

การจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน

หทัยรัตน์ บรรณากิจ กศ.ม.^{*1} ปรีศณี ศรีกัน ประ.ด.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตำแหน่งที่ปวด ชนิดของความปวด ระดับความปวด วิธีการจัดการความปวดและระดับปฏิบัติของการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่ได้รับการวินิจฉัย และรักษาตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 จากคลินิกโรคกระดูกและข้อ ของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง จำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการจัดการความปวดเรื้อรัง ประกอบด้วย ประสิทธิภาพอาการของอาการปวด และวิธีการจัดการความปวดและผลลัพธ์การจัดการความปวด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย รายงานตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้ 1) ตำแหน่งปวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งที่ปวดมากกว่า 1 ตำแหน่งมากที่สุด ร้อยละ 92.85 โดยตำแหน่งที่ปวดที่พบมากที่สุด คือ ลำตัว ร้อยละ 76.20 รองลงมาคือ รยางค์ส่วนล่าง ร้อยละ 66.66 ชนิดของความปวดตามตำแหน่งที่ปวด พบว่า ลักษณะการปวดส่วนใหญ่มีลักษณะมาจากการบาดเจ็บและ/หรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อมากที่สุด โดยจำแนกตามตำแหน่งที่ปวด ได้แก่ บริเวณศีรษะ ลำตัว รยางค์ส่วนล่าง และรยางค์ส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 80.49, 67.18, 60.72 และ 50.00 ตามลำดับ ในขณะที่ความปวดประสาทยพบมากในตำแหน่งที่ปวดคือ บริเวณรยางค์ส่วนบน ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือรยางค์ส่วนล่าง ร้อยละ 35.71 ส่วนการปวดลักษณะรวมกันพบมากบริเวณลำตัว ร้อยละ 12.50 2) ระดับของความปวด พบว่า บริเวณที่มีระดับความปวดมาก คือ บริเวณรยางค์ส่วนล่าง และลำตัว ร้อยละ 16.66 และ 3) วิธีการจัดการความปวดและระดับปฏิบัติของการจัดการความปวด กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ยาที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้มากคือ ยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ร้อยละ 7.14 และยาชนิดครีมทาแนว ร้อยละ 2.38 ส่วนวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ การนอนพัก ร้อยละ 19.05 ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินความปวด และการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โรคกระดูกพรุน, ความปวด, การจัดการความปวด

วันที่รับ : 24 พฤษภาคม 2565 วันที่แก้ไข : 22 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับ : 6 สิงหาคม 2565

¹ อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{*} ผู้ติดต่อหลัก E-mail: hatairat.b@bcnpy.ac.th

Management of pain among patients with osteoporosis

Hatairat Bunnakit, M.Ed.^{*1} Pratsani Srikan, Ph.D.¹

Abstract

This descriptive research aimed to study the part, type, intensity, and pain management of pain management of osteoporosis patients. The sample consisted of 84 osteoporosis patients from an orthopedic clinic in a general hospital, according to the ICD-10. The scale used in this study composed of a personal data questionnaire and a chronic pain management assessment form which consisted of pain experience, pain management and outcomes. The content validity and Cronbach's alpha coefficient of this scale was 1 and .83 orderly. Data was analyzed by using descriptive statistics such as frequency, percentage, and standard deviation. The results showed that 92.85 percent of participants had more than one part of pain and the most common parts of pain were the torso (76.20%) and lower extremity (66.66%). The type of pain was mainly nociceptive which was found in the part of head, torso, lower and upper extremity, respectively (80.49%, 67.18%, 60.72%, and 50.00%). For the neuropathic pain, it was found mainly in the upper extremity (40.00%) and lower extremity (35.71%). For the mixed types of pain, it was mostly found in torso (12.50%). Moreover, lower extremities and torso (16.66%) had high intensity of pain. The subjects had applied pharmacological and non-pharmacological pain management, which include the non-steroidal anti-inflammatory drugs (7.14%), massage cream (2.38%), and bed rest (19.05%). This research findings can be applied for pain assessment and management in osteoporosis patients.

Keywords: Osteoporosis, Pain, Pain management

Received : May 24, 2022 Revised : June 22, 2022 Accepted : August 6, 2022

¹ Lecturer Borommrajonani College of Nursing, Phayao Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute.

^{*} Corresponding author E-mail:

บทนำ

โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) เป็นภาวะทางพยาธิวิทยาที่มีการแสดงออกทางคลินิกที่อาจมีผลทำให้เกิดความปวด เกิดกระดูกหัก และความพิการทางร่างกาย จากการที่มีระดับความหนาแน่นของมวลกระดูก (bone mineral density) เท่ากับหรือน้อยกว่า 2.5 ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Bartl & Frisch, 2009) อุบัติการณ์ของโรคกระดูกพรุนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น โดยสามารถพบได้ตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป จากรายงานสถานการณ์ของโรคกระดูกพรุนในประเทศ เนปาล และไต้หวัน พบร้อยละ 11 และ 49 ตามลำดับ (Ko et al., 2018; Chaudhary, Timilsena, Sunuwar, Pradhan, & Sangroula, 2019) ในประเทศสเปนและจีนมีการศึกษาสถานการณ์ภาวะกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 2020 พบร้อยละ 39.3 และ 39.4 ตามลำดับ (Juan et al., 2020; Zhang, Cai, Wang, & Shen, 2020) ในประเทศไทย มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุนในกลุ่มผู้หญิงอายุ 50 ปีขึ้นไป พบว่า มีภาวะกระดูกพรุนบริเวณกระดูกส่วนเอวและกระดูกต้นขา ร้อยละ 15.3 และ 12.6 ตามลำดับ (สุริรัตน์ แสงสุตา, 2556)

