	12	1.07	2.09	4

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังเลือกวิธีการจัดการกับความปวดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่ระเร็ง โดยวิธีการใช้ยาด้วยตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์ด้วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาสมุนไพรซึ่งเป็นยาแผนไทย ร้อยละ 43.75 การใช้ยาแผนไทยเพื่อลดปวดนั้นมีหลายวิธีด้วยกัน วิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด คือ การใช้ยานวดสมุนไพร ชนิดของยาที่เลือกใช้ ได้แก่ ไพล เจลพริก ยาเขียวและยานวดจากวัดต่างๆ ร้อยละ 29.16 รองลงมาคือ การใช้ ลูกประคบสมุนไพร ร้อยละ 6.25 การใช้ยาต้มและยาลูกกลอนที่ผสมน้ำผึ้งเองเท่านั้นคือ ร้อยละ 4.16 ส่วนยาแผนปัจจุบันนั้นจะเป็นยาในรูปยานวดมากที่สุด ร้อยละ 27.08 ยาที่ผู้ป่วยเลือกใช้จะเป็นยาที่แพทย์เคยใช้รักษาอาการปวดของตนมา ซึ่งเป็นยารับประทานร้อยละ 22.91 และมีการใช้ยาฉีด ร้อยละ 4.16 โดยที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ไปรับบริการฉีดจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนมาแล้ว ผู้ป่วยจะถามชื่อยา มาด้วยเพื่อที่จะเป็นข้อมูลในการลดปวดครั้งต่อไป ได้แก่ ยาฉีดเข้าข้อ และยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ ใช้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อและยาสปรีย์ฟัน ร้อยละ 2.08 (ตาราง 12)

ตาราง 12

แสดง จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการใช้ยาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ตามแผนการรักษาของแพทย์ (N = 48)

การใช้ยา	N	ร้อยละ
ยาแผนไทย (ยาสมุนไพร)	21	43.75
ยานวด (ไพล, เจลพริก, ยาเขียว)	14	29.16
ยารับประทาน		
ยาต้ม	2	4.16
ยาลูกกลอน	2	4.16
ลูกประคบสมุนไพร	3	6.25
ยาแผนปัจจุบัน	27	56.25
ยานวด (Diclofenac, Pyroxicam, Anagesic balm)	13	27.08
ยารับประทาน(N-SAIDs, non-opioids, Muscle relaxant, Antidepressant)	11	22.91
ยาฉีด (Kenarcot, Diclofenac)	2	4.16
สปรีย์ฟัน (Diclofenac, Pyroxicam)	1	2.08

4. ปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคในการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีปัจจัยส่งเสริมในการเลือกวิธีการจัดการความปวดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา 4 วิธีดังกล่าวข้างต้น เมื่อจำแนกตามด้านขององค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวด พบว่าปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบด้านบุคคลที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุด ได้แก่ เป็นวิธีการจัดการความปวดที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง รองลงมาคือสามารถปฏิบัติได้ง่าย ร้อยละ 90 เคยใช้วิธีนี้แล้วสามารถ ลดปวดได้ ร้อย ละ 85 เช่น การใช้ยาสมุนไพรและการใช้สมาธิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุเลือกใช้มากกว่าวัยผู้ใหญ่ เป็นต้น สำหรับปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความปลอดภัย ในการเลือกใช้ร้อยละ 80 รองลงมาคือ ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการ ร้อยละ 50 นอกจากนี้ปัจจัยส่งเสริมที่เป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่พบมากที่สุด ได้แก่ เป็นวิธีที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย ร้อยละ 75 รองลงมาคือ บุคลากรทาง การแพทย์แนะนำ ร้อย ละ 70 และ เชื่อว่าสามารถลดปวดได้ ร้อยละ 66 (ตาราง 13)

ตาราง 13

แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้านของปัจจัยส่งเสริมในการปฏิบัติเพื่อจัดการความปวดเรื้อรัง โดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา (N=100)

ปัจจัยส่งเสริมในการจัดการความปวด	ร้อยละ
องค์ประกอบด้านบุคคล	
อันดับ 1 ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง	91.0
อันดับ 2 ปฏิบัติได้ง่าย	90.0
อันดับ 3 เคยใช้วิธีนี้แล้วสามารถลดปวดได้	85.0
อันดับ 4 เหมาะสมกับวัย	66.0
อันดับ 5 ความเชื่อว่าสามารถลดปวดได้	66.0
องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย	80.0
อันดับ 1 มีความปลอดภัยในการเลือกใช้	50.0
อันดับ 2 สะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการ	
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	75.0
อันดับ 1 ค่าใช้จ่ายน้อย	70.0
อันดับ 2 บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ	66.0
อันดับ 3 ปฏิบัติสืบทอดมานาน	61.0

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีปัจจัยส่งเสริมในการเลือกวิธีการจัดการความปวดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่เมเร็ง ซึ่งในที่นี่จะนำเสนอเฉพาะวิธีที่ใช้มาก 3 วิธี ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ใช่ยาทั้งหมด ดังนี้ 1) การนอนพัก ปัจจัยส่งเสริมที่เลือกวิธีนี้ได้แก่ สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและปฏิบัติได้ง่าย คิดเป็นร้อยละ 91 และ 90 ตามลำดับ เคยใช้วิธีนี้แล้วสามารถลดปวดได้และปลอดภัยมีผลข้างเคียงน้อย คิดเป็นร้อยละ 85 และ 80 และ บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ คิดเป็นร้อยละ 70 2) การประคบร้อน ปัจจัยส่งเสริมที่เลือกวิธีนี้ได้แก่ ปฏิบัติได้ง่าย ค่าใช้จ่ายน้อยและเคยใช้วิธีนี้แล้วสามารถลดปวดได้ คิดเป็นร้อยละ 80,75 และ 70 ตามลำดับ 3) การบีบนิ้ว ปัจจัยส่งเสริมที่เลือกวิธีนี้ได้แก่ เคยใช้วิธีนี้แล้วสามารถลดปวดได้และสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 71 และ 68 ตามลำดับ ปฏิบัติได้ง่ายและเป็นวิธีที่ปฏิบัติสืบทอดกันมานาน คิดเป็นร้อยละ 65 และ 61 และครอบครัวเลือกให้ร้อยละ 56 (ตาราง 14)

ตาราง 14

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่งเสริมในการจัดการความปวดเรื้อรัง โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา 4 อันดับแรก (N=100)

ปัจจัยส่งเสริมของการปฏิบัติการเพื่อการจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา	ร้อยละ
อันดับ 1 การนอนพัก	
สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง	91.0
ปฏิบัติได้ง่าย	90.0
เคยใช้วิธีนี้แล้วลดปวดได้	85.0
ปลอดภัยและผลข้างเคียงน้อย	80.0
บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ	70.0
อันดับ 2 การประคบร้อน	
ปฏิบัติได้ง่าย	80.0
ค่าใช้จ่ายน้อย	75.0
เคยใช้วิธีนี้แล้วสามารถลดปวดได้	70.0
สะดวก	70.0
อันดับ 3 การบีบนิ้ว	
เคยใช้วิธีนี้แล้วลดปวดได้	71.0

สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง	68.0
---------------------------	------

ตาราง 14 (ต่อ)

ปัจจัยส่งเสริมของการปฏิบัติการเพื่อการจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา	ร้อยละ
ปฏิบัติได้ง่าย	65.0
เป็นวิธีที่ปฏิบัติสืบทอดกันมานาน	61.0
ครอบครัวเลือกให้	56.0
อันดับ 4 การใช้ยา	
เคยใช้วิธีนี้แล้วลดปวดได้	63.0
สามารถเบิกจ่ายยาพยาบาลได้	59.0
เชื่อว่าปฏิบัติแล้วสามารถลดปวดได้	58.0

หมายเหตุ * กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อการจัดการความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่เมรีน เมื่อจำแนกตามรายด้านขององค์ประกอบที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดพบว่าองค์ประกอบด้านบุคคล ได้แก่ ปฏิบัติแล้วไม่สามารถลดปวดได้ ร้อยละ 71 ปฏิบัติแล้วทำให้อาการปวด รุนแรงขึ้น ร้อยละ 59 ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ ร้อยละ 54 สำหรับ ด้านองค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยที่พบมากที่สุดได้แก่ คือ เป็นวิธีที่ไม่ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงสูงร้อยละ 66 ไม่ทันสมัย ร้อยละ 52 นอกจากนี้ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมนั้น ปัจจัยที่พบมากที่สุดได้แก่ แพทย์แนะนำให้เลิกใช้ ร้อยละ 81 ไม่มีแหล่งบริการในชุมชน ร้อยละ 66 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายสูง คิดเป็นร้อยละ 55 ขาดแรงบันดาลใจสนับสนุนจากครอบครัว ร้อยละ 54 และ การเดินทางไปรับบริการไม่สะดวก ร้อยละ 54 (ตาราง 15)

