

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้มีดังนี้

- 2.1 ความปวดเรื้อรัง
- 2.2 ลักษณะเฉพาะของความปวดเรื้อรัง
- 2.3 กลวิธีการเผชิญความปวดเรื้อรัง
- 2.4 พฤติกรรมความปวดเรื้อรัง
- 2.5 ผลกระทบของความปวดเรื้อรัง

2.1 ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain)

2.1.1 ความหมายของความปวดเรื้อรัง

ความปวด ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกทุกข์ทรมาน เกิดขึ้นเมื่อมีการกระตุ้นที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายและมีการตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายนั้น (Sternbach อ้างถึงใน Jacox, 1977) เป็นกลไกป้องกันอย่างหนึ่งของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายแล้วหลังสารเคมีไปกระตุ้นปลายประสาทสำหรับความรู้สึกปวด และเป็นสาเหตุทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาเพื่อขจัดสิ่งทำให้เกิดความปวดนั้น (Guyton อ้างถึงใน สุพร พลยานันท์, 2528) Aronoff (1992) ได้ให้คำจำกัดความของความปวดในทางปฏิบัติว่า คือ ความรู้สึกไม่พึงพอใจและประสบการณ์การรับรู้ที่ซับซ้อนส่วนบุคคลที่ได้จากการบอกเล่า ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีความสัมพันธ์กับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย หรือร่างกายได้รับอันตรายหรือไม่ก็ได้

ในด้านการพยาบาล McCaffery (1979) ได้กล่าวถึงความปวดว่า เป็นสิ่งที่ผู้ประสบกับความปวดเท่านั้น ที่จะบอกได้และอาการปวดยังคงมีอยู่เมื่อบุคคลบอกว่าเขามีความปวด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าได้มีผู้ให้ความหมายของความปวดแตกต่างกันไป แต่ความหมายซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมากที่สุดคือ ความหมายของสมาคมนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด (The International Association for the Study of Pain หรือ IASP) ที่กำหนดไว้ว่า

ความปวดคือ ความรู้สึกและประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือมีโอกาสดูถูกทำลาย หรือได้รับการอธิบายว่าเสมือนกับการถูกทำลาย

ความปวดเรื้อรัง ตามพจนานุกรมของ Mcleod และ Hanks, (Collins อ้างถึงใน Latham, 1993) ได้กล่าวถึงความปวดเรื้อรัง โดยแยกว่า "ความปวด" เป็นความรู้สึกที่ร่างกายได้รับอันตรายในทันทีหรือความไม่สุขสบายที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ เป็นความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์หรือจิตใจและเป็นการถูกละเลย ส่วนคำว่า "เรื้อรัง" คือเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอติดต่อกันเป็นเวลานาน ค่อยๆ เกิดขึ้นอย่างช้าๆ หรือช่วงระยะเวลาสั้น ซึ่งนับว่าร้ายแรงและฝังติดอยู่อย่างแน่นหนา ส่วน Latham (1993) ได้กล่าวถึงเกณฑ์ในด้านระยะเวลาว่าเมื่อความปวดนั้นเกิดขึ้นเป็นพักๆ หรืออย่างต่อเนื่องกินเวลานาน ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป หรืออาจใช้เวลานาน 6 เดือนเป็นเกณฑ์ตัดสิน (Gildenberg, 1989) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางยาหรือการผ่าตัด (Payne และ Norflect อ้างถึงใน Snelling, 1994) ความปวดเรื้อรังเป็นความปวดที่คงอยู่ทั้งที่ไม่ทราบแหล่ง และไม่สามารถแยกแยะบริเวณที่ปวดได้อย่างชัดเจน (Watt-Watson and Long, 1993) นอกจากนั้น Bonica (1990) ได้กล่าวถึงความปวดเรื้อรังว่าเป็นอาการแสดงของโรคและภาวะที่ทำให้ผู้ประสบกับความปวดกล่าวคำที่ไม่พึงพอใจ

ส่วนสมาคมนานาชาติที่ศึกษาเกี่ยวกับความปวด (International Association for the Study of Pain) ได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับความปวดเรื้อรังว่า "เป็นความปวดที่ยืดเยื้อเกินกว่าระยะของโรคหรือระยะการหายของการบาดเจ็บ" ซึ่งในความเป็นจริงแล้วระยะเวลาดังกล่าวอาจจะน้อยกว่าหนึ่งเดือนหรือมากกว่า 6 เดือนก็ได้ แต่เพื่อความเหมาะสมในการนำมาใช้ทางปฏิบัติ นิยมแยกความปวดเฉียบพลันกับความปวดเรื้อรัง โดยกำหนดระยะ 3 เดือนเป็นเกณฑ์ (Bonica, 1990) นอกจากนั้น ความปวดเรื้อรังยังมีผลรบกวนต่อการทำงานของร่างกายคนเราด้วย (Loser and Egan อ้างถึงใน Burckhardt, 1990)

