

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเรื้อรังเป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อน (Serlin, Makamura & Cleeland, 1995 as cited in Unruh, 1996) ที่ไม่ใช่เป็นเพียงกลไกการตอบสนองทางด้านสรีระเท่านั้น แต่เป็นการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยได้รับอิทธิพล จากปัจจัยทางด้านความคิด ความเชื่อ ตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมของผู้ที่ประสบความปวด ดังนั้นความปวดเรื้อรังจึงเป็นปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ที่หลากหลายมิติ (Mc Guire, 1984 as cited in Petpichetchian, 2001) ประกอบด้วยมิติต่าง ๆ ได้แก่ มิติทางด้านสรีระ (physiological) มิติด้านความรู้สึกรู้สึก (sensory) มิติด้านอารมณ์ (affective) มิติด้านความคิด (cognitive) และมิติ ด้านพฤติกรรม (behavioral) ซึ่งความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นส่วนหนึ่งของปรากฏการณ์นี้เช่นกัน

ความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นปัญหาที่สำคัญของสุขภาพ สูญเสีย ด้านเศรษฐกิจสูงมาก (สุคศิริ, 2548; Fordyce, 1995a; Yelin, 2003) และเป็นสาเหตุที่ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ มีรายงานพบว่าเกือบร้อยละ 90 ของประชากรโลกจะต้องมีอาการปวดเรื้อรัง ในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะอาการปวดหลังอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิตและจะปวด อยู่เรื่อย ๆ ไม่หายขาด (อำนาจ, 2543) ความปวดเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการปวด ในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 80 (Davis, 1988 as cited in Ferrell et al., 1996) จากสถิติผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดเรื้อรัง ในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ที่มาพบแพทย์ของโรงพยาบาลศิริราชปีงบประมาณ 2547 จำนวน 3,206 ราย (ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร แผนกเวชระเบียนโรงพยาบาลศิริราช, 2547) โรงพยาบาลหาดใหญ่ ปีงบประมาณ 2547 จำนวน 2,750 ราย (ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาล หาดใหญ่, 2547) และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากเดิม ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 1,700 คน เพิ่มขึ้นเป็น 3,849 คนในปี พ.ศ. 2547 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารแผนก เวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2547) และอุบัติการณ์พบได้ในทุกช่วงอายุ แต่จะพบมากในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อมีอุบัติการณ์สูง ผู้ป่วยย่อมต้องการความเข้าใจ ในการประเมินความปวด การรักษาตั้งแต่เริ่มต้นและการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สุคสบาย, 2549)

ความปวดเรื้อรังเป็นความปวดที่เกิดขึ้นทีละน้อยอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาานกว่า 6 เดือน (Brattberg et al., 1989; Heye & Reeves, 2003) และอาการปวดอาจมีอยู่ตลอดชีวิตหรือเป็น ๆ หาย ๆ ตามลักษณะของพยาธิสภาพของโรคนั้น ๆ (สุรศักดิ์, 2539; Heye & Reeves, 2003) เป็นความปวดที่อาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือค่อย ๆ เกิดขึ้นโดยไม่เลือกเพศและวัย มีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ความปวดจะยังคงอยู่และมีความรุนแรงขึ้นเมื่อมีการใช้งาน อวัยวะส่วนที่ปวดนั้นมากขึ้น พบได้มากในวัยทำงาน ได้แก่ กลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและพังผืด (Myofascial Pain Syndrome: MPS) ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (chronic low back pain) อาการปวดเมื่อยคอ ปวดไหล่ ปวดข้อต่าง ๆ ที่เกิดจากภาวะเสื่อม (degenerative joint disease) ได้แก่ กระดูกคอเสื่อม กระดูกสันหลังเสื่อม ข้อไหล่และข้อสะโพกเสื่อม อาการเอ็นอักเสบและปลอกเอ็นอักเสบเรื้อรัง (tendinitis and bursitis) เป็นต้น บางครั้งจึงไม่สามารถแยกบริเวณที่มีความปวดและไม่ปวดออกจากกันได้อย่างชัดเจน ประเมินความรุนแรงของความปวดได้ยาก ฉะนั้นร่างกายจึงต้องมีการปรับตัวตลอดเวลาและความทุกข์ทรมาน มักจะเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป การรักษาความปวดชนิดนี้ให้หายเป็นปกติจะเป็นไปได้ยาก (พิไลรัตน์, 2541) จะมีอาการปวดกลับซ้ำได้อีกถ้ามีสิ่งมากระตุ้น (Jayson, 1997)

ผลกระทบของความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและความวิตกกังวล (Vlaeyen, 2002) ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานและก่อให้เกิดปัญหาในด้านอื่น ๆ ตามมา เช่น ผลกระทบต่อสภาพจิตสังคมของผู้ป่วยในด้านลบ ทำให้ระดับความทนต่อความปวด (pain threshold) ลดลง ส่งผลย้อนกลับให้เกิดอาการปวดมากขึ้นทำให้การจัดการความปวดยากขึ้นและเรื้อรังเพิ่มขึ้น (สุตสบาย, 2549) นอกจากนี้อาการปวดที่เรื้อรังและวิธีการจัดการความปวดที่ไม่สามารถควบคุมความปวดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ (สุตศิริ, 2548) กล่าวคือ ทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิด รบกวนการนอนหลับ การมีส่วนร่วมในสังคมลดลง เกิดอารมณ์ซึมเศร้า (depress mood) ในที่สุด (Carroll et al., 1994; Ferrell et al., 1996) จากการศึกษาของลินและวอร์ด (Lin, & Ward, 1996) พบว่าอารมณ์ซึมเศร้าและอาการปวดเรื้อรังในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง มีความสัมพันธ์ในทางลบกับวิธีการจัดการกับอาการปวดและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของวอดเดลล์ (Waddell, 1998) พบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เกิดอาการเสื่อมของข้อต่อต่าง ๆ ส่งผลกระทบบที่ตามมาคือภาวะจำกัดความสามารถของร่างกาย โดยระดับความปวดเหล่านั้นมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตโดยทั่วไปและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ (Borenstien, Wiesel & Boden, 1995) มีผลให้ผู้ป่วยลดความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลง เช่น ปวดเข่ามากเดินไม่ได้ หรือปวดหลัง หลังตึงกัมและงอ ได้

ไม่เต็มที่ ทำให้ต้องหยุดทำงานชั่วคราว ครอบครัวยังขาดรายได้ อีกทั้งต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (สลิธร, 2542) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ การแสดงออกที่เห็นได้ชัด คือ การดำเนินชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน ความคิดซึ่งเปลี่ยนไป จากทางที่ดีและเหมาะสมเป็นทางลบ บั่นทอนต่อสุขภาพและฐานะทางสังคม มีผลให้ผู้ป่วย มีความเสื่อมในเจตคติและวิญญาณอันจะส่งผลต่อร่างกายได้ (จารุวรรณ, 2544)

ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่ มะเร็ง จะต้องใช้ชีวิตอยู่กับความปวดเป็นเวลานาน ดังนั้นบุคคลกลุ่มนี้จึงมักแสวงหาการจัดการ ความปวดเรื้อรังด้วยตนเอง ซึ่งมีหลากหลายวิธี รูปแบบแตกต่างกันไป การจัดการกับความปวด เรื้อรัง โดยการใช้ยาแก้ปวดเพียงอย่างเดียว จึงไม่ใช่ทางออกของโรคนี้อีก แต่มีอีกแนวทางหนึ่ง ที่นำมาใช้ กันมากในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อลดอาการปวดเรื้อรัง คือ การใช้วิธีการบำบัด แบบร่วมรักษา ผู้ป่วยจะลดอาการปวดโดยการใช้ยาแก้ปวดร่วมกับวิธีอื่น ๆ ด้วย เช่น การใช้ เทคนิคผ่อนคลาย การบริหารกาย-จิต รวมถึงการทำสมาธิ (ลดาวัลย์, 2546; Astin, 2004) คนตรีบำบัด การนวดตัว การนวดฝ่าเท้า การใช้ความร้อน กายภาพบำบัด การฝังเข็ม การใช้ สมุนไพร (Soeken, 2004) การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน การระลึกถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การนอนพัก การหลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ทำให้ปวดเพิ่มขึ้น (Knee, 2000) การจัดและตัดดัดกระดูก (ลดาวัลย์, 2546; Ernst, 2004) การบอกเล่าความปวดกับบุคคลใกล้ชิด หรือการลดความปวดทางอารมณ์ คือ การร้องครวญคราง ร้องไห้หรือการตะโกน (ศิริพร, 2540) เป็นต้น วิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมา นั้นเป็นทางเลือกอื่น เพื่อลดอาการปวด ซึ่งอาจทำให้ลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดลงได้ ในขณะที่ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อและการแนะนำท่าทางต่าง ๆ ที่เหมาะสม ทำให้คงความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไว้ได้ (สุนย์สิรินธร, 2542)

เมื่อบุคคลเกิดความปวดจะมีวิธีการจัดการความปวดที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผล สืบเนื่องมาจากปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวด นอกจากนี้ มีผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการความปวดนั้นขึ้นอยู่กับ ความแตกต่างระหว่างบุคคล กลุ่ม ครอบครัว และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (Ferrell, 1996) ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการความปวดมี 3 องค์ประกอบ (Dodd, 2001) ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และระดับการศึกษา อายุนั้นอาจมีผลต่อการ จัดการความปวดได้ โดยบุคคลที่มีอายุมากขึ้นมีการเรียนรู้ต่อประสบการณ์ ในการจัดการ ความปวดและมีการปรับตัวอยู่เสมอ อายุที่ต่างกันจะมีผลต่อการเลือกวิธีจัดการกับความปวดแตกต่าง กัน และบุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารในการเลือกการจัดการ ความปวดหลากหลายทาง 2) องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ ปัจจัย ที่มีผล

ต่อภาวะสุขภาพ ปัญหาความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ อุบัติเหตุ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา และผลลัพธ์ที่เกิด 3) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการจัดการความปวด คือการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนของสมาชิก ในครอบครัว ผู้ที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดที่มีความเชื่อว่าวิธีที่เลือกสามารถจัดการความปวดได้ และมีความปลอดภัย ปฏิบัติได้ง่ายและปฏิบัติได้เอง ประสบการณ์การจัดการความปวดในอดีต ความสะดวกในการเดินทาง ถึงแหล่งบริการสุขภาพและการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่เคยประสบความปวดอย่างรุนแรงมาก่อน และไม่ได้เลือกวิธีการจัดการความปวดที่ดีพอ ทำให้ไม่สามารถลดปวดได้ เมื่อประสบกับความปวดครั้งใหม่ก็จะไม่เลือกวิธีการจัดการ ความปวดแบบเดิมอีก แต่ถ้าวิธีการจัดการความปวดที่เลือกสามารถจัดการกับความปวดได้ เมื่อปวดครั้งต่อไปก็จะเลือกใช้วิธีนั้นซ้ำอีก (Giuffre, 2000) และความสะดวกในการเดินทางถึงแหล่งบริการสุขภาพ การที่บุคคลจะเข้าถึงแหล่งบริการได้ง่ายหรือไม่นั้น ส่งผลให้บุคคล มีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการนั้นมาก เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลให้บุคคลเลือกวิธีการในการจัดการความปวดแตกต่างกัน หากมีการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสม อาการปวดเรื้อรังก็จะยังคงอยู่ หรือกลับเป็นซ้ำได้ (Turk, 2000) ผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง หรือเปลี่ยนสถานที่รักษาไปเรื่อย ๆ บางรายเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายโรงพยาบาล จึงแสวงหาวิธีการรักษาชนิดอื่นที่ไม่ใช่ยาตามที่กล่าวมาแล้ว ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วย ในเรื่องนี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด เรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง สามารถนำไปสู่การวางแผนการดูแลเพื่อจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ซึ่งเป็นการศึกษาในลักษณะของการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับความเสื่อมของโรคใดโรคหนึ่ง เช่น ผกากรอง (2545) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ในการบำบัดอาการปวดข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน พบว่า วิธีการและขั้นตอนของภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ผู้สูงอายุที่นำมาใช้มี 4 วิธีคือ การใช้ยาสมุนไพร ใช้ประคบร้อน การนวดคลายเส้นและการปฏิบัติตามความเชื่อ นอกจากนี้มธุรส (2547) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการ ความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้านเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่ามีรูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้านแตกต่างกันไปในแต่ละระยะ การศึกษาเหล่านี้มีประโยชน์ ทำให้เข้าใจความปวดและการจัดการความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่