ตาราง 15

แสดง จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดเรื้อรังตามรายด้านขององค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการจัดการความปวด (N=100)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวด	ร้อยละ
อุปสรรคด้านบุคคล	
ปฏิบัติแล้วไม่สามารถลดปวดได้	71.0

ทำให้อาการปวดรุนแรงขึ้น	59.0
ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้	54.0

ตาราง 15 (ต่อ)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวด	ร้อยละ
องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย	66.0
ไม่ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงสูง	52.0
ไม่ทันสมัย	
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	81.0
แพทย์แนะนำให้เลิกใช้	66.0
ไม่มีแหล่งบริการในชุมชน	55.0
ค่าใช้จ่ายสูง	54.0
ขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว	

จากการวิจัยพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) แพทย์แนะนำให้เลิกใช้ร้อยละ 81 2) ใช้แล้วไม่สามารถลดปวดได้ ร้อยละ 71 3) รับรู้ว่าจะไม่ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงสูง ร้อยละ 66 4) ไม่มีแหล่งบริการในชุมชน ร้อยละ 56 5) ค่าใช้จ่ายสูง คิดเป็นร้อยละ 55 เมื่อจำแนกปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวด ตามวิธีการจัดการความปวดที่กลุ่มตัวอย่างเลิกใช้แล้วมี 3 วิธี ดังนี้ 1) วิธีการตัดดีงกระดูก อุปสรรคที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเลิกใช้วิธีนี้ คือ แพทย์แนะนำให้เลิกใช้ ไม่ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงสูง คิดเป็นร้อยละ 81 และ 66 ตามลำดับ 2) วิธีการฝังเข็ม อุปสรรคที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเลิกใช้วิธีนี้ คือ เชื่อว่าไม่ปลอดภัยและกลัวผลข้างเคียง คิดเป็นร้อยละ 66 ได้แก่ กลัวการติดเชื้อจากเข็มที่ไม่สะอาด เช่น เชื้อโรคเอดส์ เชื้อไวรัสตับอักเสบ หรือการไม่มั่นใจในผู้รักษาและไม่มีแหล่งบริการในชุมชนร้อยละ 55 ค่าใช้จ่ายสูง ร้อยละ 54 3) วิธีการประคบเย็น อุปสรรคที่มีผลให้กลุ่มตัวอย่างเลิกใช้วิธีนี้ คือ ใช้แล้วไม่สามารถลดปวดได้และใช้แล้วกระตุ้นให้อาการปวดรุนแรงขึ้น ร้อยละ 71 และ 59 ตามลำดับ (ตาราง 16)

ตาราง 16

แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดเรื้อรัง โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา 3 อันดับแรก (N= 100)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเลือกวิธีการจัดการกับความปวด	ร้อยละ
อันดับที่ 1 การตัดดีงกระดูก	
แพทย์แนะนำให้เลิกใช้	81.0
ไม่ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงสูง	66.0
ไม่มีแหล่งบริการในชุมชน	56.0
อาการปวดรุนแรงขึ้น	54.0
ครอบครัวไม่สนับสนุน	54.0
อันดับ 2 การฝังเข็ม	
ไม่ปลอดภัยและกลัวผลข้างเคียง	66.0
ไม่มีแหล่งบริการในชุมชน	66.0
ค่าใช้จ่ายสูง	55.0
ไม่สามารถปฏิบัติเองได้	54.0
การเดินทางไปรับบริการไม่สะดวก	54.0
ปฏิบัติแล้วไม่สามารถลดปวดได้	54.0
อันดับที่ 3 การประคบเย็น	
ปฏิบัติแล้วไม่สามารถลดปวดได้	71.0
กระตุ้นให้อาการปวดรุนแรงขึ้น	59.0

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง สามารถนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

2. ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ประกอบด้วย

2.1 ระดับความรุนแรงของความปวด

2.2 ลักษณะเฉพาะของความปวด และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด

2.3 ผลกระทบของความปวดเรื้อรังต่อมิติด้านต่างๆ ของการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

3. การจัดการความปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง

4. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการจัดการความปวดเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

จากการศึกษาพบว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้เพศหญิงต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงชีพมากขึ้น และจากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับราชการที่ต้องทำงานนั่งโต๊ะ ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม ซึ่งมีลักษณะการทำงานที่หนัก จึงทำให้เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งเพิ่มขึ้น

กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 18-78 ปี อุบัติการณ์ของความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งพบได้ในทุกช่วงอายุ พบมากในวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานถึงร้อยละ 52 สาเหตุของอาการปวดในกลุ่มนี้มาจากการใช้แรงงานอาชีพ เช่น อาชีพรับราชการ การนั่งพิมพ์คอมพิวเตอร์หรือยืนสอนนักเรียนนาน ๆ ซ้ำกันทุกวันจนเกิดภาวะเสื่อมจากการใช้งานมากเกินไป อาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรมเป็นอาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเรื้อรัง ในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ หรือการเดินขึ้น-ลงบันไดบ่อย ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรูดา (Ruda, 1992) ที่พบว่าอาการปวดหลังเรื้อรังที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากการใช้อิริยาบถและท่าทางที่ไม่ถูกต้อง (poor posture) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวดเรื้อรังได้บ่อยที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของวิภา (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและข้อ จำนวน 210 รายพบว่า การนั่งคุกเข่า การนั่งยอง ๆ และการนั่งพับเพียบนานกว่า 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีกิจกรรมในการยกของหนัก เดินขึ้น-ลงบันไดบ่อยๆ ร้อยละ 18 และ การก้ม ๆ เงย ๆ ร้อยละ 11 สอดคล้องกับการศึกษาของแมคคาตี (McCarthy, et al., 1994) พบว่ากิจกรรมในการยกของหนัก เดินขึ้น-ลงบันไดบ่อยๆ รวม

ถึง การหมุนหรือบิดของลำตัว หลังและเอว ที่มากเกินไป หรือเยื่อหุ้มกระดูกได้รับแรงมา กระทำมากขึ้น ทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรังที่เกิดจากการทำงานได้ อุบัติการณ์ที่พบจะเป็นผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 48 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66 มีประวัติการเจ็บป่วย เป็นโรคในกลุ่มปวดหลังมากที่สุด ร้อยละ 60 ได้แก่ โรคหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท (HNP) โรคปวดหลังส่วนล่าง (LBP) รองลงมาคือกลุ่มโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis: OA) บริเวณข้อ สะโพก ข้อเข่า และข้อไหล่ ร้อยละ 19 และกลุ่มโรคความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue rheumatism) ได้แก่ กลุ่มอาการกล้ามเนื้อและพังผืดตึงรั้ง (MPS) และเอ็นอักเสบ (tenosynovitis) ร้อยละ 19 เท่ากัน โรคเหล่านี้จะพบมากในกลุ่มที่มีลักษณะการใช้งานของ อวัยวะต่าง ๆ เกินกำลัง (overuse) เช่น ยกของหรือเคลื่อนย้ายของที่มีน้ำหนักมากกว่า 25 ปอนด์หรือประมาณ 11.34 กิโลกรัม (Macfarlane et al., 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณิและนวลอนงค์ (2539) ที่พบว่าลักษณะงานที่ทำให้ซ้ำ ๆ กัน คือการเคลื่อนย้าย ยก พยุง ผู้ป่วยหรือลักษณะงานที่มีความเครียดจะทำให้ปวดหลังมาก และอาชีพที่ทำให้เกิดอาการปวด หลัง ซึ่งตรงกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยทำงานถึงร้อยละ 52 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุ เพศหญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนจะมีภาวะกระดูกพรุน ทำให้เกิดการยุบตัวของกระดูกสันหลัง และเกิดโรคดังกล่าวตามมา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือ ศาสนาพุทธถึงร้อยละ 97 และอยู่ใน วัยสูงอายุ จะประกอบกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนาที่ต้องใช้ ข้อหรืออวัยวะส่วนนั้นมาก ๆ เช่น การนั่งยอง ๆ และการนั่งพับเพียบนาน และบ่อย ๆ เมื่อ ไปทำบุญที่วัดรวมทั้งภาวะเสื่อมของข้อต่าง ๆ ในวัยสูงอายุ (degenerative joints) ก่อให้เกิด อาการปวดหลังและปวดข้อจากสาเหตุ ความเสื่อมตามวัยขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัย ของวิภา (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเกิด โรคข้อเข่าเสื่อมและคุณภาพชีวิต ในผู้ ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและข้อ จำนวน 210 ราย พบว่า การนั่งคุกเข่า การนั่งยอง ๆ และการนั่ง พับเพียบนานกว่า 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เพิ่มความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเสื่อม หรือในกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดแรงเครียด กระทำต่อกล้ามเนื้อและข้อเพิ่มขึ้น เกิดภาวะ ข้อเสื่อมทำให้เกิดอาการปวดข้อ