โรคกระดูกพรุนแบ่งตามสาเหตุของการเกิดเป็น 2 ประเภท คือ โรคกระดูกพรุนแบบปฐมภูมิ (primary osteoporosis) พบในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมต่ำ การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่อายุมากกว่า 70 ปี และโรคกระดูกพรุนแบบทุติภูมิ (secondary osteoporosis) มีสาเหตุจากโรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน โรครูมาตอยด์ ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ โรคเซลิแอค (celiac disease) หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบการย่อยอาหาร ซึ่งเป็นผลจากระบบภูมิคุ้มกันมีปฏิกิริยาต่อกลูเตนแบบผิดปกติ โรคหอบหืด การใช้ยาสเตียรอยด์ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Mohammed et al., 2019) โรคกระดูกพรุนมีพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของประสาทสัมผัสและการเกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อในร่างกาย ได้แก่ ผิวหนัง กล้ามเนื้อ และอวัยวะภายในซึ่งทำให้เกิดความปวด โดยลักษณะความปวดจากภาวะกระดูกพรุนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บหรือมีการทำลายเนื้อเยื่อ (nociceptive pain) จะมีความปวดข้อต่อและกระดูกหากเกิดขึ้นในกล้ามเนื้อชั้นลึก โดยความปวดมีลักษณะปวดตื้อๆ (aching) ปวดหนักๆ (heavy) ปวดเกร็ง (cramping) ความปวดในกลุ่มนี้ตอบสนองได้ดีต่อยาแก้ปวดทั่วไป ทั้งแบบ non-opioids และ opioid analgesics และ 2) ความปวดที่เกิดจากอันตรายต่อเนื้อเยื่อระบบประสาทโดยตรง (neuropathic pain) เกิดจากเนื้อเยื่อระบบประสาทได้รับบาดเจ็บหรือ ทำหน้าที่ผิดปกติโดยตรง ซึ่งมีลักษณะ ปวดแปลบ (sharp) แสบร้อน (burning) หรือปวดชา (tingling) (Westlund, 2014) ในบางรายอาจมีอาการปวดทั้งสองลักษณะรวมกันที่เรียกว่า mixed pain

ผลกระทบของความปวดจากภาวะกระดูกพรุนมีค่อนข้างมาก โดยจากการศึกษาของ นาวรัตน์-โชติชิก และคณะ (Nawrat-Szotysik et al., 2021) พบว่า ความปวดจากภาวะกระดูกพรุนส่งผลต่อการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านการกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจและการร่วมงานสังคม (leisure and social activities) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป (general perception of health) และการเคลื่อนไหว (mobility) นอกจากนี้ความปวดยังส่งผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระดูกสันหลังคด หรือการควบคุมการทรงตัวลดลง ทำให้ผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการหกล้ม (de Groot et al., 2014) เนื่องจากมีความหนาแน่น

ของกระดูกต่ำ ทำให้กระดูกหักได้ง่าย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 13 (ณัฐพล ศิริชอสกุล และคณะ, 2558) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การหักของกระดูกสะโพก จะทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) ลดลง ทำให้บางรายมีข้อติดจนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในที่สุด