2.1.2 สาเหตุและกลไกการเกิดความปวดเรื้อรัง

ความปวดเรื้อรังเกิดขึ้นร่วมกับโรคหลายชนิด ซึ่งมีสาเหตุและกลไกการเกิดหลายประการด้วยกันคือ จากกระบวนการเกิดพยาธิสภาพเรื้อรังในอวัยวะภายนอก (Somatic structure) หรืออวัยวะภายใน (Viscera) จากการที่ระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral nervous system) หรือระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) อย่างใดอย่างหนึ่งหรือสองอย่างเสื่อมหน้าที่เป็นระยะเวลานาน หรืออาจเกิดจากสาเหตุด้านจิตใจ สิ่งแวดล้อม

หรือทั้งสองอย่างร่วมกันก็ได้ ซึ่ง Bonica (1990) ได้กล่าวถึงสาเหตุและกลไกการเกิดความปวดเรื้อรัง พอสรุปได้ดังนี้

1. Peripheral mechanisms เป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับภาวะผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อลาย อวัยวะภายในและหลอดเลือด เช่น ข้ออักเสบ เอ็นอักเสบเรื้อรัง อาการปวดศีรษะ ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง แผลเรื้อรังในกระเพาะอาหาร โรคเส้นเลือดแดงใหญ่ โรคปลายประสาทของเส้นเลือด กลุ่มอาการไมโอไฟเบรียลและเนื้องอกบางชนิด

ความปวดเกิดจากตัวรับความปวด (Nociceptor) ถูกเร้าตลอดเป็นระยะเวลานาน หรือถูกกระตุ้นให้มีความไวต่อการรับความรู้สึก (Sensitization) หรือทั้งสองอย่าง โดยกลไกทางรีเฟล็กซ์ (Reflex mechanisms) ที่แตกต่างกันไป นอกจากนั้นยังเกิดจากการที่มีพยาธิสภาพที่เส้นประสาทส่วนปลาย (Peripheral nerves) แต่ไม่ทำให้ระบบประสาทส่วนกลางเปลี่ยนแปลง

เมื่อมีการทำลายเนื้อเยื่อ เนื่องจากโรคหรือการบาดเจ็บในอวัยวะภายนอก หรืออวัยวะภายในจะเกิดการหลั่งสารเคมี (Endogenous chemical substances) เช่น ซีโรโทนิน (Serotonin) ฮิสตามีน (Histamine) เบรดีคินิน (Bradykinin) และโพรสตาแกลนดินส์ (Prostaglandins) ซึ่งมีผลทำให้ตัวรับความปวด (Nociceptors) เกิดการตื่นตัว (Excitatory effect) ซึ่งเรียกสารเหล่านี้ว่า Algogenic substances สารเหล่านี้จะไม่มีปฏิกิริยาที่ตัวรับความปวดโดยตรง หรือทำให้สภาพแวดล้อมของตัวรับความปวด ทั้งด้านสรีรวิทยาและชีวเคมีเปลี่ยนไป ซึ่งจะย้อนกลับไปทำให้เกิดการตื่นตัวต่อไปอีก และสารที่ถูกปล่อยจากอวัยวะส่วนปลายของตัวรับความปวด (Substance p.) ก็จะไปทำให้เพิ่มพยาธิสภาพของสภาวะแวดล้อมได้เช่นกัน

นอกจากนั้น จะมีความผิดปกติของกลไกทางรีเฟล็กซ์ที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย (Homeostasis) จึงทำให้กล้ามเนื้อและเอ็นต่างๆ เกิดแรงตึง (Tension) มากเกินไปและกลับมามีผลทำให้ตัวรับความปวดเกิดการตื่นตัวและเกิดความรู้สึกได้ เมื่อเกิดความรู้สึกจะส่งผลให้ตัวรับความปวดมีการตอบสนองเพิ่มขึ้น ในทำนองเดียวกันก็ทำให้ระบบซิมพาติกทำงานมากขึ้น มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะบางส่วนไม่พอ หรือหน้าที่ในการปรับความสมดุลของระบบเสียไป ทำให้สภาวะแวดล้อมของตัวรับความปวดเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีผลต่อการตอบสนองของกล้ามเนื้อลายและระบบการไหลเวียนของตัวรับความปวดเมื่อเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะนำไปสู่ภาวะปวดเรื้อรังได้ในที่สุด

