นิพนธ์ต้นฉบับ

ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง@

อมรพันธุ์ ธานีรัตน์[1]
วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร[2]
นิยา สออารีย์[3]

Pain and pain management of patients with chronic non-cancer pain from musculoskeletal disorders

Taneerat A, Petpichetchian W, Soaree N.
Department of Nursing, Maharaj Hospital, Muang, Nakhon-Sri-Thammarat, 80000, Thailand
Department of Surgical Nursing, Department of Medical Nursing,
Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand
Songkla Med J 2008;26(1):25-36

Abstract:

This survey research was to investigate pain experience and pain management of patients with chronic non-cancer pain from musculoskeletal disorders. One hundred adult subjects were purposively selected from orthopedic and physio-medical rehabilitation clinics at one hospital in Nakhon-Sri-Thammarat province. Three instruments were included: Demographic Data Questionnaire, Brief Pain Inventory (BPI), and Barriers and Facilitating Factors on Pain Relief Management Questionnaire.

@วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2549
[1]พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000
[2]Ph.D., RN., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ [3]พย.ม., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112
รับต้นฉบับวันที่ 31 สิงหาคม 2549 รับลงตีพิมพ์วันที่ 19 กันยายน 2550

The most common diagnosis was back pain (60%). The results revealed that pain levels in the previous week varied from 2.89 to 6.27 (range=0-10). The qualities of pain subjects reported were nociceptive pain (60%). Factors maximizing pain intensity reported by 80% of the subjects were inappropriate postures and positions, whereas 72% of them reported that the factor reducing pain intensity was lying down. Most subjects reported pain impact on the behavioral dimension. Non-pharmacological pain management was used for managing mild to severe pain, whereas pharmacological pain management was used for managing moderate to severe pain. Factors contributing to the selection of pain relief practices were being able to do by oneself, ease, and successful experience. Reasons for stopping some methods were doctor's recommendation, perceived lack of safety and fear of side effects, and inability to relieve pain.

The findings of this study provide health care providers, especially nurses, with an understanding of the nature of chronic non-cancer pain in patients with musculoskeletal disorders and their pain relief practices.

Key words: *chronic non cancer pain, musculoskeletal disorders, pain management, influencing factors*

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความปวดและการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกและแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2548 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงและผลกระทบต่อมิติต่าง ๆ ของร่างกาย แบบสอบถามการจัดการความปวดเรื้อรัง แบบสอบถามปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการจัดการความปวด

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่มอาการปวดหลังร้อยละ 60 คะแนนความรุนแรงของความปวดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาอยู่ในช่วง 2.89-6.27 ลักษณะความปวดที่ผู้ป่วยรายงานมากที่สุดคือ ความปวดแบบนอซิเซพทีพ ปัจจัยที่ทำให้ความรุนแรงความปวดเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ อิริยาบถที่ไม่เหมาะสม (ก้มตัวหยิบของ เอี้ยวตัว นั่ง ยืน และเดินนาน ๆ) ร้อยละ 80 ส่วนปัจจัยที่ทำให้ความปวดทุเลาลงคือ การนอนพักร้อยละ 72 ความปวดเรื้อรังมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในมิติด้านพฤติกรรมมากที่สุด วิธีการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มาก เพื่อจัดการความปวดระดับเล็กน้อยถึงมาก ในขณะที่การจัดการความปวดโดยการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เมื่อระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง ส่วนปัจจัยส่งเสริมในการเลือกวิธีการจัดการความปวดคือ ปฏิบัติได้เองและปฏิบัติได้ง่าย และประสบความสำเร็จในการลดปวด กลุ่มตัวอย่างเลิกใช้วิธีการจัดการความปวดบางวิธี เนื่องจากแพทย์แนะนำให้เลิกใช้ รับรู้ว่าไม่มีความปลอดภัย กลัวผลข้างเคียง และไม่สามารถลดปวดได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจธรรมชาติของความปวดเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยเฉพาะวิธีการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยเลือกใช้

คำสำคัญ: *ความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง, การจัดการความปวดเรื้อรัง, ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการจัดการความปวด*

บทนำ

ความปวดเรื้อรังเป็นประสบการณ์ที่ซับซ้อน[1] และหลากหลายมิติ[2] ประกอบด้วย มิติทางด้านสรีระ (physiological) มิติด้านความรู้สึก (sensory) มิติด้านอารมณ์ (affective) มิติด้านความคิด (cognitive) และมิติด้านพฤติกรรม (behavioral) ความปวดเรื้อรังเป็นความปวดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลานานกว่า 6 เดือน[3-4]

ความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นปัญหาที่สำคัญของสุขภาพ มีการสูญเสียด้านเศรษฐกิจสูงมาก[5-7] และเป็นสาเหตุที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ จากสถิติผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งที่มาพบแพทย์ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากเดิมในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 1,700 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 3,849 รายในปี พ.ศ. 2547[8] และอุบัติการณ์พบได้ในทุกช่วงอายุ แต่พบมากในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อมีอุบัติการณ์สูง ผู้ป่วยย่อมต้องการความเข้าใจในการประเมินความปวด การรักษาตั้งแต่เริ่มต้นและการรักษาอย่างต่อเนื่อง[9]

ผลกระทบของความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและความวิตกกังวล[10] ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านลบ ทำให้ระดับความทนต่อความปวด (pain threshold) ลดลง ส่งผลย้อนกลับให้เกิดอาการปวดมากขึ้น การจัดการความปวดยากขึ้นและมีความเรื้อรังเพิ่มขึ้น[9] นอกจากนี้อาการปวดเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้จะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตโดยทั่วไปและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ มีผลให้ต้องหยุดทำงานชั่วคราว ครอบครัวต้องขาดรายได้ อีกทั้งต้องเสียเวลาในการรักษาและเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น บั่นทอนต่อสุขภาพและฐานะทางสังคมอีกด้วย

ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งจะต้องมีชีวิตอยู่กับความปวดเป็นเวลานาน จึงมักแสวงหาการจัดการความปวดเรื้อรังด้วยตนเอง ซึ่งมีหลากหลายวิธีรูปแบบแตกต่างกันไปทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวด หากมีการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสม อาการปวดเรื้อรังก็จะยังคงอยู่ หรือกลับเป็นซ้ำได้[11] การจัดการความปวดโดยการใช้ยาอย่างเดียว จึงไม่ใช่ทางออกของโรคนี้ แต่มีอีกแนวทางหนึ่งที่นำมาใช้กันมากในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อลดอาการปวดเรื้อรัง คือ การใช้วิธีการบำบัดแบบร่วมรักษา โดยการใช้ยาแก้ปวดร่วมกับวิธีอื่น ๆ ด้วย เช่น การนวด การใช้ความร้อน หรือการฝังเข็ม เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับความเสื่อมของโรคใดโรคหนึ่ง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมให้เห็นในภาพของการจัดการกับความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรคหรืออาการอื่น ๆ และในการศึกษาเรื่องดังกล่าวในเชิงปริมาณ ผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษามาก่อน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการสำรวจอาการปวดและการจัดการความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยศึกษาความปวดและประสบการณ์ การจัดการอาการปวดเหล่านั้นที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติด้วยตนเองและสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการความปวดในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เหมาะสมกับความต้องการ และให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง
2. การจัดการความปวดเรื้อรังด้วยตนเองและครอบครัวทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา
3. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการจัดการกับความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง

นิยามศัพท์

ความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ หมายถึง ประสบการณ์ความปวดที่ผู้ป่วยแต่ละคนรับรู้ ประเมินและตอบสนอง ระยะเวลามากกว่า 6 เดือน ในด้านความรุนแรงของความปวด คุณลักษณะของความปวดและระดับผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิต โดยครอบคลุมทั้ง 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านสรีระ มิติด้านความรู้สึก มิติด้านอารมณ์ มิติด้านความคิด มิติด้านพฤติกรรม และมิติด้านสังคมวัฒนธรรม จากกรอบแนวคิดของแมกกาย (McGuire as cited in Petpichetchian)[2]

การจัดการกับความปวดเรื้อรัง หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยปฏิบัติในภาพรวมเพื่อจัดการกับอาการปวดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง อาจเป็นวิธีการใช้ยาหรือไม่ใช้ยาก็ได้

ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการจัดการความปวดเรื้อรัง หมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการลดปวดของผู้ป่วยที่มี

อาการปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งตามกรอบแนวคิดของ Dodd[12] คือ องค์ประกอบส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ ประสบการณ์การจัดการความปวด ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ความปลอดภัย ค่าใช้จ่าย และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาความปวดและการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรมกระดูกและแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 100 ราย มีการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2548 โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วยนอกที่มีความปวดเรื้อรัง ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางสาขาออร์โธปิดิคส์และเวชศาสตร์-ฟื้นฟูว่าเป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งที่มีอาการปวดนานเกิน 6 เดือน

2. ผู้ป่วยนอกที่มีความปวดเรื้อรังในระบบกระดูก และกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดอาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้

3. ไม่มีโรคประจำตัวอื่นที่กำลังมีอาการปวด

4. การได้ยินเสียงดี สามารถพูด อ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทย โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด

5. ยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นข้อมูลทั่วไป และอาการปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของผู้ป่วยและส่วนหลังเป็นส่วนที่ผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ใช้ในการประเมินประสบการณ์ความปวด ซึ่งครอบคลุมทั้ง 6 มิติ โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดมาตรฐาน (Brief Pain Inventory: BPI-short form) แปลเป็นภาษาไทยโดย วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร[2]

สำหรับคะแนนความปวดและคะแนนผลกระทบต่อชีวิตประจำวันที่ได้ ผู้วิจัยได้นำมาแบ่งเป็นระดับโดยปรับใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความปวดของ Serlin และคณะ[13] มาประยุกต์ใช้แปลความหมายของระดับความปวดและผลกระทบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ปรับจากแบบประเมินการปฏิบัติในการบรรเทาปวด โดยวิธีไม่ใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็ง ของกมลรัตน์ ดินกามิน[14] และผู้วิจัยปรับเพิ่มเติมในส่วนของวิธีการใช้ยา การแปลผลคะแนนแยกแปลตามวิธีการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา และวิธีการไม่ใช้ยา

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคในการจัดการความปวด ผู้วิจัยสร้างคำถามโดยปรับจากแบบประเมินเหตุผลของการเลือกปฏิบัติหรือไม่เลือกปฏิบัติการบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาในผู้ป่วยมะเร็งของกมลรัตน์ ดินกามิน[14] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการความปวดของ Dodd[12] ตามองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังที่กล่าวมาแล้ว จำนวนข้อคำถามรวม 22 ข้อ และมีช่องอื่น ๆ ไว้ให้ ในกรณีที่มีปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากที่นำเสนอในแบบสอบคำถาม