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับหลายมิติ มีความเชื่อมโยงกับระบบประสาทสัมผัส อารมณ์ และความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังจากข้อและกระดูกในระดับปานกลาง ถึงรุนแรงจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนต้องแสวงหาวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยตนเอง (พุทธิพร พิชานธนานุกูล, 2554) การเลือกการจัดการอาการความปวดด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยบางรายมีการจัดการที่ไม่ถูกต้อง หากการประเมินและการจัดการความปวดไม่ถูกต้อง ในที่สุดก็กลายเป็นความปวดเรื้อรังที่นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ ในการประเมินความปวดและการจัดการความปวดที่ถูกต้อง เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนนั้นจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดในสถานการณ์ที่แท้จริง สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วย และมุ่งเน้นที่การรับรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ รวมถึงสามารถอธิบายประสบการณ์อาการของผู้ป่วยได้ (Dodd et al, 2001) แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management model) ของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) สามารถใช้อธิบายประสบการณ์อาการของบุคคลได้ โดยให้ความสำคัญกับการรับรู้ของบุคคล ที่มีปัจจัยเกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวบุคคล (personal domain) เช่น เพศ อายุ การศึกษา ซึ่งมีผลต่อจิตใจ สรีรวิทยา และประสบการณ์ทำให้มีผลต่อการรับรู้ และการจัดการของแต่ละบุคคล 2) ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (health and illness domain) ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ใน การเผชิญกับอาการ การเจ็บป่วยและการจัดการอาการที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการเรียนรู้และการปรับพฤติกรรม การจัดการอาการ และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental domain) กล่าวคือ บุคคลย่อมมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ไม่ว่าจะเป็นสิ่งสนับสนุนทางสังคม ค่านิยม วัฒนธรรม ความเชื่อ หรือลักษณะชุมชน ล้วนมีผลต่อการรับรู้และจัดการความปวดของผู้ป่วยทั้งสิ้น โดยปัจจัยที่หลากหลายเหล่านี้ส่งผลให้การเลือกวิธีการจัดการความปวดมีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งวิธีการจัดการความปวดประกอบด้วย 2 วิธี สำคัญ ได้แก่ การใช้ยา (pharmacological) เช่น ยารับประทาน ในกลุ่มบิสฟอสเฟเนต (bisphosphonates) แคลเซียมและวิตามินดี (Paolucci, Saraceni, & Piccinini, 2016) และการไม่ใช้ยา (non-pharmacological) เช่น การนวด การนอนพัก อย่างไรก็ตาม การที่มีปัจจัยที่หลากหลายที่ส่งผลต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน อาจทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินและการจัดการความปวดที่ไม่ถูกต้อง และอาจส่งผลให้เกิดความปวดเรื้อรังจนนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้ พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการบรรเทาความปวดจากโรคกระดูกพรุน จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวด วิธีการจัดการความปวด และผลการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยที่ถูกต้องตามความเป็นจริงของอาการปวดนั้น การศึกษาการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ทั้งในด้านการประเมินความปวด ตำแหน่งการปวด วิธีการจัดการความปวดที่มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง ตามสภาพอาการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนและสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่มีความปวดเรื้อรังได้ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน จำแนกตามตำแหน่งที่ปวด ชนิดของความปวดตามตำแหน่งที่ปวด และระดับของความปวด
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการความปวดและระดับปฏิบัติของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยมีแนวคิดที่ว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น บุคคลจะประเมินว่าอาการเหล่านั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด และจะแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อลดอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สบาย หากอาการไม่ลดลง บุคคลจะแสวงหาวิธีการใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ประสบการณ์ของอาการ (symptom experiences) การจัดการกับอาการ (symptom management) และผลลัพธ์ (outcomes) ของการจัดการกับอาการที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุนจะเผชิญกับอาการปวดเรื้อรัง ซึ่งมีอาการปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้อาการที่เกิดขึ้น จึงเกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ และพยายามที่จะลดอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานดังกล่าว ด้วยกลวิธีการจัดการกับอาการที่หลากหลาย โดยแบ่งเป็น 2 วิธี คือ การจัดการอาการโดยการให้ยา (pharmacological approach) และการจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological approach) ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยเอง โดยที่ผู้ป่วยจะมีการประเมินผลวิธีที่จัดการกับอาการความปวดนั้น หากวิธีนั้นไม่สามารถบรรเทาอาการได้ก็จะปรับเปลี่ยนการจัดการวิธีใหม่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน จำแนกตาม ตำแหน่งที่ปวด ชนิดของความปวดตามตำแหน่งที่ปวด และระดับของความปวด และวิธีการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดทางภาคเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตามหลัก ICD-10 และบันทึกรหัส M81 (osteoporosis without pathological fracture) และ M82 (osteoporosis in diseases classified elsewhere) ที่มารับบริการสุขภาพที่คลินิกโรคกระดูกและข้อ ของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดภาคเหนือ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยจะต้องไม่มีภาวะกระดูกหัก ไม่มีโรคประจำตัวที่ทำให้เกิดการปวดเรื้อรัง เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเกาต์ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวนทั้งสิ้น 84 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกระดูกพรุน

2. แบบประเมินการจัดการความปวดเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาจากกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ประสบการณ์อาการ (symptom experiences) เป็นประสบการณ์อาการปวด ลักษณะเครื่องมือใช้ประเมินการรับรู้ความปวดเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยระบุตำแหน่ง และระดับความปวดบนรูปร่างกาย (drawing chart) ซึ่งใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale: NRS) ที่กำหนดความปวดมีตัวเลข จาก 0 ถึง 10 เซนติเมตร และตัวเลข 0 หมายถึงไม่รู้สึกเจ็บปวด และเลข 10 หมายถึง เจ็บปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้ ส่วนที่ 2 วิธีการจัดการความปวด พัฒนามาจากแบบสอบถามการจัดการความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็งของอมรพันธุ์ ธาณรัตน์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, และนียา สออารีย์ (2551) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะอาการปวด ระดับความปวด กิจกรรมประจำวันที่ได้รับผลกระทบและ ระดับผลกระทบต่อกิจกรรมประจำวัน เครื่องมือส่วนนี้ ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน โดยมีค่า content validity เท่ากับ 1 และนำไปทดสอบ-หาค่าความเที่ยง (reliability) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .83 และส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรัง ประกอบด้วยความถี่ของวิธีการจัดการความปวด ระดับความปวดก่อนการจัดการความปวด และระดับความปวดหลังการจัดการความปวด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพะเยา หมายเลข COA No.106 ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผ่านการเชิญชวนจากบุคลากรในคลินิกโรคกระดูกและข้อ และการแจกเอกสาร การเชิญชวนเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามจนเกิดความเข้าใจ ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเต็มใจจึงลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่แสดงออกถึงความเป็นตัวตนของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ปรากฏในแบบสอบถามและแบบประเมิน และการรายงานผลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองตามขั้นตอนดังนี้

1. พบและชี้แจงการดำเนินการวิจัยแก่บุคลากรในห้องตรวจโรคกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายรายละเอียดการเก็บข้อมูล และการเข้าถึงผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน

2. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านบุคลากรและแจกเอกสารเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยเมื่อผู้ป่วยสมัครเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามขณะรอพบแพทย์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดในการอ่านหรือเขียนหนังสือ ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามและบันทึกคำตอบเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถามอีกครั้ง แล้วจึงนำไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 89.30 มีอายุเฉลี่ย 70.01 ปี ($SD=9.53$ ปี) อายุต่ำสุด 52 ปี อายุสูงสุด 89 ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 46.40 ส่วนมากจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.20 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.00 ร้อยละ 60.72 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน แต่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 92.90 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงในการรักษา ร้อยละ 63.10 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.04 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 91.67 ไม่ดื่มสุรา โดยมีระยะเวลาการเป็นโรคกระดูกพรุนตั้งแต่ 1 ถึง 29 ปี ค่าเฉลี่ย 6.94 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=84)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ		
หญิง	75	(89.30)
ชาย	9	(10.70)
อายุ (ช่วงอายุ 52 - 89 ปี, ค่าเฉลี่ย 70.01 ปี, $SD=9.53$)		
50-59 ปี	10	(11.90)
60-69 ปี	28	(33.33)
70-79 ปี	27	(32.14)
80-89 ปี	19	(22.64)
สถานภาพสมรส		
โสด	10	(11.90)
คู่	39	(46.40)
หม้าย	33	(39.30)
หย่าร้าง	2	(2.40)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	(16.70)
ประถมศึกษา	38	(45.20)
มัธยมศึกษา	8	(9.50)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	(ร้อยละ)
อนุปริญา	1	(1.20)
ปริญาตรีหรือสูงกว่า	23	(27.40)
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	37	(44.00)
เกษตรกร	12	(14.30)
ค้าขาย/รับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัว	7	(13.10)
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	28	(33.30)
รายได้ (ช่วงรายได้ 400-60,000 บาท, ค่าเฉลี่ย 11,696 บาท, $SD = 14506.28$ บาท)		
≤10,000 บาท/เดือน	51	(60.72)
10,001-30,000 บาท/เดือน	26	(30.95)
30,001-50,000 บาท/เดือน	5	(5.95)
>50,000 บาท/เดือน	2	(2.38)
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	78	(92.90)
ไม่เพียงพอ	6	(7.10)
สิทธิการรักษา		
เบิกจ่ายตรง	53	(63.10)
ประกันสุขภาพแห่งชาติ	28	(33.30)
ประกันสังคม	3	(3.60)
ประวัติสูบบุหรี่		
เคยสูบบุหรี่	4	(4.77)
ปัจจุบันยังคงบุหรี่	1	(1.19)
ไม่สูบบุหรี่	79	(94.04)
ประวัติดื่มสุรา		
เคยดื่มสุรา	7	(8.33)
ไม่ดื่มสุรา	77	(91.67)
ระยะเวลาของการเป็นโรคกระดูกพรุน (ต่ำสุด 1 ปี, สูงสุด 29 ปี, ค่าเฉลี่ย 6.49 ปี, $SD=5.78$)		

ความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน

ตำแหน่งที่ปวด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งที่ปวดที่พบบ่อย ได้แก่ บริเวณลำตัวประกอบด้วย ออกเชิงกราน หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง สะโพก คิดเป็นร้อยละ 76.20 และรยางค์ส่วนล่างประกอบด้วยต้นขา เข่า หน้าแข้ง น่อง ข้อเท้า นิ้วเท้า คิดเป็นร้อยละ 66.66 ส่วนความปวดที่บริเวณส่วนศีรษะประกอบด้วยศีรษะ ลำคอ คอ ต้นคอ บ่า และรยางค์ส่วนบนประกอบด้วยต้นแขน ศอก ปลายแขน ข้อมือ นิ้วมือ พบร้อยละ 48.81 และร้อยละ 47.60 ตามลำดับดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของตำแหน่งที่ปวด (N=84)

ตัวแปร	จำนวน	(ร้อยละ)
บริเวณที่ปวด (เลือกได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง)		
ศีรษะ (ศีรษะ ลำคอ คอ ต้นคอ บ่า)	41	(48.81)
ลำตัว (อก เเชิงกราน หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง สะโพก)	64	(76.20)
รยางค์ส่วนบน (ต้นแขน ศอก ปลายแขน ข้อมือ นิ้วมือ)	40	(47.60)
รยางค์ส่วนล่าง (ต้นขา เข่า หน้าแข้ง น่อง ข้อเท้า นิ้วเท้า)	56	(66.66)

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างตอบได้มากกว่า 1 ตำแหน่ง

ชนิดของความปวดตามตำแหน่งที่ปวด กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะของการปวดชนิด nociceptive pain มากกว่า neuropathic pain โดยพบการปวดชนิด nociceptive pain ที่ตำแหน่งส่วนศีรษะ ส่วนลำตัว รยางค์ส่วนล่าง และรยางค์ส่วนบน ร้อยละ 80.49, 67.18, 60.72 และ 50.00 ตามลำดับ ส่วนการปวดชนิด neuropathic pain พบมากบริเวณรยางค์ส่วนบน ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือรยางค์ส่วนล่าง ร้อยละ 35.71 การปวดชนิด mixed pain พบได้มากที่สุดที่ส่วนลำตัว และรยางค์ส่วนบนคิดเป็น ร้อยละ 12.50 และร้อยละ 10.00 ตามลำดับดังตารางที่ 3

ระดับของความปวด กลุ่มตัวอย่างมีความปวดในระดับมาก (7-10 คะแนน) ในตำแหน่งของรยางค์ส่วนล่าง ลำตัว รยางค์ส่วนบน และศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 16.66, 16.66, 7.15 และ 4.75 ตามลำดับ ส่วนตำแหน่งของร่างกายที่พบความปวดในระดับปานกลางได้แก่ รยางค์ส่วนล่าง ลำตัว รยางค์ส่วนบน และศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 29.76, 28.57, 23.81 และ 16.66 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของชนิด และระดับความปวดตามตำแหน่งที่ปวด