มะเร็งในระดับหนึ่งเท่านั้น แต่ยังไม่ครอบคลุมให้เห็นในภาพรวมของการจัดการกับความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งในโรคหรืออาการอื่น ๆ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้มีเพียงผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะอาการเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถอ้างผลในภาพรวมได้ และในการศึกษาเรื่องดังกล่าวในเชิงปริมาณ ผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษามาก่อน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการสำรวจอาการปวดและการจัดการความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยมุ่งศึกษา ความปวดและประสบการณ์การจัดการอาการปวดเหล่านั้น ที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติด้วยตนเองและสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เป็นปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการความปวด การศึกษารั้งนี้ เป็นแนวทางหนึ่งในการได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถสะท้อนภาพรวมของการจัดการความปวดเรื้อรังที่ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกใช้ และวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งใช้ลดปวดได้ผลส่วนใหญ่ใช้วิธีอะไรได้อย่างครอบคลุมในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนา รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้เหมาะสมกับความต้องการ และให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง
2. การจัดการความปวดเรื้อรังด้วยตนเองและครอบครัวทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา
3. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการจัดการกับความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง

#### คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง มีประสบการณ์ความปวดเป็นอย่างไรเมื่อศึกษาในด้าน
  - 1.1 ความรุนแรงของความปวดเรื้อรังอยู่ในระดับใด
  - 1.2 คุณลักษณะของความปวดเรื้อรังเป็นอย่างไร

- 1.3 ผลกระทบของความปวดเรื้อรังต่อการดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับใด
2. ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งมีการจัดการกับความปวดเรื้อรังอย่างไร
3. ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งมีอะไรบ้าง

#### กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

ความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อนั้น เกิดจากพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในส่วนลึกของโครงสร้างต่าง ๆ ภายในข้อต่อ เส้นเลือด เส้นเอ็น ฟังซีด กระดูกกล้ามเนื้อ และเส้นประสาทส่วนปลาย โดยเป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ความทุกข์ทรมานจะเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ส่วนใหญ่จะเกิดจากประเมินความรุนแรงของความปวดได้ยาก ระดับความรุนแรงของความปวดขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลที่จะแสดงให้เห็นผู้อื่นทราบด้วยคำพูด กริยาและท่าทาง (Timby, 1995)

ความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณค่าความเชื่อด้านสุขภาพ วัฒนธรรม อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม (Curtis & Curtis, 1994 as cited in Unruh, 1996) ความปวดเรื้อรังจึงเป็นประสบการณ์หลากหลายมิติ (Mc Guire, 1984 as cited in Petpichetchian, 2001) ที่เกี่ยวข้องกับมิติต่าง ๆ คือ 1) มิติทางด้านสรีระ ประเมินได้จากโรคและหรือความผิดปกติที่ทำให้เกิดอาการปวด 2) มิติด้านความรู้สึก ประเมินได้จากคุณภาพของความปวด เช่น ระดับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งและขอบเขต ของความปวด ลักษณะความปวด เช่น ปวดตื้อ ๆ ปวดจี๊ด ๆ เป็นต้น 3) มิติทางด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกของอารมณ์ขณะปวดส่วนใหญ่จะเป็นอารมณ์ในทางลบ ได้แก่ อารมณ์ หงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น 4) มิติด้านความคิด เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายของความปวด เช่น การให้ความหมายว่าเป็นภาวะคุกคามต้องรีบแก้ไข จะเกี่ยวเนื่องกับมิติด้านอารมณ์ด้วย 5) มิติด้านพฤติกรรม เป็นการแสดงออกของผู้ป่วยในการตอบสนองต่อความปวด เช่น นอนบิดตัว ร้องไห้ หรือการแสดงพฤติกรรมจัดการความปวด เป็นต้น 6) มิติด้านสังคมวัฒนธรรม ประเมินจากการเลือกวิธีการจัดการความปวดที่แตกต่างกันของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสังคมที่ผู้ป่วยอาศัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการแสวงหารูปแบบวิธีการจัดการกับความปวดมาใช้ตามความคิดและความเชื่อของแต่ละบุคคล ทั้งการเข้ายาและไม่เข้ายา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีวิธีการหลากหลาย ดังนี้

- 1) โดยการใช้ยา ได้แก่ ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนไทย และยาสมุนไพร
- 2) โดยวิธีการที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การนวด การสัมผัสบำบัด จินตภาพ ดนตรีบำบัด และดุลยภาพบำบัด เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การฝังเข็ม การจัดกระดูก เบี่ยงเบนความสนใจ สมาธิ การบริหารกาย-จิต การประคบร้อน-เย็น กายอุปกรณ์เสริม การพักผ่อน การปรับเปลี่ยนท่า กายภาพบำบัด กายภาพบำบัดร่วมกับใช้ยา และการใช้กายอุปกรณ์เสริม เช่น เสื้อพยุงหลัง อุปกรณ์ประคองเข่า เป็นต้น

การที่ผู้ป่วยจะเลือกวิธีการจัดการความปวดวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยส่งเสริม และอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการเลือกกว่าสิ่งที่จะเลือกนั้นดีเหมาะสม และสามารถบรรเทาปวดได้มากน้อยเพียงใดและขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ คือ 1) องค์ประกอบด้านบุคคล เป็นปัจจัยพื้นฐาน ส่วนบุคคลที่กล่าวถึง ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ความรู้ และประสบการณ์การจัดการความปวด อายุที่มากขึ้นมีการเรียนรู้ต่อประสบการณ์ในการจัดการความปวด และมีการปรับตัวอยู่เสมอ อายุที่ต่างกันจะมีผลต่อการเลือกวิธีการจัดการกับความปวด ที่แตกต่างกัน มีรายงานว่า เพศหญิงมีรายงานความปวดมากกว่าเพศชาย ซึ่งเพศชายมักจะใช้ความรู้สึกลงในการเผชิญความปวด ส่วนเพศหญิงจะใช้อารมณ์ในการเผชิญความปวด (Berkley, 1997) ดังนั้นเพศชายจึงมีการรับรู้ ความปวดมากกว่าเพศหญิง และอาจทำให้ความปวดเป็นเรื่องที่รบกวนน้อยกว่า ทำให้การแสวงหาวิธีปฏิบัติจึงน้อยกว่า 2) องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความปวด ความปลอดภัยในการเลือกใช้วิธีการลดปวด การขาดความพร้อมของร่างกาย และการไร้ความสามารถหรือพิการ เป็นต้น และ 3) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัย ด้านโครงสร้างภายนอก ได้แก่ ข้อจำกัดด้านเวลา การสนับสนุนของครอบครัว บุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวด ประสบการณ์การจัดการความปวด ความสะดวกในการเดินทางถึงแหล่งบริการสุขภาพ ปฏิบัติได้ง่ายและปฏิบัติได้เอง ค่าใช้จ่ายน้อย และมีความปลอดภัย (Dodd, 2001) นอกจากนี้ยังมีวิธีการในการจัดการความปวดเรื้อรังบางวิธีที่ผู้ป่วยเลิกใช้ เนื่องจากมีอุปสรรค ต่าง ๆ เช่น กลัวผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ไม่มีแหล่งบริการ หรือไม่สามารถลดปวดได้ เป็นต้น ซึ่งจากสาเหตุที่กล่าวมานั้นมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวดของผู้ป่วย (Bennett & Lengacher, 1999)