บริเวณปวดที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่าง คือ บริเวณหลังส่วนล่าง ร้อยละ 21 รองลงมา คือ สะโพก ร้อยละ 19 และข้อเข่า ร้อยละ 13 โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ครึ่งหนึ่งปวดมากกว่า 1 ตำแหน่งถึงร้อยละ 69 โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีรูปร่างอ้วนมีหน้า ท้องยื่นทำให้คุณภาพของโครงสร้างของร่างกายเสียไป (ลลิตา, 2544) กระดูกสันหลังแอ่น มี ผลให้แนวของกระดูกสันหลัง (lordotic curve) ส่วนบนเอวและกระเบนเหน็บ (Lumbosacral) เสียสมดุลไปด้วย ทำให้เกิดการตึงรั้งของกล้ามเนื้อและพังผืด และเกิดปัญหาปวดหลังได้มากที่สุด

สุด (อำนาจ, 2542) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 54 มีน้ำหนักตัวสูงกว่ามาตรฐาน (BMI > 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)

ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังจากความคิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง

ระดับความรุนแรงของความปวด

เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของความปวดในระยะต่าง ๆ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความปวดมากที่สุด (worst pain) ประเมินเป็นค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดเท่ากับ 6.27 คะแนน หรือมีความปวดอยู่ในระดับปวดปานกลางถึงปวดมาก ร้อยละ 50 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความปวดน้อยที่สุด (least pain) เฉลี่ย 2.89 คะแนน หรือมีความปวดอยู่ในระดับปวดน้อย ร้อยละ 80 และมีความปวดโดยเฉลี่ย (average pain) 4.63 คะแนน ซึ่งเป็นความปวดระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 53 และมีความปวดขณะที่ยังรู้สึก (pain now) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.82 ซึ่งเป็นความปวดอยู่ในระดับปวดน้อยถึงปวดปานกลาง (ตาราง 6) จะเห็นได้ว่าความปวดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการปวดแบบไม่รุนแรง ยกเว้นอาการปวดนั้นยังคงอยู่เรื่อย ๆ ไม่ได้รับการบรรเทา ผู้ป่วยจะเกิดอาการปวดรุนแรงทะลุกลางปล้อง (break through pain) ขึ้นได้ซึ่งเป็นเรื่องที่ควรระมัดระวัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมารีสา (2544) ที่พบว่าความปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมมักจะไม่รุนแรงนักเมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ เช่น ปวดฟัน ปวดท้อง และไม่ใช่อุปสรรคในการดำรงชีวิต

การที่กลุ่มตัวอย่างระบุความรุนแรงความปวดในระดับน้อยถึงปานกลาง อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่มีความเสื่อมของกระดูกและข้อ ซึ่งความเสื่อมนั้นจะเปลี่ยนแปลงช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป จึงมีผลให้มีการปรับตัวเกิดขึ้นเรื่อย ๆ เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดจากความเสื่อมมานานหลายปี โดยมีระยะเวลาอาการปวดเฉลี่ยคือ 4 ปี (ตาราง 6) ทำให้กลุ่มตัวอย่างปรับตัว และมีการเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตร่วมกับความปวดและรับสภาพนั้นได้ตามอัตรภาพ โดยการทำ กิจกรรมที่ช่วยบรรเทาความปวดอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความปวดรุนแรงขึ้นมีหลายประการด้วยกัน คือการกระทำอิริยาบถบางอย่าง เช่น เดินขึ้น-ลงบันได ก้มๆเงยๆ นั่ง การที่อยู่ในการทำท่าหนึ่งนานๆ และกิจกรรมบางอย่าง เช่น การยกของหนัก ทำงานหนัก อากาศหนาว และความเครียด เป็นต้น (ตารางที่ 7) ส่วนปัจจัยที่ทำให้ความปวดทุเลาลง ได้แก่ การนอนพักผ่อนพักผ่อน การนวด การเปลี่ยนอิริยาบถ และการประคบร้อน (ตารางที่ 8) ในการศึกษาครั้งนี้

แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมบางอย่าง ทำทางที่ไม่เหมาะสม การใช้งานเกินหรือใช้งานซ้ำ ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ หรือแม้แต่ความเครียดก็มีผลให้ระดับความปวดรุนแรงขึ้น และเมื่อมีการหยุดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านั้น ทำให้ระดับความรุนแรงของความปวดลดลงได้นั้นหมายถึง ปัจจัยทางร่างกาย อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ลักษณะเฉพาะของความปวด และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด

ลักษณะเฉพาะของความปวดเรื้อรังที่พบบ่อยในกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ลักษณะการปวดแบบ นอซิเซพทีฟ (nociceptive pain) พบบ่อยที่สุด เป็นอาการปวดตื้อ ๆ ปวดลึก ๆ (deep dull pain) ในกล้ามเนื้อ ร้อยละ 35 ซึ่งความปวดตื้อ ๆ และความปวดลึก ๆ บางครั้งมีจุดแข็งกดเจ็บ (trigger point) อยู่ทั่วไป เป็นความปวดที่พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง (Gilliland, 1994) ดังนั้นลักษณะอาการปวดตื้อ ๆ จะเกิดขึ้นได้จะต้องมีการกระตุ้นบริเวณนั้นซ้ำ ๆ อาการปวดตื้อ ๆ จึงเป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นภายหลังอาการเหล่านี้เป็นกลไกของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงในบุคคล เพื่อป้องกันมิให้ร่างกายถูกทำลายมากขึ้น (Newton, 1990) เป็นลักษณะของความปวดที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เป็นโรคปวดหลังส่วนล่างจากการใช้ท่าทางที่ไม่ถูกต้องหรือกล้ามเนื้อหลังถูกใช้งานมากการทำงานหนักเกินไป ซึ่งพบได้บ่อยที่สุดใน กลุ่มอาการโรคปวดหลัง (back pain) ได้แก่ อาการปวดหลังส่วนล่าง และในกลุ่มโรคเนื้อเยื่ออ่อนอักเสบ ได้แก่ กลุ่มอาการกล้ามเนื้อและพังผืดตึงรั้งจะพบจุดแข็งกดเจ็บ (trigger point) ได้บ่อย ซึ่งตรงกับอาการของโรคในกลุ่มตัวอย่างเป็นอยู่ ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะ การใช้งานอวัยวะต่าง ๆ เกินกำลัง และท่าทางที่ไม่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังพบในกลุ่มโรคข้อเสื่อม รองลงมาคือ ลักษณะความปวดแบบ neuropathic pain กลุ่มตัวอย่างรายงานความปวดแบบปวดชา หรือปวดแบบแปล็บ โดยเฉพาะบริเวณสะโพก หน้าขา (sciatica pain) ได้แก่ โรคหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท และอาการปวดแบบ mixed pain จะมีอาการปวดหลายอย่างรวมกัน เช่น ปวดร้าว (referred pain) ร่วมกับปวดเมื่อย (aching pain) ร้อยละ 14 การที่กลุ่มตัวอย่างอธิบายลักษณะความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อแตกต่างกัน อาจเกิดจากความปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค การรับรู้ ความคิด การให้ความหมายกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และภาวะจิตใจของแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัว ซึ่งอยู่ภายใต้วัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น (Jeans & Melzack, 1992)

ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมีความปวดเรื้อรังโดยเฉลี่ย 4 ปี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมาเป็นเวลานาน ความรุนแรงของโรคจึงมีมาก นอกจากนี้บริเวณที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปวดมากที่สุดคือ บริเวณหลังส่วนล่าง และบริเวณที่ปวดรองลงมาคือ บริเวณเข่า ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Holzman และคณะ (1985) ที่ศึกษาความปวดเรื้อรังในโรงพยาบาล 4 แห่ง พบว่าบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมีความปวดมากที่สุดคือบริเวณหลังซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร (2540) ที่ศึกษาความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่าบริเวณที่มีความปวด 2 อันดับแรก คือ ขาและหลังส่วนล่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ศึกษา ร้อยละ 44.4 เป็นโรคเกี่ยวกับข้อกระดูก กล้ามเนื้อและเอ็น ซึ่งบริเวณที่ปวดขึ้นอยู่กับอวัยวะที่มีพยาธิสภาพของโรค (Latham, 1993)

ผลกระทบของความปวดเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างต่อการดำเนินชีวิต

ความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างในหลากหลายมิติ ทั้งมิติด้านความรู้สึก มิติด้านพฤติกรรม มิติด้านอารมณ์ มิติด้านสังคมวัฒนธรรม มิติด้านความคิด และมิติด้านสรีระจะพบในลักษณะอาการของโรคที่แสดงออก

ผลกระทบในมิติด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากความปวดเรื้อรังในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.68$) มิตินี้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสดงออก ของความปวด (pain behaviors) กลุ่มตัวอย่างได้แสดงพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลกระทบจากความปวดเรื้อรัง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพฤติกรรมที่สะท้อนถึงผลกระทบจากความปวด ได้แก่ การทำกิจกรรมทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของวอดเดล (Waddell, 1998) พบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ลดลง ผลกระทบต่อการนอนหลับ และส่งผลกระทบที่ตามมาคือภาวะจำกัดความสามารถ ของร่างกายและมีผลแทรกซ้อนตามมาซึ่งพบได้มากเกือบทุกตำแหน่งของร่างกายที่เกิดอาการปวดเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สลิธ (2542) ที่พบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างมีผลให้ผู้ป่วยลดความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลง เช่นปวดเข่ามากเดินไม่ได้ หรือปวดหลัง หลังตึงกัมและงอได้ไม่เต็มที่ มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิก

ภาพ การแสดงออกที่เห็นได้ชัดคือ การดำเนินชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน การเคลื่อนไหวและการทำงาน เป็นต้น และกลุ่มพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงการปรับตัวต่อความปวด จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการความปวดทั้งวิธีการที่ใช้ยา และไม่ใช้ยา เช่น การใช้ยาแก้ปวดชนิดต่าง ๆ ยาแก้แอสเพนชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ และการใช้ยาสมุนไพรทั้งในรูปแบบยานวด ยาถูกลมอน ที่ผสมเอง ยาผงบรรจุแคปซูลและยาต้ม ส่วนพฤติกรรมจัดการความปวดโดยวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยา เช่น การนอนพักเป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากเหตุผลที่ว่าสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และปฏิบัติได้ง่ายไม่มีขั้นตอนยุ่งยาก เช่นเดียวกับการประคบร้อนที่นิยมใช้รองลงมาและการบีบนิ้วเป็นอันดับ 3 เนื่องจากนวดแล้วรู้สึกสบายสามารถทำได้เองและราคาไม่แพง การทำกายภาพบำบัดก็เป็นที่นิยมมากเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของนงรัตน์ (2542) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมจะมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษา ทั้งในส่วนที่จัดการด้วยตนเอง การพึ่งพาวิชาชีพ และการพึ่งพาการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวดที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางมิติด้านความคิด และมิติด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น กลุ่มตัวอย่างบางรายที่มีอาการปวดมานานถึง 30 ปี จะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายตนเองและการรักษา มักรับรู้ว่าคุณเองไม่มีโอกาสหายขาดมีความทุกข์ทรมานจึงเกิดอาการซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด (Luckman & Sorensen, 1987)

ผลกระทบในมิติด้านอารมณ์ (affective dimension) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบของความปวดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งในมิติด้านอารมณ์ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.19$) เนื่องจากโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดความปวดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น โรคหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท โรคข้อเสื่อม หรือข้อกระดูกสันหลังเคลื่อน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่หายขาด ต้องการการดูแลตลอดชีวิต ยิ่งระยะเวลาเจ็บป่วยนานก็ยิ่งมีผลกระทบต่อมิติด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลงและรายได้ในครอบครัวก็ลดลงด้วยการที่ต้องใช้จ่ายเกี่ยวกับการแสวงหาวิธีการจัดการความปวด ไปเรื่อย ๆ ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดในระดับปานกลางถึงมากต้องนอนพัก ต้องจำกัดกิจกรรม ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43 ที่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาท ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ หรือถูกย้ายเปลี่ยนงาน ทำให้รู้สึกวิตก

กังวล หงุดหงิด และท้อแท้ เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 48 จะเกิดอารมณ์ เบื่อหน่ายที่ต้องมารับการรักษาอยู่เรื่อย ๆ จะมึนงงหรือสับสนจากความรู้สึกสูญเสียความสามารถ ในการควบคุมสภาพทางร่างกายและภาพลักษณ์ของตน และรู้สึกกลัวว่าตนเป็นภาระให้กับ ลูกหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของสรินดา (2545) ที่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องการ สนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ พบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับด้านร่างกาย นอกจากนี้การปวดทำให้เกิดอารมณ์ ที่ไม่พึงปรารถนาหลาย ๆ อย่าง เช่น อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย รำคาญหรือเบื่อหน่าย บางครั้งก็มีการระบายอารมณ์ไปสู่ บุคคลหรือสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวบ้างแต่ไม่รุนแรงมากนัก ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จะมีผลกระทบในระดับปานกลางเช่นกัน โดยเฉพาะในรายที่มีความปวดเรื้อรังในระยะเวลา นานมากกว่า 10 ปี จะทำให้เกิดอารมณ์วิตกกังวลในระดับสูง เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ถ้าไม่ได้รับการ แก้อาการอาจเปลี่ยนเข้าสู่โรคซึมเศร้าได้ (Johnson, 1977) สอดคล้องกับการศึกษาของลิน และวอร์ด (Lin & Ward, 1996) พบว่าภาวะซึมเศร้าและอาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยปวดหลัง ส่วนล่าง มีความสัมพันธ์ในทางลบกับวิธีการจัดการกับอาการปวดและความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ผลกระทบในมิติด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural dimension) ความปวดเรื้อรัง ในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมีผลกระทบต่อมิติด้านสังคมวัฒนธรรมในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.64$) ส่วนที่ได้รับผลกระทบที่เห็นได้ชัด คือ การส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 57 ซึ่งเป็นสมาชิกของ ครอบครัวที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแล กอปรกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ทำให้ต้องมีการต่อสู้ดิ้นรนมากขึ้น และเป็นภาระสำคัญถ้าผู้นำครอบครัวมีความปวดเรื้อรังด้วย อีก ประการหนึ่งคือ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยทำงานมีประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 43 และเป็นกำลังหลักของครอบครัว โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 21 จะมีผลกระทบมาก เมื่อมีอาการปวดเรื้อรัง ซึ่งเป็นอาการปวดที่ไม่หายขาด ต้องใช้เวลานานในการรักษา มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ทุกเมื่อ ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและไม่สามารถ ทำงานได้ตามปกติ ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของสสิธร (2542) ที่พบว่าอาการปวดหลังเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดงานชั่วคราวหรือบางรายอาจต้องหยุดงานถาวร มีผลให้ครอบครัวต้องขาดรายได้ อีกทั้งต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่วนผลกระทบของความปวดเรื้อรังที่มีต่อด้านสังคมนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นผู้สูง

อายุจะได้รับผลกระทบมากที่สุด ผู้ป่วยจะสูญเสียอำนาจในการดูแลตนเอง กล่าวคือ เมื่อมีความปวดเรื้อรัง ผู้สูงอายุเหล่านั้นไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือญาติมากขึ้น แม้ว่าอยู่ในครอบครัวเดียวกับบุตรหลานก็ตาม เมื่อบุตรหลานไปทำงาน กลุ่มตัวอย่างบางราย ไม่สามารถเดินไปวัดได้ ทำให้ต้องอยู่กับบ้านไม่ได้พบปะเพื่อนในวัยเดียวกัน เมื่อระยะเวลาผ่านไปอาจแยกตนเองออกจากสังคม เกิดปัญหาอื่นตามมาได้