ตำแหน่งที่ปวด ชนิด และระดับความปวด	ศีรษะ		ลำตัว		รยางค์ส่วนบน		รยางค์ส่วนล่าง	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ชนิดของการปวด	N=41		N=64		N=40		N=56	
Nociceptive pain	33	(80.49)	43	(67.18)	20	(50.00)	34	(60.72)
Neuropathic pain	6	(14.63)	13	(20.32)	16	(40.00)	20	(35.71)
Mixed pain	2	(4.88)	8	(12.50)	4	(10.00)	2	(3.57)
ระดับความปวด*(N=84)								
ไม่ปวด (0)	43	(51.19)	20	(23.81)	44	(52.38)	29	(34.53)
ปวดน้อย (1-3)	23	(27.40)	26	(30.96)	14	(16.66)	16	(19.05)
ปวดปานกลาง (4-6)	14	(16.66)	24	(28.57)	20	(23.81)	25	(29.76)
ปวดมาก (7-10)	4	(4.75)	14	(16.66)	6	(7.15)	14	(16.66)

วิธีการจัดการความปวดและระดับปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา ซึ่งยาที่มีการใช้มากที่สุดคือ ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ร้อยละ 7.14 และยาชนิดครีมทา/นวด ร้อยละ 2.38 ส่วนการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา พบมากที่สุดคือการนอนพัก ร้อยละ 19.05 รองลงมาคือ การผ่อนคลาย การบริหารข้อ และการใช้ความร้อนลึกประคบร้อยละ 8.33 และรองลงมาคือ การประคบและการบีบนิ้ว ร้อยละ 7.14 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การจัดการความปวดและระดับปฏิบัติ (N=84)

วิธีการจัดการความปวด (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี)	ระดับปฏิบัติ			
	ไม่ปฏิบัติ	น้อย	ปานกลาง	มาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การจัดการความปวดโดยการใช้ยา				
การใช้ยาชนิดครีมทา/นวด	67 (79.76)	7 (8.33)	8 (9.52)	2 (2.38)
การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs (diclofenac, celecoxib, ibuprofen, norgesic)	18 (21.43)	37 (44.05)	23 (27.38)	6 (7.14)
การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม weak opioid (tramadol)	57 (67.86)	26 (30.95)	1 (1.19)	0
การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioid (fentanyl, morphine, methadone)	83 (98.81)	1 (1.19)	0 (0)	0
การใช้ยานอนหลับกลุ่ม gabapentin	80 (95.24)	4 (4.76)	0 (0)	0
การใช้ยาแก้ปวด spray	71 (84.52)	12 (14.29)	1(1.19)	0
การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา				
การใช้สมุนไพร	74 (88.10)	1 (1.19)	8 (9.52)	1 (1.19)
การประคบ	61 (72.62)	11 (13.1)	6 (7.14)	6 (7.14)
การบีบนิ้ว	41 (48.81)	17 (20.24)	20 (23.81)	6 (7.14)
การสัมผัสสรีรภาพ	70 (83.33)	5 (5.95)	6 (7.14)	3 (3.57)
การเบี่ยงเบนความสนใจ	69 (82.14)	6 (7.14)	5 (3.95)	4 (4.76)
การผ่อนคลาย	56 (66.67)	3 (3.57)	18 (21.43)	7 (8.33)
การทำสมาธิ	62 (73.81)	5 (5.95)	13 (15.48)	4 (4.76)
การเล่นโยคะ	72 (85.71)	5 (5.95)	4 (4.76)	3 (3.57)
การใช้ดนตรีบำบัด	70 (83.33)	6 (7.14)	3 (3.57)	5 (5.95)
การจัดตั้งกระดูก	83 (98.81)	1 (1.19)	0	0
การฝังเข็ม	73 (86.90)	6 (7.14)	2 (2.38)	3 (3.57)
การบริหารลมหายใจ	74 (88.10)	3 (3.57)	2 (2.38)	5 (5.95)
การบริหารกล้ามเนื้อ	53 (63.10)	13 (15.48)	13 (15.48)	5 (5.95)
การบริหารข้อ	50 (59.52)	14 (16.67)	13 (15.48)	7 (8.33)
การใช้ความร้อนลึกประคบ	71 (84.52)	2 (2.38)	4 (4.76)	7 (8.33)

วิธีการจัดการความปวด (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี)	ระดับปฏิบัติ			
	ไม่ปฏิบัติ	น้อย	ปานกลาง	มาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การออกกำลังกายแบบมีรูปแบบ	61 (72.60)	7 (8.33)	12 (14.29)	4 (4.76)
การใช้อุปกรณ์พยุง/ประคอง	62 (73.81)	7 (8.33)	10 (11.90)	5 (5.95)
การนอนพัก	25(29.76)	9 (10.71)	34 (40.48)	16 (19.05)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน จำแนกตามตำแหน่งที่ปวด ชนิดของความปวดตามตำแหน่งที่ปวด และระดับของความปวด