2. Peripheral - Central mechanisms เป็นกลไกเกี่ยวกับการบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลายบางส่วนหรือทั้งหมด หรือส่วนของรากประสาท (Dorsal root) หรือของปมประสาท (Dorsal ganglion cells) ซึ่งทำให้แกนประสาทสมองและไขสันหลัง (Neuraxis) เสื่อมหน้าที่อย่างรุนแรงและเป็นเวลานาน อาจเกิดในกลุ่ม Causalgia ในกลุ่ม Reflex sympathetic dystrophy ในกลุ่ม Phantom limb pain ในกลุ่ม Postherpetic neuralgia และในกลุ่มที่มีอาการปวดเนื่องจากมะเร็งทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย (Peripheral nerves) หรือทำลายรากประสาทที่รับความรู้สึก (Sensory roots) เกิดผลกระทบต่อหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง และทำให้การทำงานของเส้นประสาทส่วนปลายเสียไปด้วย บางครั้งเรียกความปวดที่เกิดร่วมกับการที่เส้นประสาทส่วนปลายได้รับบาดเจ็บและความปวดจากโรคหรือการบาดเจ็บใน Neuraxis ว่า Deafferentation pain

ทฤษฎีที่ใช้อธิบายกลไกการเกิดภาวะปวดเรื้อรัง มี 5 ข้อ คือ

1) The vicious circle mechanism. ทฤษฎีที่ใช้อธิบายกลไกนี้ถูกนำเสนอโดย Livingston (อ้างถึงใน Bonica, 1990) เมื่อเส้นประสาทและเนื้อเยื่อถูกทำลายจะมีการเร้าที่รุนแรงและมากพอในการกระตุ้นใยประสาทส่วนที่นำเข้าไขสันหลัง เกิดปฏิกิริยาสหพันธ์ในส่วนของเซลล์ประสาท (Neuron loops) เมื่อเกิดการทำงานที่ผิดปกติเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการถ่ายทอดจากกระแสประสาท เซลล์ของไขสันหลังไปยังสมองเพื่อรับรู้ความปวดและการทำงานที่ผิดปกติในไขสันหลังก็จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิกและระบบการสั่งงาน (Motor system) ทำให้หลอดเลือดหดตัว หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อลายหดตัว ซึ่งย้อนกลับมาเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดวงจรร้าย (Vicious circle) ความกลัว ความวิตกกังวลที่เกิดจากความปวดก็ทำให้เกิดการทำงานที่ผิดปกติในไขสันหลังได้ และเมื่อกระตุ้นระบบต่างๆ ก็จะเข้าสู่วงจรร้ายดังกล่าวแล้ว นอกจากนั้น การที่เนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับอันตรายเป็นสาเหตุทำให้เซลล์ในไขสันหลังตื่นตัวเพิ่มขึ้นเป็นระยะเวลานาน จึงมีผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัวตลอดเวลาและมีการตอบสนองของรีเฟล็กซ์อื่นด้วย

2) Decreased peripheral inhibition theory ทฤษฎีนี้บางครั้งเรียกว่า Nerve dissociation theory หรือ Sensory interaction theory ซึ่ง Melzack และ Wall นำมาเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีความปวด ซึ่งอธิบายความปวดเรื้อรังที่เกิดร่วมกับความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย ที่มีใยประสาทขนาดใหญ่จำนวนลดลง จึงลดการทำงานของเซลล์ไขสันหลังในการยับยั้งการส่งกระแสประสาทของเซลล์ไขสันหลังด้วย

กลไกนี้อธิบายความปวดที่เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่ใยประสาทส่วนปลายขนาดใหญ่ถูกทำลายทันทีหรือในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ Postherpetic neuralgia และผู้ที่มีความผิดปกติจากแรงกดที่เส้นประสาทส่วนปลาย