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความปวดและการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมกระดูกและแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 100 คน โดยการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ 2548

### นิยามศัพท์

*ความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ* หมายถึง ประสบการณ์ความปวดที่ผู้ป่วยแต่ละคนรับรู้ ประเมินและตอบสนอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือค่อย ๆ เกิดขึ้น ทีละน้อยอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลามากกว่า 6 เดือน ในด้านความรุนแรงของความปวด คุณลักษณะของความปวด และระดับความรุนแรงของผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิต โดยครอบคลุมทั้ง 6 มิติ จากกรอบแนวคิดของ แมกกาย (Mc Guire, 1984 as cited in Petpichetchian, 2001) ได้แก่ 1) มิติด้านสรีระ ครอบคลุมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุทางกายภาพ ชีวภาพและเคมีที่ก่อให้เกิดความปวด 2) มิติด้านความรู้สึกรวมถึงลักษณะที่ปวดและความ รุนแรงของความปวด 3) มิติด้านอารมณ์ ซึ่งมักเป็นอารมณ์ทางลบ เช่น วิตกกังวล 4) มิติด้านความคิด เป็นการให้ความหมายของความปวดตามข้อมูลในอดีต 5) มิติด้านพฤติกรรม ได้แก่ การส่งเสียงร้อง ตัวงอ หรือพฤติกรรมการลดปวด และ 6) มิติด้านสังคมและวัฒนธรรม เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ศาสนา ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งมิติด้านสรีระ เป็นการวัดตัวแปรทางด้านสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวดและมิติอื่น ๆ วัดได้โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดมาตรฐาน (Brief Pain Inventory: BPI-short form) โดยมีผู้พัฒนาขึ้น คือ Pain Research Group, University of Wisconsin Medical School, Madison ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย เพชร พิเชฐเชียร (Petpichetchian, 2001)

*การจัดการกับความปวดเรื้อรัง* หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยปฏิบัติในภาพรวมเพื่อจัดการกับอาการปวดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน อาจเป็นวิธีการใช้ยาหรือไม่ใช้ยาก็ได้ ซึ่งวิธีการจัดการความปวดที่ไม่ใช่ยา สามารถวัดได้โดยการนำแบบประเมินการปฏิบัติในการบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งของกมลรัตน์ (2547) มาปรับใช้และผู้วิจัยปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมในส่วนของ การ



จัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยถ่ายถอดประสบการณ์ในการจัดการกับอาการปวดเรื้อรังเหล่านั้น

*ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการจัดการความปวดเรื้อรัง* หมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการลดปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ตามกรอบแนวคิดของดอดด์ (Dodd, 2001) คือ องค์ประกอบส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ ประสบการณ์การจัดการความปวด ความสะดวกในการเดินทางถึงแหล่งบริการสุขภาพ ความปลอดภัย ค่าใช้จ่าย และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวที่มีความเชื่อว่าวิธีที่เลือกสามารถจัดการความปวดได้ ปฏิบัติได้ง่ายและปฏิบัติได้เอง วัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยปรับจากแบบประเมินเหตุผลของการเลือกปฏิบัติหรือไม่เลือกปฏิบัติการบรรเทาปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งของกมลรัตน์ (2547) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

#### *ความสำคัญของการวิจัย*

1. เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งที่ผู้ป่วยเลือกใช้บ่อย
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่จากมะเร็ง จะช่วยให้การบรรเทาความปวด มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. เพื่อเป็นแนวทางของทางเลือกในการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง และผู้ป่วยที่มีความปวดจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยขั้นต่อไปในการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง หรือ โรคเรื้อรังอื่น ๆ