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี จะมีภาวะกระดูกพรุนร้อยละ 11.90 และจะพบภาวะกระดูกพรุนเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 28 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ตำแหน่งที่พบความปวดมากที่สุดคือ บริเวณลำตัว ได้แก่ ออก เขิงกราน หลังส่วนบน หลังส่วนล่างและสะโพก ร้อยละ 76.20 โดยเฉพาะหลังส่วนล่างและสะโพก สัมพันธ์กับการศึกษาของซินและคณะ (Xin et al., 2021) ที่ทำการศึกษาผู้หญิงที่เป็นโรคกระดูกพรุนหลังวัยหมดประจำเดือนจำนวน 150 คนจาก 334 คนในประเทศโปแลนด์ พบว่า ผู้หญิงที่เป็นโรคกระดูกพรุนวัยหมดประจำเดือนเกิดภาวะกระดูกสันหลังหักร่วมกับมีอาการปวดหลังในระดับเฉลี่ย 6.14 และมีระดับความปวดเฉลี่ยสูงกว่าคนที่ไม่มีภาวะกระดูกหัก โดยระดับความปวดที่สูงทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องจำกัดการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$, $OR=4.68$, 95% CI: 2.86-7.68) ความปวดเกิดขึ้น ($p<.001$, $OR=1.77$, 95% CI : 1.47-2.13) และระยะเวลาปวดนานขึ้น ($p<.001$, $OR=2.01$, 95% CI: 1.65-2.46) บริเวณที่กระทบมากคือบริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbar spine) ($p<.001$, $OR=4.70$, 95% CI: 1.96-11.29) และการศึกษาที่พบว่าความปวดที่ลำตัวส่วนหลังและเอวร้อยละ 24 และ ร้อยละ 14 มีระดับความปวดปานกลาง (4-6) ไปจนถึงมาก (7-10) และระดับความปวดเพิ่มมากขึ้นระหว่างการทำกิจวัตรประจำวัน ($p<.001$) ส่งผลต่อการรับรู้ของสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน การมีกิจกรรมนันทนาการ และการมีส่วนร่วมในสังคมลดลง (Nawrat-Szotkysik et al., 2021)

กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะของการปวดชนิด nociceptive pain มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับ neuropathic pain และ mixed pain โดยพบอัตราการปวดชนิด nociceptive pain มากที่บริเวณศีรษะร้อยละ 80.49 รองลงมาคือ บริเวณส่วนลำตัว ร้อยละ 67.18 บริเวณรยางค์ส่วนล่างร้อยละ 60.72 และรยางค์ส่วนบนร้อยละ 50.00 ส่วนการปวดชนิด neuropathic พบร้อยละของการปวดชนิดนี้มากที่บริเวณรยางค์ส่วนบนและล่าง ตามลำดับ ในขณะที่ร้อยละของการปวดชนิด mixed pain พบได้มากบริเวณลำตัว สอดคล้องกับการศึกษาความปวดในผู้สูงอายุประเทศอิหร่าน จำนวน 5,326 คน ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความปวดเรื้อรังซึ่งเป็นแบบ nociceptive และ neuropathic pain ร้อยละ 30 และ 13.7 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่มีความเจ็บปวดมักมีโรคประจำตัวร่วมด้วย ได้แก่ โรคกระดูกพรุน ภาวะทุพพลภาพ โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง (Salman Roghani, Delbari, Asadi-Lari, Rashedi, & Lökk, 2019) ซึ่งมีโอกาสที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ เช่น ภาวะกระดูกหัก ความพิการ และผลกระทบทางด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ (Stanghelle, Bentzen, Giangregorio, Pripp, & Bergland, 2019)

ความปวดของโรคกระดูกพรุน มักเกี่ยวข้องกับการหักของกระดูกที่ทำให้เกิดความปวดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นการหักของกระดูกสันหลังเนื่องจากการกดทับ (vertebral compression fractures) แต่ส่วนใหญ่จะพบความปวดเรื้อรังที่เกิดจากพยาธิสภาพของกระดูกพรุน ที่มีการทรุดตัวกระดูกโครงสร้างหลัก (axial skeletal) การเปราะบางและร้าวของกระดูกแท่งเล็ก ทำให้ความสามารถรับแรงอัดลดลง (Mediati, Vellucci, & Dodaro, 2014) โดยภาวะมวลกระดูกที่ลดลงคาดว่ามาจากการรบกวนการทำงานของคอลลาเจนลิงค์ (collagen cross-linking) ที่ทำหน้าที่ช่วยให้เกิดการจับตัวกันแน่นของกระดูกแท่งเล็กๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อการสร้างร่างกายเกิดการกดเบียด กล้ามเนื้อข้อต่อต่างๆ และเกี่ยวข้องกับประสาทสัมผัส (Bartl & Frisch, 2009) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดกระดูกเป็นแบบตื้อ ๆ แน่น ๆ กดรัด ซึ่งเป็นลักษณะของการปวดชนิด nociceptive pain และระบบการนำของเส้นประสาทส่วนปลายและส่วนกลางจะเกิดความไวต่อสิ่งกระตุ้น และจะทำให้เกิดเป็นความปวดเรื้อรัง (Mattia, Coluzzi, Celidonio, & Vellucci, 2016) ซึ่งความไวต่อสิ่งกระตุ้นของเส้นประสาทส่วนกลาง เป็นกลไกที่ซับซ้อนและมีความเกี่ยวข้องกับตัวรับและสารสื่อประสาทบางชนิด เช่น N-methyl-D-aspartate (NMDA) และ substance P และจะทำให้เกิดอาการปวดทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังได้ ส่วนการปวด neuropathic pain จะเกิดจากการมีกระแสประสาทที่ผิดปกติ (abnormal discharge) หรือเป็นกระแสประสาทภายนอก (ectopic discharge) เกิดขึ้นตามเส้นประสาทที่ได้รับการบาดเจ็บหรือเคยบาดเจ็บมาก่อนหรืออาจเกิดขึ้นที่ปมประสาทไขสันหลัง (dorsal root ganglion) ที่สัมพันธ์กับตำแหน่งที่บาดเจ็บนั้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการเผาผลาญของเซลล์ประสาทรับความรู้สึก (sensory system) และชั้นในของเยื่อหุ้มเซลล์ (membrane) (Westlund, 2014)

2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการความปวดและระดับปฏิบัติของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน

กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งยาที่มีระดับการปฏิบัติเพื่อใช้บรรเทาความปวดมากที่สุดคือ ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAID โดยพบระดับปฏิบัติมาก ร้อยละ 7.14 ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.38 และระดับน้อย ร้อยละ 44.05 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า ร้อยละ 63 ของคนวัยผู้ใหญ่มีการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และในผู้สูงอายุพบถึงร้อยละ 96.4 นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ยานี้ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 32.9 (Zheng et al., 2022) การใช้ยาในกลุ่มนี้มีผลต่อกระบวนการทำงานของกระดูก หากใช้ยาเป็นเวลานานและในปริมาณที่มาก จะมีผลทำให้เกิดกระดูกหักได้มากกว่าปกติ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ (Chuang, Shen, Yang, Huang, & Huang, 2016) และมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคกระดูกพรุนลดลง (Zheng et al., 2022) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 มีระดับความเจ็บปวดทั้ง nociceptive และ neuropathic pain ในระดับปานกลางถึงมาก แต่สัดส่วนของการจัดการความปวดด้วยยาที่มีการออกฤทธิ์ที่เหมาะสมกับระดับความปวด เช่น ยากลุ่ม strong opioids สำหรับความปวดที่รุนแรง และยากลุ่ม gabapentin สำหรับความปวดแบบ neuropathic pain ยังมีค่อนข้างน้อย เนื่องจากยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หาซื้อได้ง่ายกว่า และความกังวลต่อผลข้างเคียงของยากลุ่ม opioids นอกจากนี้อาจสะท้อนความรู้ในการจัดการความปวดโดยใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ส่วนการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยานั้นมีความหลากหลาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักใช้การนอนพักและการนวด ซึ่งเป็นวิธีที่จัดการดูแลตนได้ง่าย และได้ผลในการลดปวด ดังคาสีโน, สารวัน, ดิติก, และวาราแซลโล (Casiano, Sarwan, Dydyk, & Varacallo, 2022)

ที่อธิบายว่าอาการปวดหลังจะทุเลาลงเมื่อมีการนอนพัก และต้องใช้เวลาในการทำให้อาการดีขึ้น และอาจมีการใช้วิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การใช้เครื่องพยุง (external bracing) (Lee, Lee, & Jin, 2017) การลดความปวดเรื้อรังจากกระดูกพรุนควรมีการออกกำลังต่อเนื่องแต่ต้องทำโดยระมัดระวัง ในผู้ป่วยที่ปวดหลังควรหลีกเลี่ยงการงอตัวและหมุนตัว ที่เป็นอันตรายทำให้ปวดหลังมากขึ้น โดยแนะนำให้โยคะและพิลาทิสซึ่งจะมีประโยชน์ในการช่วยลดปวดเนื่องจากมีส่วนช่วยในการเปลี่ยนท่าทาง สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และจัดโครงสร้างของร่างกายที่เป็นแนวทางสำคัญในการลดความปวดโดยไม่ใช้ยา (Paolucci et al., 2016) ส่วนการนวดนั้นเป็นข้อห้ามสำหรับผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนเนื่องจากมีการรายงานกรณีศึกษาว่า การใช้เก้าอี้นวดอาจทำให้เกิดภาวะกระดูกสันหลังหักยุบตัวจากภาวะกระดูกพรุน (osteoporotic vertebral compression fracture) ได้ (Jeon, Chung, Lee, & Won, 2019) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน มีความซับซ้อนหลากหลายมิติ ได้แก่ มิติทางด้านสรีระ มิติด้านความรู้สึก มิติด้านความคิด มิติด้านพฤติกรรม และมิติด้านสังคมและวัฒนธรรม บุคคลจึงมีการจัดการความปวดที่ต่างกันตามประสบการณ์และการรับรู้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนควรให้ความสำคัญกับการประเมินตำแหน่งที่ปวด ชนิดของความปวดตามตำแหน่งที่ปวด และระดับความปวด ด้วยการใช้เครื่องมือประเมินให้ครบถ้วนทุกด้าน เพื่อสามารถจัดการกับความปวดในผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับอาการปวดที่เฉพาะในแต่ละบุคคล
2. บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนควรเสริมสร้าง ความรู้ และทักษะวิธีการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนให้สามารถประเมินความปวดด้วยตนเอง และเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนเปรียบเทียบระหว่างการใช้ยาและไม่ใช้ยา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน และบุคลากรเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลพื้นที่วิจัยที่ช่วยเหลือประสานงานในการเก็บข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

ณัฐพล ศิริขอสกุล, กิตติศักดิ์ ว่องไว, กฤษฎี ทิพย์ชัยเชษฐา, กัลย์กมล ตามใจจิตร, คณินธัช แสนจันทร์ดีไชย, จุฑามาศ เกียรติณกุล, ... และสุธี พานิชกุล. (2558). ความชุกของสตรีอายุ 40-90 ปีที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกระดูกหักในชุมชนบ้านนางาม ตำบลท่ากระดาน อำเภอสนมชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้ FRAX® Score. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 68(1), 17-26.