3) Ectopic impulse generation (Chronic nerve compression) Wall และ Gutnick (อ้างถึงใน Bonica, 1990) เป็นผู้ศึกษาและเสนอว่าแหล่งที่ทำให้เกิดการส่งกระแสประสาทได้เองนี้ อาจเนื่องมาจากเนื้องอกของประสาท (Neuroma) และหรือแผ่นหุ้มที่หลุดจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกกระตุ้นโดยกระแสไฟฟ้า และแผ่นหุ้มดังกล่าวกับเนื้องอกที่เกิดขึ้นใหม่ จะมีความรู้สึกไวต่อสาร Norepinephrine ที่เกิดขึ้นจำนวนมากจากการที่ระบบซิมพาทิกทำงานมากขึ้น ผลที่ตามมาคือ ใยประสาท A-delta และใยประสาท C สามารถทำให้เกิดสัญญาณได้เองและมีความไวต่อกลไกดังกล่าวด้วย ดังนั้น ผู้ที่เส้นประสาทถูกทำลายบางส่วนหรือถูกตัดทั้งหมดจึงเกิดภาวะปวดเรื้อรังได้

4) Deafferentation hypersensitivity ในการอธิบายความปวดที่เกิดจากอุบัติเหตุหรือการผ่าตัดแขน ในผู้ที่มีความรู้สึกตายด้าน (Dysesthesia) และผู้ที่มีความรู้สึกของประสาทสัมผัสผิดปกติ (Paresthesia) เมื่อการรับความรู้สึกเสียไป ทำให้รูปแบบการส่งกระแสประสาทในระบบการรับความรู้สึกของร่างกายผิดปกติไปด้วย เมื่อเกิดเนื้องอกของเส้นประสาท (Neuroma) และเส้นประสาทส่วนปลายถูกตัด ทำให้เซลล์ประสาทถูกทำลาย ความเร็วในการส่งกระแสประสาทลดลงและเซลล์ในไขสันหลังสูญเสียไป หลังจากนั้นเซลล์ในไขสันหลังจะจัดระบบในการรับข้อมูลแบบใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลางที่เกิดร่วมกับการสูญเสียการยับยั้งในการถ่ายทอดสัญญาณและการเปลี่ยนแปลงของใยประสาท C ทำให้มีการลำเลียงข้อมูลตามระบบรับความรู้สึกและถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับความปวดต่อไป

กลไกนี้ใช้อธิบายความปวดใน Postherpetic neuralgia, Arachnoiditis และ Plexus avulsion

5) Central biasing mechanism เป็นกลไกเดียวที่อาศัยข้อความรู้เกี่ยวกับระบบประสาท เรื่องการใช้อำนาจยับยั้งที่มีอิทธิพลต่อแกนสมองและไขสันหลัง กล่าวคือแกนสมองที่รวบรวมข้อมูล ทำหน้าที่เปรียบเสมือนกลไกลำเลียงส่วนกลาง (Central biasing mechanism) โดยเป็นตัวทำให้เกิดการยับยั้งหรือเกิดความลำเอียงในการถ่ายทอดข้อมูลทุกระดับ การประสานของระบบการรับความรู้สึกของร่างกายรวมถึงระบบประตูในไขสันหลังและระดับอื่นๆ การทำหน้าที่ยับยั้งของกลไกการลำเลียงส่วนกลางนี้ ขึ้นอยู่กับส่วนรับความรู้สึกที่

เป็นปกติ แต่เมื่อส่วนรับความรู้สึกเกิดความผิดปกติ เช่นในกรณีที่เส้นประสาทส่วนปลายและบริเวณที่จะทำให้ความสามารถยับยั้งของกลไกนี้ลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ปวดตลอดเวลา พบว่าภาวะเครียดทางอารมณ์และยาบางชนิด ทำให้ความสามารถของกลไกนี้เสียไป จึงทำให้ความปวดเกิดขึ้นเองได้ ในทางตรงกันข้ามเมื่อกระตุ้นผิวหนังหรือเส้นประสาทโดยเครื่องกลหรือไฟฟ้า ก็ทำให้ความสามารถยับยั้งเพิ่มขึ้นและลดอาการปวดได้

3. Central pain mechanism เป็นกลไกที่เกิดจากโรคหรือการที่ระบบประสาทส่วนกลางได้รับบาดเจ็บ อาการปวดมีลักษณะเฉพาะคือปวดแสบปวดร้อน (Burning) ความรู้สึกตายนั่น (Dysesthesia) ปวดมากผิดปกติ (Hyperalgesia) หรือความรู้สึกที่ผิดปกติอื่นๆ พบในกลุ่มที่ได้รับอุบัติเหตุซึ่งมีการบาดเจ็บของไขสันหลัง การผ่าตัดที่ไปรบกวนวิถีทางความปวด การมีน้ำในไขสันหลังผิดปกติ (Syringomyelia) และ Multiple sclerosis