ผลกระทบในมิติด้านความคิด (cognitive dimension) พบว่าความปวดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อไม่ไข่มะเร็ง ได้รับผลกระทบต่อมิติด้านความคิด ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 2.03$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความคิดว่าถ้าตนเองแสดงความปวดมาก บุตรหลานจะไม่ให้ทำงาน ให้นอนพักเฉย ๆ ไม่ได้เดินไปวัดทุกวัน เหมือนที่เคยปฏิบัติอยู่ ซึ่งเป็นความคิดในทางลบ ซึ่งสอดคล้องดักกาลีบี (Duggleby & Lander, 1994 as cited in Smeltzer & Bare, 2000) ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลัวว่าถ้าบุตรหลานรับรู้ว่ามีอาการปวดจะห้ามไม่ให้ทำงาน กลัวจะเสียความเป็นอิสระ แต่ในขณะที่เดียวกันผลกระทบทางด้านความคิด ในกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังมาเป็นระยะเวลาเกิน 5 ปีขึ้นไป ได้แสวงหาและรับการบำบัดที่ถูกต้องหรือตรงตามเป้าหมาย การปรับตัวอยู่เรื่อย ๆ และสามารถจัดการความปวดด้วยตนเองได้ในระดับหนึ่ง และโรคในกลุ่มตัวอย่างเป็นนั้นไม่ได้ร้ายแรงจนถึงแก่ชีวิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง มีบุตรหลานช่วยเหลือ ถึงร้อยละ 86 บุคคลในครอบครัวให้ความเอาใจใส่ ให้ความเคารพ นับถือ และยกย่องเช่นเดิม แม้จะไม่ได้ทำงานแล้วก็ตาม มีผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย รับรู้และรู้สึคว่าตนเองยังมีความสำคัญในครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญที่เสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจในการต่อสู้กับความปวดเรื้อรังต่อไป สอดคล้องกับโอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่า การได้อยู่ร่วมกับครอบครัวจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับการช่วยเหลือ ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ การสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและอารมณ์จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ

การจัดการความปวดเรื้อรังที่ไม่ไข่มะเร็งของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

การจัดการกับความปวดเรื้อรัง เป็นพฤติกรรมหรือวิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวกระทำหรือแสดงออกมาเพื่อลดผลกระทบของอาการปวดเรื้อรัง (Dodd et al., 2001) เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัต ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เกิดความปวดและการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อบรรเทาหรือเบี่ยงเบนอาการรบกวนที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องมีการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างเพื่อบรรเทาหรือจัดการปวดเรื้อรังเหล่านั้น ซึ่งองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพความเจ็บป่วยและองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง

การจัดการความปวดที่ผู้ป่วยเลือกใช้ทั้งวิธีที่ใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา

จากการศึกษาพบว่าการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเลือกใช้มากที่สุดคือวิธีการไม่ใช้ยา ได้แก่ การนอนพัก การประคบร้อน การบีบนิ้ว การผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจ การยืดกล้ามเนื้อหลังและคอ เป็นต้น และวิธีการใช้ยา คือ การใช้ยาแก้ปวดแผนปัจจุบัน ที่ได้รับการไปรับการรักษาในโรงพยาบาลหรือจากคลินิกและการใช้ยาสมุนไพร

การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อโดยวิธีใช้ยา ทั้งการใช้ยาแผนปัจจุบันและการใช้ยาสมุนไพร มีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.04-1.61$) และระดับความรุนแรงของความปวดก่อนการเลือกใช้ยาแก้ปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ($\bar{X} = 2.28-6.28$) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างจะเลือกใช้ยาแก้ปวดมาจัดการความปวดให้ตนเองตั้งแต่ระดับความปวดน้อยจนถึงระดับความปวดปานกลาง อาจเนื่องมาจากวิธีการใช้ยาสามารถลดอาการปวดได้ทันที โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน ยาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ตามคำสั่งแพทย์มากที่สุดคือ ยากลุ่ม non-opioids ได้แก่ ยาพาราเซตามอล หรืออะเซตามิโนเฟน ซึ่งเป็นยาแก้ปวดในกลุ่มที่ไม่ใช่ยาเสพติด ยากลุ่มนี้บรรเทาอาการปวดได้ระดับน้อยถึงปานกลาง และบรรเทาอาการปวดได้นาน 4-6 ชั่วโมง (Silverman, 2000)

ยาอีกกลุ่มหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการความปวด ตามการรักษาของแพทย์ คือ ยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ (NSAIDs) ซึ่งยาที่ใช้บ่อย คือ ไดโคลฟีแนค (diclofenac) ซีริเบรกและนอเจสิก ยากลุ่มนี้ให้ผลดีกว่ากลุ่มยาแก้ปวด เนื่องจากสามารถบรรเทาทั้งอาการปวดและลดการอักเสบได้ โดยจะไป มีผลยับยั้งการผลิตพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) และสารเคมีอื่น ๆ ที่กระตุ้นให้เกิดความปวดขึ้น ยา NSAIDs บรรเทาอาการปวดตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงปานกลาง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการใช้ยาแก้ปวดชนิดรับประทาน

เป็นวิธีที่ใช้ได้ผลอย่างรวดเร็วเมื่อมีอาการปวดน้อยถึงปานกลาง ซึ่งเป็นวิธีที่แพทย์เคยใช้ในการรักษาและสามารถหาซื้อได้ง่ายจากร้านขายยาทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถควบคุมอาการปวดเรื้อรังที่มีอาการอักเสบรุนแรงได้ด้วยยาต้านประทุษ จะได้รับการฉีดยา ยาฉีดที่ใช้ได้แก่ ยาฉีดคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) จะใช้ในผู้ป่วยที่ปวดข้อในช่วงที่ระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงแรกที่มีอาการปวดรุนแรง สามารถอาการปวดได้ดีในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ภายหลังจากการฉีดยา แต่หลังจากนั้นจะมีอาการปวดได้อีก ถ้าสาเหตุความปวดไม่ได้รับการแก้ไข ส่วนยาฉีดกลุ่ม NSAIDs ชนิดฉีด ได้แก่ ยาไดโคลฟีแนค (diclofenac) ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดปานกลาง เมื่อนัดแล้วจะทุเลาปวดได้ดี

ในประเทศไทยจะไม่พบรายงานของภาวะผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง อาจเนื่องมาจากแพทย์ของไทยไม่นิยมใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์รักษาอาการปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง ซึ่งแตกต่างจากต่างประเทศที่เริ่มมีการนำยาในกลุ่มโอปิออยด์มาใช้ในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง ที่ไม่ใช่มะเร็งในการรักษาระยะยาว แต่ยังมีข้อโต้แย้งกันอยู่ มีงานวิจัยในต่างประเทศที่รายงานว่าในการใช้โอปิออยด์เพื่อจัดการความปวดในระยะยาว สามารถนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (Devulder, Richarz & Nataraja, 2005) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการใช้ยาแก้ปวดในระยะเวลานานและมีการดื้อยา นอกจากนี้มีรายงานว่าแพทย์ในต่างประเทศนำยาในกลุ่มโอปิออยด์มาใช้ในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมสภาพจาก การใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs อีกด้วย (Potenoy, 1994b) แต่ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นเมื่อมีการนำยาในกลุ่มโอปิออยด์มาใช้ย่อมเกิดปัญหาผลข้างเคียงตามมา ได้ถ้าแพทย์เลือกใช้ยาโอปิออยด์ชนิดที่มีระยะครึ่งชีวิตนาน เช่น แมทธาโดน และ เพทิดีน เนื่องจากอาจเกิดภาวะเป็นพิษขึ้นได้ (Potenoy & Popp, 1994b)

นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีการรักษาด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้วย โดยการเลือกใช้อยากกลางบ้านและยาแผนไทยทั้งยาตำหรับและยาสมุนไพรเดี่ยวที่หาซื้อมารับประทานหรือนำมาทานเองด้วยเพื่อรักษาความปวดเมื่อยทั่วไป เช่น ปวดเข่า ปวดหลัง สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑล (2546) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่ายาสมุนไพรที่ใช้ส่วนใหญ่จะเป็นชาต้ม ชาลูกกลอนและชานวด เช่น ชานวดหัวไพล ชานวดเจลพริก เป็นต้น การระงับปวดโดยการใช้ยาส่วนใหญ่จะใช้ได้ผลดี เนื่องจากมีกลไกในการระงับปวด โดยการลดสิ่งกระตุ้นต่อตัวรับความเจ็บปวด แต่ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดเรื้อรังมาเป็นระยะเวลานานมากกว่า 10 ปี ไม่ต้องการที่จะใช้ยาแก้ปวดเป็นเวลานานนานเนื่องจากมี