- พุทธิพร พิธานธนากุล. (2554). การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 29(4), 58-68.
- สุริรัตน์ แสงสุตา. (2556). ความชุกภาวะกระดูกพรุนและกระดูกบางในผู้ป่วยสตรีที่ตรวจมวลกระดูกในโรงพยาบาล ราชวิถี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 22(2), 242-250.
- อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร และนียา สออารีย์. (2551). ความปวดและการจัดการความปวดของ ผู้ป่วยที่มีภาวะความปวดเรื้อรัง จากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง. *สงขลา นครินทร์เวชสาร*, 26(1), 25-36.
- Bartl, R. & Frisch, B. (2009). Pathogenesis of osteoporosis. In Bartl, R. & Frisch, B. (Eds.), *Osteoporosis* (pp. 29-37). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Casiano, V. E., Sarwan, G., Dydyk, A. M., & Varacallo, M. (2022). Back Pain. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Chaudhary, N. K., Timilsena, M. N., Sunuwar, D. R., Pradhan, P. M. S., & Sangroula, R. K. (2019). Association of lifestyle and food consumption with bone mineral density among people aged 50 years and above attending the hospitals of Kathmandu, Nepal. *Journal of Osteoporosis*, 2019. doi:10.1155/2019/1536394.
- Chuang, P. Y., Shen, S. H., Yang, T. Y., Huang, T. W., & Huang, K. C. (2016). Non-steroidal anti-inflammatory drugs and the risk of a second hip fracture: a propensity-score matching study. *BMC musculoskeletal disorders*, 17(1), 201. doi:10.1186/s12891-016-1047-2
- de Groot, M. H., van der Jagt-Willems, H. C., van Campen, J. P., Lems, W. F., Beijnen, J. H., & Lamoth, C. J. (2014). A flexed posture in elderly patients is associated with impairments in postural control during walking. *Gait & posture*, 39(2), 767-772. doi:10.1016/j.gaitpost.2013.10.015
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
- Jeon, C. H., Chung, N. S., Lee, H. D., & Won, S. H. (2019). Case report: electrical automated massage chair use can induce osteoporotic vertebral compression fracture. *Osteoporosis International*, 30(7), 1533-1536. doi:10.1007/s00198-019-04961-4
- Juan, A., Frontera, G., Cacheda, A. P., Ros, I., Narváez, J., Marí, B., ... Nolla, J. M. (2020). Epidemiology of osteoporosis and its determinants in physically active Majorcan elderly. *Mediterranean Journal of Rheumatology*, 31(1), 42-49. doi:10.31138/mjr.31.1.42
- Ko, C. H., Yu, S. F., Su, F. M., Chen, J. F., Chen, Y. C., Su, Y. J., ... Chang, S. J. (2018). High prevalence and correlates of osteoporosis in men aged 50 years and over: a nationwide osteoporosis survey in Taiwan. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 21(12), 2112-2118. doi:10.1111/1756-185x.13409
- Lee, J. H., Lee, J. H., & Jin, Y. (2017). Surgical techniques and clinical evidence of vertebroplasty and kyphoplasty for osteoporotic vertebral fractures. *Osteoporosis Sarcopenia*, 3(2), 82-89. doi:10.1016/j.afos.2017.06.002

- Mattia, C., Coluzzi, F., Celidonio, L., & Vellucci, R. (2016). Bone pain mechanism in osteoporosis: a narrative review. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*, 13(2), 97-100. doi:10.11138/ccmbm/2016.13.2.097
- Mediati, R. D., Vellucci, R., & Dodaro, L. (2014). Pathogenesis and clinical aspects of pain in patients with osteoporosis. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*, 11(3), 169-172.
- Mohammed, Z. A., Almeshal, M. A., Aldawsari, S. A., Alanazi, M. A., Alanazi, A. D., Alqahtani, F. A., ... Alhassan, M. A. (2019). Prevalence of fracture and osteoporosis and awareness of osteoporosis among general population of Majmaah City in 2018. *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*, 6(1), 357-361.
- Nawrat-Szotkysik, A., Miodońska, Z., Piejko, L., Szotkys, B., Błaszczyszyn, M., Matyja, B., ... Polak, A. (2021). Assessment of quality of life and pain severity in older men with osteoporosis: cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11276. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111276>
- Paolucci, T., Saraceni, V. M., & Piccinini, G. (2016). Management of chronic pain in osteoporosis: challenges and solutions. *Journal of Pain Research*, 9, 177-186. doi:10.2147/jpr.S83574
- Salman Roghani, R., Delbari, A., Asadi-Lari, M., Rashedi, V., & Lökk, J. (2019). Neuropathic pain prevalence of older adults in an urban area of Iran: a population-based study. *Pain Res Treat*, 2019, 9015695. doi:10.1155/2019/9015695
- Stanghelle, B., Bentzen, H., Giangregorio, L., Pripp, A. H., & Bergland, A. (2019). Associations between health-related quality of life, physical function and pain in older women with osteoporosis and vertebral fracture. *BMC Geriatrics*, 19(1), 298. doi:10.1186/s12877-019-1268-y
- Westlund, K. N. (2014). Pain pathways: peripheral, spinal, ascending, and descending pathways. In Benzon, T., Rathmell, J. P., Wu, C. L., Turk, D. C., Argoff, C. E., & Hurley, R. W. (Eds.), *Practical Management of Pain* (5th ed). (pp.87-98.e5). Philadelphia: Mosby. doi:10.1016/B978-0-323-08340-9.00008-6.
- Xin, J., Liu, X., Jing, X., Su, C., Mao, Y., Chen, F., ... Cui, X. (2021). Multifactor analysis of costal pain in osteoporotic fracture of thoracic vertebra. *Pain Physician*, 24(6), E795-e802.
- Zhang, Q., Cai, W., Wang, G., & Shen, X. (2020). Prevalence and contributing factors of osteoporosis in the elderly over 70 years old: an epidemiological study of several community health centers in Shanghai. *Annals of Palliative Medicine*, 9(2), 231-238. doi:10.21037/apm.2020.02.09
- Zheng, Z., Johansson, H., Harvey, N. C., Lorentzon, M., Vandenput, L., Liu, E., ... McCloskey, E. V. (2022). Potential adverse effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) on bisphosphonate efficacy: an exploratory post hoc analysis from a randomized controlled trial of clodronate. *Journal of Bone and Mineral Research*, 37(6), 1117-1124. doi:10.1002/jbmr.4548