กลไกความปวดเกิดขึ้นเมื่อส่วนที่รับความรู้สึกเสียไปจำนวนมาก เป็นสาเหตุทำให้เซลล์ในไขสันหลัง และในระบบการรับความรู้สึกที่อยู่เหนือระดับไขสันหลังที่ถูกตัดไป ส่งกระแสประสาทที่ผิดปกติขึ้นมาเองเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดกลไกที่เรียกว่า Pattern generating mechanism ซึ่งถูกปรับสัญญาณโดยอวัยวะภายนอก ภายในและสิ่งที่เข้ามาในระบบอัตโนมัติ สิ่งที่มาจากกลไกด้านบุคลิกภาพและปัจจัยด้านอารมณ์ ตลอดจนถึงอิทธิพลการยับยั้งจากก้านสมอง การที่ส่วนรับความรู้สึกเสียไป ทำให้การทำงานของกลไกที่นำเข้าสู่สมองลดลง เกิดการยับยั้งการถ่ายทอดความรู้สึกและมีการทำงานที่ผิดปกติ ซึ่งทำให้เกิดความปวดอยู่ตลอดเวลาและยาวนาน และเมื่อการยับยั้งลดลง จำนวนเซลล์ประสาทที่ส่งกระแสประสาทผิดปกติมีจำนวนเพิ่ม ทำให้ความรู้สึกปวดมากขึ้นเป็นสาเหตุของการแพร่กระจายต่อไป

4. Psychologic and enviromental mechanisms เป็นกลไกที่เกิดจากสาเหตุด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) Psychophysiologic (Psychosomatic) mechanisms เป็นกลไกที่เริ่มจากการมีภาวะเครียดทางอารมณ์อย่างรุนแรง ทำให้มีการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยกล้ามเนื้อคลายและหลอดเลือดหดตัว อวัยวะภายในสูญเสียหน้าที่ในการทำงานมีการหลั่งสารที่ทำให้ปวดหรือเกิดจากหลายอย่างร่วมกัน มีการเร้าที่เส้นประสาทส่วนปลายทำให้เกิดความรู้สึกปวด เกิดการตอบสนองชนิดรีเฟล็กซ์และปฏิกิริยาด้านอารมณ์ ซึ่งการสะสมของเหตุการณ์เหล่านี้จะนำไปสู่ภาวะเครียดทางอารมณ์ได้ และมีผลย้อนกลับทำให้การส่งสัญญาณประสาททางร่างกาย จิตใจมากขึ้นนำไปสู่วงจรอันตราย พบในผู้มีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง ความปวดเรื้อรังเนื่อง

จากกล้ามเนื้อหดตัวบริเวณไหล่ หลังส่วนล่างและหน้าอก การปวดศีรษะแบบไมเกรน ซึ่งเป็นปัจจัยด้านอารมณ์ ทำให้มีการสร้างสารที่ทำให้หลอดเลือดหดและขยายตัว นอกจากนั้นยังรวมถึงโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ

2) Learning (Operant) mechanisms เป็นกลไกในการอธิบายพฤติกรรมความปวดเรื้อรังภายหลังการเกิดโรคหรือได้รับบาดเจ็บว่าปฏิกิริยาของบุคคลอื่นโดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญของผู้บาดเจ็บ จะมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมความปวด ในแนวคิดนี้ใช้หลักการสร้างเงื่อนไข ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมเป็นตัวที่มีอิทธิพลหรือเป็นตัวควบคุมปัจจัยการเรียนรู้ และถูกกำหนด โดยผลที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ และพฤติกรรมความปวดเรื้อรังจะคงอยู่ตราบเท่าที่บุคคลมีความพึงพอใจ โดยไม่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเช่น สามีไม่เคยสนใจภรรยาแต่กลับห่วงใยเอาใจใส่เมื่อภรรยาได้รับบาดเจ็บ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ภรรยาพอใจ จึงเสริมให้แสดงพฤติกรรมความปวดต่อไป