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดสอบความตรงในเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยเครื่องมือประเมินความปวดมาตรฐาน (BPI-short form) ได้ผ่านการทดสอบคุณภาพกับผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยมธุรส ณัฏฐารมณ์[15] มีค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.82 ส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 3 การจัดการความปวดเรื้อรัง และแบบสอบถามส่วนที่ 4 ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดได้ปรับมาจากแบบสอบถามของกมลรัตน์ ดินกามิน[14] ผ่านการหาค่าความเที่ยงในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากมะเร็ง โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.72 ตรวจสอบความเหมาะสมในการนำไปใช้ของเครื่องมือส่วนที่ 3 การจัดการความปวดโดยการทดสอบด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาด้วยตนเอง ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. ขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำเครื่องมือไปทดลองใช้โดยขอรับหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการเพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความปวดของกลุ่มตัวอย่างตามที่เกณฑ์กำหนด และปฏิบัติตามแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัย

4. เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์แบบบรรยาย

ผลการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61 อยู่ในวัยผู้ใหญ่มากที่สุด ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และประกอบอาชีพรับราชการ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,001 บาท มากกว่าครึ่งหนึ่งสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากต้นสังกัด ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 57 ค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานจนถึงอ้วน (BMI>25.0) ร้อยละ 54 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่มปวดหลัง ร้อยละ 60 โรคที่พบมาก ได้แก่ หมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท ร้อยละ 57 บริเวณที่ปวดมากที่สุด ได้แก่ หลังส่วนล่าง ร้อยละ 21 ระดับความรุนแรงของความปวดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาอยู่ในช่วง 2.89-6.27 ค่าคะแนนความปวดเฉลี่ย 4.63 ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดมากที่สุด 6.27 ปัจจัยที่ทำให้ความรุนแรงความปวดเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ อิริยาบถที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 80 ปัจจัยที่ทำให้ความปวดทุเลาลงคือ การนอนพัก ร้อยละ 72

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จำแนกตามการวินิจฉัยโรคและลักษณะของความปวด (n=100 ราย)

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 = ลักษณะของความปวด

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนผลกระทบของความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่มีต่อการดำเนินชีวิต (n=100)

ผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิต	$\bar{X}$	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

ลักษณะความปวดที่กลุ่มตัวอย่างรายงานมากที่สุด คือ ปวดแบบนอซิเซพทีพ ร้อยละ 60 ซึ่งมีอาการปวดตื้อ ๆ ลึก ๆ มากที่สุด พบในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง โรคข้อเข่าเสื่อมและโรคกล้ามเนื้อและพังผืดอักเสบ (ตารางที่ 1)

ผลกระทบของความปวดเรื้อรังต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างพบมากที่สุดในมิติด้านพฤติกรรม ระดับคะแนนเฉลี่ย 4.68 ซึ่งมีผลกระทบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=4.68, SD=2.03, Min=1, Max=9) รองลงมาคือ มิติด้านอารมณ์ มีผลกระทบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=4.19, SD=2.33, Min=0, Max=9) ในขณะที่ความปวดส่งผลกระทบต่อมิติด้านสังคมวัฒนธรรมในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}$=2.64, SD=2.28, Min=0, Max=9) และส่งผลกระทบต่อมิติทางด้านความคิดในระดับเล็กน้อยเช่นกัน ($\bar{X}$=2.61, SD=2.03, Min=0, Max=10) (ตารางที่ 2)

กลุ่มตัวอย่างเลือกการจัดการความปวดเรื้อรังทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยเลือกวิธีไม่ใช้ยาเป็นส่วนใหญ่ เลือกใช้เมื่อระดับความปวดเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยพบว่าระดับการปฏิบัติในแต่ละวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด 4 อันดับแรก เรียงตามลำดับการปฏิบัติมากน้อย ดังนี้ 1) การนอนพัก เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97 มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ($\bar{X}$=2.17, SD=0.81, Mo=2) คะแนนความปวดเฉลี่ย 8.67 2) การประคบร้อน เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้รองลงมา คิดเป็นร้อยละ 81 ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ($\bar{X}$=2.07, SD=1.16, Mo =3) คะแนนความปวดเฉลี่ย 5.54 3) การบีบนวด กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ร้อยละ 76 ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ($\bar{X}$=1.72, SD=1.14, Mo=2) คะแนนความปวดเฉลี่ย 4.43 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเลือกการจัดการความปวดโดยการใช้ยาร้อยละ 80 เมื่อระดับความปวดน้อยถึงมาก คะแนนความปวดเฉลี่ย 6.28 มีการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ($\bar{X}$=1.61, SD=1.14, Mo=3) (ตารางที่ 3 และ 4)

ตารางที่ 3 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และฐานนิยมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติของวิธีการจัดการความปวด เรียงตามค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติจากมากไปน้อย (เลือกได้มากกว่า 1 วิธี)

การปฏิบัติในการจัดการความปวด	ระดับการปฏิบัติ				$\bar{X}$	SD	Mode
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	ไม่ปฏิบัติ (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. การบีบนวด	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