อาการปวดแสบท้อง สอดคล้องกับการศึกษาของลอมบาโดและวิลสัน (Lombardo & Wilson, 1997 as cited in Unruh, 1996) พบว่าอาการปวดเรื้อรังของโรคทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่พึงพอใจกับการต้องใช้ยาเป็นเวลานาน ๆ เพื่อลดอาการปวด โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ มักมีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และมีการใช้ยาลดปวดหลายชนิด จึงอาจนำไปสู่การได้รับอันตรายจากการทำปฏิกิริยาของยาแต่ละชนิดขึ้นได้ (Stein, 1996 as cited in Unruh, 1996)

นอกจากการจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาเพียงอย่างเดียวแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังเลือกใช้วิธีที่ไม่ใช้ยาเสริมในการลดปวดด้วย วิธีการลดปวดที่ไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยเลือกได้แก่ การนอนพัก ร้อยละ 97 การประคบความร้อน ร้อยละ 80 และการบีบนิ้ว ร้อยละ 76 ส่วนการยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อ การใช้อุปกรณ์ที่ทำมาจากวัสดุพื้นบ้านที่มีอยู่ในท้องถิ่น เช่น กะลา ไม้ ก้อนหิน มาใช้ทำเป็นอุปกรณ์เพื่อบรรเทาอาการปวดเสริมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับกับการศึกษาของพิมพัลย์ เพ็ญศรีและอรัญญา (2530) พบว่าผู้ป่วยที่เลือกใช้ยาสมุนไพรจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากความเชื่อที่มีอยู่ดั้งเดิม ยาและอุปกรณ์มักหาได้ในชุมชน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายไม่แพงมากนัก

การจัดการความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่ มะเร็งโดยวิธีที่ไม่ใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีจำนวนมากที่สุด แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกใช้การปฏิบัติในการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาหลายวิธีร่วมกัน แต่วิธีที่เลือกใช้มากที่สุดได้แก่ วิธีการนอนพัก ร้อยละ 97 รองลงมาคือวิธีการประคบร้อน ร้อยละ 81 และการบีบนิ้ว และจากข้อมูลการปฏิบัติเพื่อการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนการบริหารร่างกายโดยใช้โยคะ การปฏิบัติสมาธิ และการใช้จินตนาการ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อาจเป็นเพราะผู้ที่จะปฏิบัติในการจัดการความปวดด้วยวิธีเหล่านั้นต้องเป็นบุคคลที่เคยได้รับ การฝึกฝนมาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอก่อนที่จะมีอาการปวดจึงจะให้ผลในการลดปวด และต้องใช้เวลาช้านาน จึงจะได้ผลในการลดปวด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติในวิธีเหล่านี้น้อย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุก็ตาม (ตารางที่ 1)

ส่วนการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาที่จะกล่าวถึงในรายละเอียด คือ วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติมากใน 3 อันดับแรก (3 วิธี) โดยผู้ป่วย 1 รายได้ใช้วิธีปฏิบัติได้มากกว่า 1 วิธี ได้แก่ การนอนพัก การประคบร้อน และการบีบนิ้ว (ตารางที่ 8)

1) การนอนพัก เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดเรื้อรังได้พักอวัยวะส่วนที่ปวด การนอนพักจะเป็นการจัดการความปวดได้ดีที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ถึง ร้อยละ 97 ส่วนใหญ่ มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 41 ($\bar{X} = 2.17$, $SD = 0.81$, $Mo = 2$) โดยเฉพาะในผู้ป่วยปวดหลัง มักใช้วิธีการนอนพักเมื่อมีความปวดเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในขณะที่มีอาการปวดรุนแรง เนื่องจากเป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างบรรยายว่าสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองที่บ้าน ปฏิบัติได้ง่ายไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ปลอดภัยมีผลข้างเคียงน้อย กลุ่มตัวอย่างเคยใช้วิธีนี้แล้วสามารถลดปวดได้ดี และได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัดให้ใช้วิธีนี้ คำแนะนำที่จะจัดการความปวดที่ผู้ป่วยปวดหลังจะได้รับเสมอก็คือการนอนพักมาก ๆ ในระยะที่มีอาการปวด สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี (2538) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ความหมายต่อความปวดและพฤติกรรมการเผชิญความปวด ของผู้ป่วยปวดหลังที่ไม่ได้เกิดจากการกดของเส้นประสาทและหมอนรองกระดูกเคลื่อนผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการเผชิญความปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเลือกใช้บ่อยที่สุด คือ การนอนพัก และศิริพร (2540) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยที่ทำให้ความรุนแรงของความปวดลดลงตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ การนอนพัก เช่นเดียวกับการศึกษารูปแบบ การจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้านของมธุรส (2547) พบว่าเมื่อมีอาการปวดหลัง ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะนอนพักเมื่อกลับถึงบ้านจะทำให้อาการปวดทุเลาลงนอกจากนี้การนอนพักจะช่วยลดแรงกระทำต่อข้อเข่าได้ดีในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดกเกอร์และคณะ (Dekker et al., 1992) ที่พบว่าผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจัดการกับความปวด โดยการลดการทำกิจกรรมให้มีการเคลื่อนไหวน้อยที่สุด โดยการนอนพักหรือนั่งพัก เป็นการลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็ก ไม่ให้ส่งสัญญาณความปวดจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ปวด

2) การประคบร้อน (hot compress) กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการจัดการความปวดด้วยวิธีนี้ ร้อยละ 81 ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 51 ($\bar{X} = 2.07$, $SD = 1.16$, $Mode = 3$) ซึ่งการประคบร้อนจัดเป็นแนวทางในการการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองที่ใช้กันมานานแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ทำให้ทุเลาปวดได้ เป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย และค่าใช้จ่ายน้อย สะดวกสามารถปฏิบัติได้ทันทีเมื่อมีความปวด และมีกลุ่มตัวอย่างที่เคยปฏิบัติแล้วลดปวดได้ดี กล้ามเนื้อไม่เกร็ง สบายตัวขึ้น สอดคล้องกับไรท์และสลุกา (Wright & sluka, 2001) พบว่าการใช้ความร้อนมีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัว มีการไหลเวียนโลหิตและการถ่ายเทของเสียจากกล้ามเนื้อคือกรดแลคติกได้ดีขึ้น การเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง ป้องกันการกระตุ้นตัวรับ

ความเจ็บปวดด้วย ช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาปวดและรู้สึกสบายตัวขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพะยอม (2543) กระแส (2539) ทิตเลอร์และเรคเกิล (Titler & Rakel, 2001) พบว่าการประคบร้อนมีความสัมพันธ์กับกลไกลดความปวดของทฤษฎีคุมประตุ ความร้อนจะกระตุ้นตัวรับอุณหภูมิบริเวณผิวหนังทำให้มีการนำสัญญาณประสาทผ่านเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นตัวยับยั้งการนำสัญญาณประสาทของเส้นใยขนาดเล็ก เป็นการปิดประตุความปวด ส่งผลให้มีสัญญาณประสาทความปวดผ่านเข้าสู่สมองบริเวณที่รับรู้ความปวดลดลง นอกจากนี้บางส่วนของเส้นใยประสาทยังเชื่อมต่อสัญญาณประสาทบริเวณเรติคูลาร์ฟอรัมเมชัน สิ้นสุดบริเวณลิมบิกในสมองส่วนหน้ากระตุ้นให้มีการหลั่งเอนโดฟิน ซึ่งมีฤทธิ์ในการลดปวด เพิ่มความทนต่อความปวด ดังการศึกษาของแมคครีย์และแพตตัน (McCray & Patton, 1984) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างแผ่นประคบร้อนกับคลื่นความถี่สั้นต่อการลดลงของอาการปวดบริเวณทรวงอก บั้นเอวและกล้ามเนื้อสะโพก โดยให้ความร้อนในระดับที่ผู้ป่วยทนได้ เป็นระยะเวลาประมาณ 20 นาที พบว่าวิธีทั้งสองสามารถลดอาการปวดได้ แต่คลื่นความถี่สั้นสามารถลดปวดได้มากกว่าแผ่นประคบร้อน สอดคล้องกับการศึกษาของพะยอม (2543) เรื่องผลการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อ ข้อฝืดและความลำบากในการทำ กิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าภายหลังการประคบร้อนด้วยสมุนไพรและประคบร้อน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนอาการปวดข้อ ข้อฝืด และความลำบากในการทำกิจกรรมน้อยกว่าก่อนได้รับการประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษา ของผกากรอง (2545) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ผู้สูงอายุ ในการบำบัดอาการปวดข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน พบว่าการประคบร้อนสามารถทำให้ผู้ป่วยหายปวดหายเจ็บ บรรเทาอาการปวดได้ชั่วคราว