ตารางที่ 4 จำนวน ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและฐานนิยมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความปวดก่อนการใช้การจัดการความปวดแต่ละวิธี เรียงตามลำดับที่ใช้บ่อย (เลือกได้มากกว่า 1 วิธี)

การปฏิบัติในการจัดการความปวด	ระดับความปวดก่อนการใช้วิธีการจัดการความปวด			$\bar{X}$	SD	Mode
	มาก (7-10)	ปานกลาง (5-6)	น้อย (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. การบีบนวด	25	33	15	4.43	3.20	6
5. การใช้ยาสมุนไพร	18	17	16	2.28	2.91	8

ปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคในการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่งเสริมในการเลือกวิธีการจัดการความปวดเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา 4 วิธีดังกล่าวข้างต้น เมื่อจำแนกตามด้านขององค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวด พบว่าปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบด้านบุคคลที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุด ได้แก่ เป็นวิธีการจัดการความปวดที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง รองลงมาคือ สามารถปฏิบัติได้ง่าย ร้อยละ 90 เคยใช้วิธีนี้แล้วสามารถลดปวดได้ร้อยละ 85 สำหรับปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความปลอดภัยในการเลือกใช้ร้อยละ 80 รองลงมาคือ ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการ ร้อยละ 50 นอกจากนี้ปัจจัยส่งเสริมที่เป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่พบมากที่สุด ได้แก่ เป็นวิธีที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย ร้อยละ 75 รองลงมาคือ บุคลากรทางการแพทย์แนะนำร้อยละ 70 และเชื่อว่าสามารถลดปวดได้ร้อยละ 66 (ตารางที่ 5)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) แพทย์แนะนำให้เลิกใช้ร้อยละ 81 2) ใช้แล้วไม่สามารถลดปวดได้ ร้อยละ 71 3) รับรู้ว่าไม่ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงสูง ร้อยละ 66 4) ไม่มีแหล่งบริการในชุมชน ร้อยละ 56 5) ค่าใช้จ่ายสูง คิดเป็นร้อยละ 55 เมื่อจำแนกปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดตามวิธีการจัดการความปวดที่กลุ่มตัวอย่างเลิกใช้แล้วมี 3 วิธี ดังนี้ 1) วิธีการดัดดึงกระดูก 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 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้านขององค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดเรื้อรังโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา (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	
อันดับ 1 มีความปลอดภัยในการเลือกใช้	80.0
อันดับ 2 สะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการ	50.0
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	75.0
อันดับ 1 ค่าใช้จ่ายน้อย	70.0
อันดับ 2 บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ	66.0
อันดับ 3 ปฏิบัติสืบทอดมานาน	61.0

ตารางที่ 6 แสดง จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวดเรื้อรังตามรายด้านขององค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการจัดการความปวด (n=100)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการความปวด	ร้อยละ
อุปสรรคด้านบุคคล	
ปฏิบัติแล้วไม่สามารถลดปวดได้	71.0
ทำให้อาการปวดรุนแรงขึ้น	59.0
ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้	54.0
องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย	
ไม่ปลอดภัยและผลข้างเคียงสูง	66.0
ไม่ทันสมัย	52.0
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม	
แพทย์แนะนำให้เลิกใช้	81.0
ไม่มีแหล่งบริการในชุมชน	66.0
ค่าใช้จ่ายสูง	55.0
ขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว	54.0

วิจารณ์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61 มีอายุอยู่ระหว่าง 18-78 ปี อุบัติการณ์ของความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งพบได้ในทุกช่วงอายุ พบมากในวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานถึงร้อยละ 52 และวัยสูงอายุร้อยละ 48 สาเหตุของอาการปวดในกลุ่มนี้มาจากการใช้แรงงานอาชีพ เช่น อาชีพรับราชการ การนั่งพิมพ์คอมพิวเตอร์หรือยืนสอนนักเรียนนาน ๆ ซ้ำกันทุกวัน อาชีพรับจ้างและเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เกิดภาวะเสื่อมจากการใช้งานมากเกินไป หรือการเดินขึ้น-ลงบันไดบ่อย ๆ อาการปวดหลังเรื้อรังที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากการใช้อิริยาบถและท่าทางที่ไม่ถูกต้อง[16] (poor posture) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวดเรื้อรังได้บ่อยที่สุด

กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีกิจกรรมในการยกของหนัก เดินขึ้น-ลงบันไดบ่อย ๆ ร้อยละ 18 และการก้ม ๆ เงย ๆ ร้อยละ 11 กิจกรรมในการยกของหนัก เดินขึ้น-ลงบันไดบ่อย ๆ รวมถึงการหมุนหรือบิดของลำตัว หลังและเอว ที่มากเกินไป หรือเยื่อหุ้มกระดูกได้รับแรงมากระทำมากขึ้น ทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรังที่เกิดจากการทำงานได้[18] ส่วนประวัติการเจ็บป่วยจะพบโรคในกลุ่มปวดหลังมากที่สุด ร้อยละ 60 ได้แก่ โรคหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท (HNP) ร้อยละ 27 กลุ่มโรคปวดหลังส่วนล่าง (LBP) ร้อยละ 16 และอื่น ๆ ร้อยละ 17 รองลงมาคือ กลุ่มโรคข้อเสื่อม (osteoarthritis: OA) ร้อยละ 19 และกลุ่มโรคความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue rheumatism) ร้อยละ 19 ได้แก่ กลุ่มอาการกล้ามเนื้อและพังผืดตึงรั้ง (MPS) และเอ็นอักเสบ (tendonitis) โรคเหล่านี้จะพบมากในกลุ่มที่มีลักษณะการใช้งานของอวัยวะต่าง ๆ เกินกำลัง (overuse) เช่น ยกของหรือเคลื่อนย้ายของที่มีน้ำหนักมากกว่า 25 ปอนด์หรือประมาณ 11.34 กิโลกรัม[19] ลักษณะงานที่ทำซ้ำ ๆ กัน คือ การเคลื่อนย้าย ยก พยุง ผู้ป่วยหรือลักษณะงานที่มีความเครียดจะทำให้ปวดหลังมาก[20] ซึ่งตรงกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยทำงานถึงร้อยละ 52 นอกจากนี้ผู้สูงอายุเพศหญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนจะมีภาวะกระดูกพรุน ทำให้เกิดการยุบตัวของกระดูกสันหลังและเกิดโรคดังกล่าวตามมา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธถึงร้อยละ 97 และอยู่ในวัยสูงอายุ จะประกอบกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนาที่ต้องใช้ข้อหรืออวัยวะส่วนนั้นมาก ๆ เช่น การนั่งยอง ๆ และการนั่งพับเพียบนาน และบ่อย ๆ เมื่อไปทำบุญที่วัด รวมทั้งภาวะเสื่อมของข้อต่าง ๆ ในวัยสูงอายุ (degenerative joints) ก่อให้เกิดอาการปวดหลังและปวดข้อจากสาเหตุความเสื่อมตามวัยขึ้น

บริเวณปวดที่พบบ่อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง คือ บริเวณหลังส่วนล่าง ร้อยละ 21 โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งปวดมากกว่า 1 ตำแหน่งถึงร้อยละ 69 โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีรูปร่างอ้วน มีหน้าท้องยื่น ทำให้ดุลยภาพของโครงสร้างของร่างกายเสียไป[21] กระดูกสันหลังแอ่น มีผลให้แนวของกระดูกสันหลัง ส่วนบั้นเอวและกระเบนเหน็บ (lumbosacral) เสียสมดุลไปด้วย ทำให้เกิดการดึงรั้งของกล้ามเนื้อและพังผืด และเกิดปัญหาปวดหลังได้มากที่สุด[22] โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้มากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 54 มีน้ำหนักตัวสูงกว่ามาตรฐาน (BMI>25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)

ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง ส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการปวดแบบไม่รุนแรง[23] ความปวดอยู่ในระดับปวดปานกลางถึงรุนแรง ปัจจัยที่ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น คือ การเดินขึ้น-ลงบันได ก้ม ๆเงย ๆ การยกของหนัก ทำงานหนัก อากาศหนาว และความเครียด ส่วนปัจจัยที่ทำให้ความปวดทุเลาลง ได้แก่ การนอนพัก การเปลี่ยนอิริยาบถและการประคบร้อน และเมื่อมีการหยุด หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านั้น

ลักษณะความปวดที่พบจะเป็นแบบนอซิเซพทีพ (nociceptive pain) เป็นอาการปวดตื้อ ๆ ปวดลึก ๆ (deep dull pain) ซึ่งจะพบบ่อยในกลุ่มอาการโรคปวดหลัง (back pain) และกลุ่มโรคข้อเสื่อม นอกจากนี้ยังพบลักษณะความปวดแบบ neuropathic pain คือ ปวดแบบปวดชา หรือปวดแบบแปลบบริเวณสะโพก หน้าขา (sciatica pain) พบในโรคหมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท และอาการปวดแบบ mixed pain จะมีอาการปวดหลายอย่างรวมกัน เช่น ปวดร้าว (referred pain) ร่วมกับปวดเมื่อย (aching pain) จากลักษณะความปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อแตกต่างกัน อาจเกิดจากความปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค การรับรู้ ความคิด การให้ความหมายกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และภาวะจิตใจของแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัว ซึ่งอยู่ภายใต้วัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น[25]

ผลกระทบของความปวดเรื้อรังต่อการดำเนินชีวิต มีผลกระทบมากในมิตินี้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสดงออกของความปวด ได้แก่ การทำกิจกรรมทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง[26] และพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงการปรับตัวต่อความปวด

จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการความปวดทั้งวิธีการที่ใช้ยา และไม่ใช้ยา นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวดที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางมิติด้านความคิดและมิติด้านสังคมวัฒนธรรมบางรายที่มีอาการปวดมานานถึง 30 ปี จะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายตนเองและการรักษา มักรับรู้ว่าตนเองไม่มีโอกาสหายขาดมีความทุกข์ทรมานจึงเกิดอาการซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด[27] ยิ่งระยะเวลาเจ็บป่วยนาน ทำให้รู้สึกวิตกกังวล และท้อแท้ สูญเสียความสามารถในการควบคุมสภาพทางร่างกายและภาพลักษณ์ของตน นั่นหมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับด้านร่างกาย[28]

วิธีการจัดการความปวดเรื้อรังที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด ได้แก่ การนอนพักจะทำให้อาการปวดทุเลาลง[15, 29-30] ในขณะที่ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจะลดการเคลื่อนไหวส่วนที่ปวด การปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยยับยั้งการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กไม่ให้ส่งสัญญาณความปวดจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ปวด[31] นอกจากนี้การประคบร้อนจะมีผลให้หลอดเลือดขยายตัว มีการไหลเวียนโลหิต และการถ่ายเทกรดแลคติกจากกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น[32] ส่วนการบีบนวด (massage) ผู้ป่วยจะทำให้รู้สึกสบายตัว คลายปวดเมื่อยถ้านวดติดต่อกันจุดกดเจ็บจะหายไปและพักหลับได้ดี กลุ่มตัวอย่างโรคข้อเสื่อมบอกว่าอาการปวดลึก ๆ ในข้อทุเลาลง สามารถยืดเข่าได้มากขึ้น[33-35] ช่วยลดฮอร์โมนที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลและความเครียด ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลายมากขึ้น[36] และส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาล[37] และอาการรับรู้ถึงผลในการรักษา คือ หายปวด และสามารถบรรเทาอาการปวดได้[38] นอกจากการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังเลือกวิธีที่ใช้ยาเพื่อความรุนแรงของความปวดปานกลางด้วย ผู้ป่วยสูงอายุเลือกใช้ยาสมุนไพรเนื่องจากเมื่อมีอาการปวด มีความเชื่อดั้งเดิมหาได้ง่ายในชุมชน และเสียค่าใช้จ่ายน้อย[39]

การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งของกลุ่มตัวอย่างมีหลากหลายรูปแบบแตกต่างกัน บุคคลใดจะเลือกวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการจัดการความปวด ปัจจัยส่งเสริมที่เป็นองค์ประกอบด้านบุคคล ได้แก่ สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและปฏิบัติได้ง่าย โดยเฉพาะวิธีการที่ไม่ใช่ยาสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน เช่น การนอนพัก การประคบร้อน การนวดตนเองด้วยอุปกรณ์ช่วยนวด วิธีการรักษาเป็นแบบภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของคนไทยและเป็นการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีรูปแบบการจัดการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถเข้าใจได้ง่าย ที่อิงหลักธรรมชาติเรียบง่าย[40] ซึ่งบุคคลจะมีพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยตนเองตามสาเหตุของความเจ็บป่วย โดยเรียนรู้และพึ่งพาตนเองก่อนเสมอ แล้วจึงแสวงหาการรักษาจากแหล่งอื่น[41-42] ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านประสบการณ์ในการจัดการความปวดย่อมเกิดกระบวนการเรียนรู้ มีทักษะที่เกิดจากการปฏิบัติ เมื่อมีความปวดครั้งต่อไปก็จะเลือกการจัดการความปวดแบบเดิมอีกเป็นอันดับแรก การปฏิบัติวิธีการจัดการความปวดวิธีใดแล้วได้ผลในการบรรเทาความปวดก็เป็นปัจจัยส่งเสริมสำคัญปัจจัยหนึ่งให้กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติในวิธีการในการจัดการความปวดต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้วในครั้งต่อไป[38, 42-43] นอกจากนี้ความเชื่อว่าวิธีที่เลือกมานั้นสามารถลดปวดได้ เป็นความตั้งใจของบุคคลที่พร้อมจะกระทำสิ่งต่าง ๆ ที่จะตอบสนองต่อสิ่งที่ตนเชื่อและเลือกไว้[44] เช่น เชื่อว่าการนอนพัก การประคบร้อนและการนวดสามารถลดปวดได้ ปัจจัยส่งเสริมที่เป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้น กลุ่มตัวอย่างคำนึงถึงความปลอดภัยในการเลือกวิธีที่ใช้แล้วปลอดภัยเป็นอันดับสำคัญ เนื่องจากความปลอดภัยในชีวิตเป็นความต้องการพื้นฐานสำคัญขั้นที่ 2 ที่มนุษย์ต้องการ[45] เนื่องจากการจัดการความปวดทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา มีผลในการลดปวดทั้งองค์รวม คือ ร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าวิธีการจัดการความปวดวิธีใดมีความปลอดภัยสูงก็จะเลือกวิธีนั้น และการที่มีความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการได้ง่าย ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการนั้นมากขึ้น[46-47] ส่วนปัจจัยส่งเสริมที่เป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการจัดการความปวดคือ ค่าใช้จ่ายน้อย เนื่องจากความปวดเรื้อรังมีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ต้องใช้เวลานานในการรักษาและมักไม่หายขาด ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเนื่องจากยา และอุปกรณ์ในการรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบันมีราคาสูง[48] ดังนั้นการจัดการความปวดที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยหรือไม่มีค่าใช้จ่าย จึงมีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีการจัดการความปวด โดยการเลือกใช้อุปกรณ์ที่หาได้ในชุมชนหรือภายในครัวเรือนเอง เช่น สมุนไพรบางชนิดหรืออุปกรณ์พื้นบ้านที่ใช้ในการลดปวด[38] อาจกล่าวได้ว่าอัตราค่ารักษาพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ[46] นอกจากนี้การส่งเสริมหรือสนับสนุนของบุคลากรในทีมสุขภาพ ได้แก่ พยาบาล แพทย์ และนักกายภาพบำบัด เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่มีส่วนร่วมในการประเมินและเสนอว่าวิธีการจัดการความปวดวิธีใดที่มีผู้ปฏิบัติมาก่อนแล้วได้ผล และวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดจากสาเหตุต่าง ๆ ซึ่งคำแนะนำจากเครือข่ายทางสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ[46]

อุปสรรคของการจัดการความปวดเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านต่าง ๆ เช่นกัน ได้แก่ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลิกใช้วิธีการจัดการความปวดโดยการดัดดึงกระดูก เนื่องจากปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ให้เลิกใช้ ซึ่งสังคมไทยส่วนใหญ่จะมีความเชื่อถือและศรัทธาในผู้ที่มีความรู้และความสามารถ และเป็นบุคคลที่สังคมให้การยกย่องว่าเป็นผู้นำด้านสุขภาพ เมื่อแพทย์แนะนำให้เลิกใช้ กลุ่มตัวอย่างก็พร้อมที่จะปฏิบัติตาม เพราะแพทย์ยกกรณีตัวอย่างการเกิดผลแทรกซ้อนจากการทำโดยผู้ที่ไม่มีความชำนาญ จึงทำให้เกิดภาวะกระดูกแตกหรือเคลื่อนกดทับเส้นประสาท มีอาการปวดเสียวลงขา อาการชา และอาจเกิดกล้ามเนื้อฉีกขาดได้ ส่วนอุปสรรคการจัดการความปวดด้านองค์ประกอบด้านบุคคล กลุ่มตัวอย่างพบว่าการจัดการความปวดโดยวิธีการประคบเย็นไม่สามารถลดปวดได้ และยังกระตุ้นให้อาการปวดมากขึ้นด้วย เนื่องจากอาการปวดเรื้อรังที่เกิดจากกล้ามเนื้อหรือเนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยง มีการหดตัวของหลอดเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความเครียดเกิดขึ้น และมีการเผาผลาญของเซลล์แบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้มีการหลั่งกรดแลคติก ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอาการปวดเมื่อยล้า ถ้าใช้การประคบเย็นจะทำให้หลอดเลือดหดตัวเพิ่มขึ้น เกิดอาการปวดมากขึ้น จึงเลิกใช้การประคบเย็นในการจัดการความปวด นอกจากนี้อุปสรรคของการจัดการความปวดด้าน องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลิกใช้วิธีการจัดการความปวดโดยวิธีการฝังเข็ม เนื่องจากรับรู้ว่าไม่ปลอดภัยและมีผลข้างเคียงสูง อาจเกิดการติดเชื้อได้ ดังนั้นในการเลือกวิธีที่จะจัดการความปวดของผู้ป่วยนั้นจะต้องเป็นวิธีที่ดี กล่าวคือ สามารถบรรเทาความปวดได้ต้องมีความปลอดภัยสูงและไม่มีผลข้างเคียงหรือถ้ามีก็ต้องน้อยมาก ๆ แต่ถ้าวิธีใดที่นำมาปฏิบัติแล้วมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงสูงและไม่ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างจะไม่นำมาใช้ ซึ่งทั้งนี้การที่จะบรรเทาอาการปวดเรื้อรัง ที่เกิดจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อด้วยวิธีใดนั้นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการรักษา และต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับกลุ่มตัวอย่างด้วย

สรุป

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง เข้าใจผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น ว่าผู้ป่วยมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง การนั่ง ยืน และเดินนาน ๆ ทำให้ความปวดรุนแรงมากขึ้น การนอนพักจะทำให้รู้สึกดีขึ้น ความปวดส่งผลกระทบต่อมิติทางด้านพฤติกรรมมากที่สุด (เช่น การทำกิจกรรมทั่วไป การเดิน การทำงานบ้านฯ) กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการความปวดที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้เอง ปฏิบัติได้ง่าย เคยใช้แล้วได้ผลโดยวิธีที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การนอนพัก การประคบร้อน การบีบนวด การใช้ยาแก้ปวด และการบริหารกล้ามเนื้อ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มประชากรที่มาจากพื้นที่เดียวในภาคใต้ อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรในพื้นที่อื่นที่อาจมีวัฒนธรรมพื้นบ้านในการจัดการความปวดเรื้อรังในลักษณะแตกต่างกันออกไปได้ ควรมีการศึกษาซ้ำขยายไปยังประชากรในพื้นที่อื่น ๆ ด้วย บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญ และดูแลด้านการบริหารจัดการความปวดผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มากขึ้น เพราะยังพบว่าผู้ป่วยรายงานความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง รวมทั้งให้การสนับสนุนการนำวิธีการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยามาใช้ร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Unruh A. Review article: gender variations in clinical pain experience. J Pain Review 1996.
2. Petpichetchian W. The cancer pain experience in Thai patients: meaning of cancer pain, control over pain, pain coping and pain outcomes. Detroit: Wayne State University; 2001.
3. Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population: the results of a postal survey in a country of Sweden. Pain 1989;37:215-22.
4. Heye M, Reeves K. Pain Management. In: Linton A, Maebius N, editors. Medical-surgical nursing. Philadelphia: WB. Saunders; 2003;168-87.
5. สุดศิริ หิรัญชุณหะ. การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังในระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ: กลุ่มอาการ low back pain. ใน: อนงค์ ประสาธน์วนกิจ, ประณีต ส่งวัฒนา, บรรณาธิการ. การก้าวทันการปฏิบัติที่เป็นเลิศในการจัดการกับความปวดเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548; 61-4.
6. Fordyce W. Back pain in the workplace: management of disability in nonspecific conditions. Seattle: IASP Press; 1995.
7. Yelin E. Cost of musculoskeletal diseases: impact of work disability and functional decline. J Rheumatol Suppl 2003;68:8-11.

8. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารแผนกเวชระเบียน. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช; 2547.
9. สุดสบาย จุลกทัพพะ. Psychiatric disorder related with chronic pain. ใน: จุฑามณี สุทธิสีสังข์, บรรณาธิการ. Towards excellence in pain management. The 17th Annual Scientific Meeting Thai Association for the Study of Pain; 2006 May 4-6; Dusit Resort Pattaya, Chonburi. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2549;131-7.
10. Vlaeyen JWS. Fear in musculoskeletal pain. In: Dostrovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th world congress on pain: progress in pain research and management. IASP PRESS; 2002; 631-8.
11. Turk D. Are pain syndromes acute or chronic disease. Clin J Pain 2000;16:279-80.
12. Dodd M, Janson S, Facione N, Fawcett J, Froelicher E, Humphreys J. Avancing the science of symptom management. J Adv Nurs 2001;33:668-76.
13. Serlin R, Mendoza T, Nakamura Y, Edwards K, Cleeland C. When is cancer pain mild, moderate or severe? grading pain severity by its interference with function. Pain 1995; 61:277-84.
14. กมลรัตน์ ดินกามิน. การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีปฏิบัติ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
15. มธุรส ณัฏฐารมณ์. รูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่บ้าน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
16. Raspe H, Kohlmann T. Disorders characterised by pain: a methodological review of population surveys. J Epidemiol Community Health 1994;48:531-7.
17. วิภา งามสุทธิกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดข้อเข่าเสื่อมและคุณภาพชีวิต [วิทยานพินธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาการระบาด]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
18. McCarthy C, Cusnaghan J, Dieppe P. Osteoarthritis. In: Wall P, Melzack R, editors. Orthopaedic nursing. New York: Churchill Living Stone; 1994;388-96.
19. Macfarlane GL, Thomas E, Papageorgiou AC, Croft PR, Jayson MIV, Silman AJ. Employment and physical work activities as predictors of future low back pain. Spine 1997;22:1143-9.
20. สุวรรณี จรูงจิตรอารี, นวลอนงค์ ชัยปิยพร. การศึกษาความชุกของอาการปวดหลังในอาชีพพยาบาล. วารสารกายภาพบำบัด 2544;18:37-4.
21. ลลิตา สุวรรณกิตติ. 30 ชั่วโมงเพื่อป้องกันโรค. กรุงเทพฯ: ธรรมสารการพิมพ์; 2546.
22. อำนวย อุนนะนันทน์. เรื่องของกระดูกสันหลังที่ควรรู้. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2542.
23. มาริสา สุวรรณราช. ความปวด การจัดการความปวด และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
24. Jeans ME, Melzack R. Conceptual basis of nursing practice: theoretical foundation of pain. In: Watt-Watson SH, Donovan MI, editors. Pain management nursing perspective. St. Louis: Mosby; 1992.
25. Waddell G. Biopsychosocial analysis of low back pain. Clin Rheumatol 1992;6:523-7.
26. Luckmann J, Sorensen KC. Pain assessment and intervention. In: Black I, Jacobs E, editors. Medical-surgical nursing a physiologic approach. Philadelphia: Lippincott; 1987;1266-9.
27. สสิธร เทพตระการพร. โรคปวดหลังจากการทำงาน. สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม 2542;4:1-4.
28. ปราณี ลิมป์วรวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง [วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
29. ทวีพร เตชะรัตนมณี. ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้สุขภาวะของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
30. Dekker J, Boot B, Van der Woude LH, Bijlsm JWL. Pain and disability in osteoarthritis: a review of biobehavioral mechanisms. J Behav Med 1992;15:189-214.

31. Wright A, Sluka KA. Nonphamacological treatments of musculoskeletal pain. Clin J Pain 2001;17:33-46.
32. วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์. ผลของการนวดแผนไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
33. อุไร นิโรชนันท์. ผลของการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
34. Field T, Peck M, Scd Hernandez-Reif M, Krugman S, Burman I, et al. Postburn itching, pain, and psychological symptoms are reduced with massage therapy. J Burn Care Rehabil 2000;21:189-93.
35. อรสา กาฬรัตน์. ผลของการนวดแผนไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
36. ผกากรอง ตั้งสุชล. ประสบการณ์ของผู้สูงอายุในการบำบัดอาการปวดข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
37. พะยอม สุวรรณ. ผลของการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อ ข้อฝืดและความลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
38. เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, ภัทราพร ตั้งสุขฤทัย. การแพทย์แผนไทยกับการส่งเสริมสุขภาพ. หมออนามัย 2543;9:52-546.
39. กฤษณา นาดี. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีเป็นครั้งแรก [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
40. นงรัตน์ โมปลอด. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จังหวัดนครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
41. ศิริพร มงคลถาวรชัย. ความปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2540.
42. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev 1943;50:370-96.
43. กฤษณา นาดี, ปะคอง อินทรสมบัติ, สมจิต หนุเจริญกุล. พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีเป็นครั้งแรก. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 2542;3:27-43.
44. Bigos S, Battie M. Industrial low back pain. In: Wiesel S, Weinstein J, Herkowitz H, Dvorak J, Bell G, editors. The lumbar spine volume II. 2 nd ed. Philadelphia: WB. Saunders; 1996:1123-67.