3) การบีบนวด (massage) กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการจัดการความปวดด้วยการบีบ นวด ร้อยละ 76 ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ($\bar{X} = 1.72, SD = 1.14, Mode = 2$) กลุ่มตัวอย่างโรคปวดหลังส่วนล่างและกลุ่มโรคกล้ามเนื้อพังผืดตึงรั้ง โดยบรรยายความรู้สึกหลังการบีบนวดว่าสบายตัว คลายปวดเมื่อย อาการปวดตึงลดลง ถ้านวดติดต่อกัน จุดกดเจ็บ จะหายไปและพักหลับได้ดี กลุ่มตัวอย่างโรคข้อเสื่อมบอกว่าอาการปวดเล็ก ๆ ในข้อทุเลาลง สามารถยืดเข้าได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ (2544) อุไร (2539) และทิตเลอร์และเรคเกิล (Titler & Rakel, 2001) พบว่าการบีบนวดช่วยลดแรงตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดอาการปวดเมื่อย การเคลื่อนไหวข้อดีขึ้น การนวดช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยง กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น ทำให้ความรู้สึกปวดลดลง สอดคล้องกับการ

ศึกษาของ ศิริจันทร์ภรณ์ (2541) และ แทพเพน (Tappan, 1988) พบว่าการนวดและคลึงจะช่วย ให้เลือดถูกบีบออกจากบริเวณนั้น ทำให้มีเลือดใหม่มาแทนที่ช่วยในการไหลเวียนของเลือด และน้ำเหลือง หลอดเลือดไม่ตีบตัน เซลล์ต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอจึงไม่เกิดกรดแลคติกที่จะมากระตุ้นรับความปวดทำให้อาการปวดลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของอรสา (2545) เรื่องผล ของการนวดไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม พบว่าผลของการนวดไทยช่วยลดอาการปวดข้อของผู้สูงอายุและส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของผกากรอง (2545) เรื่องประสบการณ์ของผู้สูงอายุในการบำบัดอาการปวดข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน พบว่าอาการรับรู้ถึงผลในการรักษาคือหายปวด และสามารถบรรเทาอาการปวดได้ ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจะเลือกใช้มากขึ้น นอกจากนี้การนวดยังช่วยลดฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและความเครียดได้ด้วย เนื่องจากการนวดจะช่วยเพิ่มการทำงานของเส้นประสาทสมอง คู่ที่ 10 เพิ่มการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายมากขึ้น (Field, 2000)

จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการแนะนำผู้ป่วยในการจัดการความปวดเรื้อรัง จากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งจะเลือกใช้วิธีใดนั้น บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลควรแนะนำให้เหมาะกับระดับความรุนแรงของความปวดและความต้องการของผู้ป่วย กล่าวคือ ถ้าระดับความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง ควรเลือกการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ส่วนการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยานั้นควรแนะนำให้ใช้ในระดับความปวดที่มากถึงมากที่สุด

ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการจัดการความปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง

ปัจจัยส่งเสริมในการจัดการความปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่ส่งเสริมในการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งจำแนกตามองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวด มีดังนี้

1. ปัจจัยส่งเสริมที่เป็นองค์ประกอบด้านบุคคล พบว่าปัจจัยส่งเสริมในการจัดการความปวดที่เป็นองค์ประกอบด้านบุคคลของตัวอย่างมีดังนี้

1.1 สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและปฏิบัติได้ง่าย กลุ่มตัวอย่างอธิบายถึงปัจจัยส่งเสริมในการเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดด้วยวิธีต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาว่าวิธีที่เลือกใช้ในการจัดการความปวดนั้น จะต้องเป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายและปฏิบัติได้เอง เป็นปัจจัยที่มากที่สุดคือร้อยละ 84 (ตารางที่ 14) โดยเฉพาะวิธีการที่ไม่ใช่ยาสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน เช่น การนอนพัก การประคบร้อน การนวดตนเองด้วยอุปกรณ์ช่วยนวด เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวภา พรทิพย์และเพ็ญญา (2539) พบว่าวิธีการรักษาเป็นแบบพื้นบ้านที่เป็นภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพของคนไทยและเป็นการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีรูปแบบการจัดการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถเข้าใจได้ง่าย ที่อิงหลักธรรมชาติเรียบง่าย สอดคล้องกับการศึกษา ที่ผ่านมา ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นและคิดว่าไม่รุนแรง มักใช้วิธีการรักษาที่ปฏิบัติได้ด้วยตนเองก่อน และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีเป็นครั้งแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความปวดด้วย ตนเอง ตามการอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วย ทุกรายใช้ระบบการแพทย์สามัญชน โดยเรียนรู้และพึ่งพาตนเองก่อนเสมอ แล้วจึงแสวงหาการรักษาจากแหล่งอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของคลินแมน (Kleinman, 1980) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาของประชาชนส่วนหนึ่งในประเทศไต้หวันพบว่า ร้อยละ 93 จะมีการดูแลตนเองที่บ้านก่อนไปพบแพทย์ และร้อยละ 73 สามารถฟื้นหายได้จากการรักษาตนเอง

1.2 เมื่อปฏิบัติแล้วได้ผลในการบรรเทาความปวด จากผลการวิจัยพบว่าการปฏิบัติแล้วได้ผลในการบรรเทาความปวดเป็นปัจจัยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง เลือกปฏิบัติในวิธีการในการจัดการความปวดต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีประสบการณ์การปฏิบัติ ในการบรรเทาปวดทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่ดีในการปฏิบัติแล้วได้ผลในการบรรเทาปวด เมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านประสบการณ์ในการจัดการความปวด เกิดกระบวนการเรียนรู้ มีทักษะที่เกิดจากการปฏิบัติ และปฏิบัติแล้วได้ผลดีสามารถลดปวดได้ เมื่อมีความปวดครั้งต่อไปกลุ่มตัวอย่างก็จะเลือกการจัดการความแบบเดิมอีก การมีประสบการณ์ทำให้คนเกิดการเรียนรู้ และเมื่อมีความปวดครั้งต่อไปบุคคลนั้นจะเลือกใช้วิธีที่ตนเคยมีประสบการณ์ที่ดีในการจัดการความปวดนั้นมาใช้ซ้ำอีก สอดคล้องกับการศึกษาของนงรัตน์ (2542) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าจะซื้อยาแก้ปวดที่ตนเองเคยประสบความสำเร็จในการลดปวดครั้งก่อนมาเป็นวิธีการลดปวดเป็นอันดับแรก โดยเหตุผลที่รับประทานแล้วหาย ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ปฏิบัติแล้วได้ผลดีในการจัดการความปวด หลังจากนั้นจะเลือกใช้วิธีที่ไม่ใช่ยาต่อไป

เช่น การนวด การใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น และสอดคล้องกับการของศิริพร (2540) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจะเลือกใช้วิธีการลดปวดที่ตนเองเคยใช้มาแล้วและสามารถลดปวดได้เป็นอันดับแรกในการบรรเทาความปวด เช่น ถ้าปวดรุนแรงจะใช้ยาแก้ปวดที่แพทย์เคยสั่งให้มารับประทานที่บ้าน เมื่อทุเลापวดแล้วก็จะใช้การประคบร้อนและการนวดช่วยต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของผกากรอง (2545) พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีต่าง ๆ ในการจัดการอาการปวดเข่า คือ วิธีการใดที่ใช้แล้วได้ผลก็จะถูกนำกลับมาใช้อีกครั้ง เช่น การประคบสมุนไพร การอาบน้ำสมุนไพร หรือการรับประทานยาผงสมุนไพร เป็นต้น

1.3 ความเชื่อว่าสามารถลดปวดได้ กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าวิธีที่เลือกใช้ในการจัดการความปวดนั้นสามารถที่จะลดปวดได้ โดยอาศัยการเรียนรู้ในการเลือกใช้ของตนเองและการสั่งสมประสบการณ์ที่ดีของการจัดการความปวดโดยวิธีต่าง ๆ ความเชื่อเป็นความตั้งใจของบุคคลที่พร้อมจะกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่จะตอบสนองต่อสิ่งที่ตนเชื่อและเลือกไว้ (พรพรรณ, 2543) เช่น เชื่อว่าการจัดการความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การนอนพัก การประคบร้อน และการนวด สามารถลดปวดได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงเลือกวิธีเหล่านี้มาใช้ในการจัดการความปวด

2. ปัจจัยส่งเสริมที่เป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย พบว่าปัจจัยส่งเสริมในการจัดการความปวดที่เป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ตัวอย่างเลือก มีดังนี้

2.1 ปลอดภัยในการเลือกใช้ การเลือกวิธีการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างคำนึงถึงความปลอดภัยในการเลือกใช้เป็นอันดับสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดความต้องการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นของมาสโลว์ (Maslow, 1943) ที่กล่าวถึงความปลอดภัยในชีวิตเป็นความต้องการพื้นฐานสำคัญขั้นที่ 2 ที่มนุษย์ต้องการ เนื่องจากการจัดการความปวดทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา มีผลในการลดปวดทั้งองค์รวม คือร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการจัดการความปวดวิธีใดมีความปลอดภัยสูง ก็จะเลือกวิธีนั้น

2.2 สะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการ การที่บุคคลมีความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการได้ง่าย ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการนั้นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นครั้งแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยโดยพิจารณาจากระยะทางระหว่างบ้านถึงสถาน

บริการสุขภาพ ความสะดวกในการเดินทาง คุณภาพและความสะดวกรวดเร็วของบริการ (กฤษณา ประคอง และสมจิต, 2542) และสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การเลือกใช้และความต้องการใช้บริการสุขภาพของสมาชิกกองทุนออมทรัพย์ตำบลคลองเปื้เยก่อนการประกาศนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการสุขภาพส่วนหนึ่ง คือความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งให้บริการ (สุภัทร อริรัตน์ สุมลิต นุชนารถและ อุบลรัตน์, 2545)

3. ปัจจัยส่งเสริมที่เป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม จากการวิจัยพบว่าปัจจัยส่งเสริมในการจัดการความปวดที่เป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ ได้แก่

3.1 ค่าใช้จ่ายน้อย ในกรณีที่เลือกการรักษาโดยไม่ใช้ยา การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาและมักไม่หายขาด ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเนื่องจากยาและอุปกรณ์ในการรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบันมีราคาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของไบกอส (Bigos & Battie, 1996) ที่ศึกษาอาการปวดหลังของพนักงานในโรงงานพบว่าอาการปวดเรื้อรังมีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการจัดการความปวดที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยหรือไม่มีค่าใช้จ่าย จึงมีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีการจัดการความปวดของผู้ป่วยจากการศึกษาของผกากรอง (2545) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุในการบำบัดอาการปวดข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน พบว่าผู้ให้ข้อมูลจะเลือกใช้อุปกรณ์ที่หาได้ในชุมชนหรือภายในครัวเรือนเอง เช่น สมุนไพรบางชนิดหรืออุปกรณ์พื้นบ้านที่ใช้ในการลดปวด เช่น อุปกรณ์ช่วยนวดต่าง ๆ การบีบนวด การประคบร้อนหรือการประคบก้อนเ้า ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องเสีย ในบางกรณีที่ต้องเสียบ้าง เช่น ค่าจ้างหมอนวด ค่าลูกประคบ ก็เป็นจำนวนที่น้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของสุทธิชัย (2543) พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ จึงมีแนวโน้มเลือกใช้การรักษาแบบพื้นบ้านเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่ถูก สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา ประคองและสมจิต (2542) พบว่าอัตราค่ารักษาพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.2 การส่งเสริมหรือสนับสนุนของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการจัดการความปวดบางวิธีจากการมีปัจจัยส่งเสริม คือ บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ ได้แก่ พยาบาล แพทย์และนักกายภาพบำบัด เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ในการที่มีส่วนร่วมในการประเมินและเสนอความคิดเห็นว่าวิธีการจัดการความปวดวิธีใดที่มีผู้ปฏิบัติมาก่อนแล้วได้ผล และวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวด

จากสาเหตุต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา ประคองและสมจิต (2542) พบว่าคำแนะนำจากเครือข่ายทางสังคม มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

อุปสรรคของการจัดการความปวดเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง

จากการวิจัยพบว่าอุปสรรคของการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งต่อการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยเลิกใช้ไปแล้ว 3 วิธีด้วยกันคือการตัดดิ่งกระดูก การฝังเข็ม และการประคบความเย็น ซึ่งจะนำเสนออุปสรรคที่มีผลต่อการใช้วิธีการจัดการความปวดบางชนิด ตามองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. อุปสรรคการจัดการความปวดเรื้อรังตามองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลิกใช้วิธีการจัดการความปวดโดยการตัดดิ่งกระดูก โดยการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ให้เลิกใช้ ซึ่งวิธีที่แพทย์มีคำสั่งให้เลิกใช้ คือ การตัดดิ่งกระดูกโดยหมอพื้นบ้าน กลุ่มตัวอย่างต้องเลิกใช้วิธีนี้เนื่องจากเกิดผลแทรกซ้อนจากการทำโดยผู้ที่ไม่มีความชำนาญและผู้ป่วยที่ไปรักษานั้นเป็นโรคกระดูกโปรงบางอยู่แล้ว จึงทำให้เกิดภาวะกระดูกกดทับเส้นประสาทเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการปวดเสียวลงขาและมีชาร่วมด้วย และอาจเกิดกล้ามเนื้อลีบขาดได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ แพทย์ที่รับการรักษาจึงมีคำสั่งให้เลิกใช้ เนื่องจากในสังคมไทยส่วนใหญ่จะมีความเชื่อถือและศรัทธาในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพอยู่แล้ว โดยกลุ่มตัวอย่างจะมอบความไว้วางใจในการตัดสินใจ เพื่อการรักษาให้กับกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ เพราะเชื่อถือในความรู้และความสามารถและเป็นบุคคลที่สังคมให้การยกย่องว่าเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ดังนั้นเมื่อแพทย์มีคำแนะนำให้เลิกใช้วิธีการตัดดิ่งกระดูกเพื่อลดปวด กลุ่มตัวอย่างก็พร้อมที่จะปฏิบัติตาม

2. อุปสรรคการจัดการความปวดขององค์ประกอบด้านบุคคล กลุ่มตัวอย่างพบว่าการจัดการความปวดโดยวิธีการประคบเย็นไม่สามารถลดปวดได้ และยังกระตุ้นให้อาการปวดมากขึ้นด้วย เนื่องจากอาการปวดเรื้อรังที่เกิดจากกล้ามเนื้อหรือเนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยง มีการหดตัวของเส้นเลือดส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความเครียดเกิดขึ้น และมีการเผาผลาญของเซลล์แบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้มีการหลั่งกรดแลคติก ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอาการปวดเมื่อยล้า ถ้าใช้การประคบเย็นจะทำให้เส้นเลือดหดตัวเพิ่มขึ้น เกิดอาการปวดมากขึ้น จากการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยปวดหลังและปวดกล้ามเนื้อจึงเลิกใช้การประคบเย็นในการจัดการความปวด

3. อุปสรรคขององค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เลิกใช้วิธีการจัดการความปวดโดยวิธีการฝังเข็ม เนื่องจากรับรู้ว่าจะไม่ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงสูง ในการเลือกวิธีที่จะจัดการความปวดของผู้ป่วยนั้นจะต้องเป็นวิธีที่ดี กล่าวคือ สามารถบรรเทาความปวดได้ ต้องมีความปลอดภัยสูงและไม่มีผลข้างเคียงหรือถ้ามีก็ต้องน้อยมาก ๆ แต่ถ้าวิธีใดที่นำมาปฏิบัติแล้วมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงสูงและไม่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างจะไม่นำมาใช้ ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างยกเลิกการใช้วิธีการฝังเข็มเพื่อการจัดการความปวด เนื่องจากกลัวว่าจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะเชื้อโรคเอดส์ โรคตับอักเสบ และบางกลุ่มจะกลัวว่าไม่ปลอดภัยจากการฝังเข็มที่ผิดพลาดและอาจไปถูกอวัยวะสำคัญหรือเส้นประสาท กลัวการเป็นอัมพาต ซึ่งทั้งนี้การที่จะบรรเทาอาการปวดเรื้อรัง ที่เกิดจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อด้วยการฝังเข็มนั้นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการรักษา และต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับกลุ่มตัวอย่างด้วย

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าคำแนะนำที่จะให้แก่ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่ไม่ชัดเจนแรงเพื่อจัดการความปวดโดยวิธีใดนั้น ควรใช้การประเมินโดยใช้ผลงานวิจัยเป็นแนวทางในการเลือก และให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความปวด และปัจจัยส่งเสริมที่เกี่ยวข้องและที่สำคัญคือ วิธีนั้นผู้ป่วยต้องสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง สามารถปฏิบัติได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อยและไม่มีความเสี่ยง ผู้ป่วยจึงจะสนใจและนำไปปฏิบัติตาม