3) Psychologic (Psychogenic) mechanism เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Somatoform Pain Disorder เป็นความปวดที่มีจริงไม่ได้คิดเอง เป็นความรู้สึกที่คล้ายกับ Somatogenic pain กลไกการเกิดความปวดเกิดขึ้นในวัยเริ่มต้นของชีวิตร่วมกับความวิตกกังวล ความกลัวว่าร่างกายจะได้รับอันตรายและการสูญเสียความรัก ต่อมาประสบการณ์ที่ได้รับทำให้เกิดการรับรู้ความรู้สึกอื่นๆ คือ ความปวดทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือความวิตกกังวลทำให้เกิดความปวด (Psychogenic pain) ได้ ซึ่งความปวดชนิดนี้ เป็นสัญลักษณ์ของความขัดแย้งท่ามกลางความต้องการด้านอารมณ์ที่ไม่ได้รับการตอบสนอง การยับยั้งภายในและสภาพความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่

4) Psychiatric mechanisms ในบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตใจเช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) และ Somatization disorder พบว่าบางคนมีอาการปวดตลอดเวลาและในผู้ที่มีการซึมเศร้ามักเกิดความปวดเรื้อรังได้บ่อยกว่าผู้ที่ไม่อยู่ในภาวะซึมเศร้า มีทฤษฎีที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวถึงแม้จะยังไม่อาจสรุปได้ว่า อาการปวดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของความปวดแต่เป็นที่ยอมรับว่าทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน

2.2 ลักษณะเฉพาะของความปวดเรื้อรัง (Characteristics of Pain)

ลักษณะความปวดเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในการประเมินผู้ที่มีความปวดเรื้อรังและเป็นเรื่องที่ยากเนื่องจากเป็นข้อมูลอัตนัย ได้จากการบอกเล่าของผู้ประสบกับความปวด

(Johnson, 1977) แต่ข้อมูลนั้นจะช่วยในการวินิจฉัยโรคและปัญหาทางการพยาบาล รวมทั้งการหาวิธีลดความปวดด้วย การประเมินลักษณะของความปวดควรประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ (Meinhart and McCaffery, 1983)

2.2.1 เวลาที่เริ่มปวดและความถี่ของความปวด (Onset and frequency) ในการประเมินผู้มีความปวดเรื้อรังนั้นการถามถึงเวลาที่เริ่มปวดและความถี่ของความปวด จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่มีส่วนช่วยในการวินิจฉัยได้ แต่ถ้าหากอาการปวดไม่รุนแรง อาจทำให้ตัดสินใจไม่ได้ว่าเริ่มมีอาการปวดมานานเพียงใด ดังนั้นผู้ประเมินต้องใช้ทักษะช่วยในการตั้งคำถามหรือยกเหตุการณ์ประกอบ

2.2.2 บริเวณที่ปวด (Location) บริเวณที่ปวดหมายถึง ส่วนต่างๆ ของร่างกาย หรืออาจหมายถึง ส่วนที่เคยมีก่อนที่จะถูกตัดไป เช่น ในผู้ที่สูญเสียอวัยวะแขนขา อาจเกิดความปวดบริเวณดังกล่าวได้ การบ่งบอกบริเวณที่ปวดควรระบุให้ชัดเจนเท่าที่จะทำได้และควรรวมถึงบริเวณใกล้เคียงด้วย ความปวดที่ค่อยๆ เกิดขึ้นมาเป็นเวลานาน ทำให้ยากที่จะบอกบริเวณที่แน่นอน ดังนั้น ในกรณีที่เป็นบริเวณผิวหนังหรือส่วนลึกลงไป วิธีที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้มีความปวดเรื้อรังชี้บริเวณปวดด้วยตนเอง (Johnson, 1977) และมักพบว่าส่วนใหญ่จะมีอาการปวดมากกว่าบริเวณเดียว (Meinhart and McCaffery, 1983)

2.2.3 ความรุนแรงของความปวด (Intensity) ความรุนแรงของความปวดสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ทางความรู้สึกและความทุกข์ทรมาน โดยระดับความรุนแรงของความปวด อาจจะไม่สัมพันธ์กับปริมาณของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย เพราะอาจเปลี่ยนแปลงจากสาเหตุด้านจิตใจได้เท่าๆ กับด้านร่างกาย ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลจะอดทนต่อความปวดที่รุนแรงมากในช่วงเวลาสั้นได้ดีกว่าความปวดที่รุนแรงน้อยแต่ช่วงเวลานาน ทำให้การประเมินระดับความรุนแรงของความปวดในผู้มีความปวดเรื้อรังเป็นไปได้ยาก (Johnson, 1977)

การทราบสาเหตุของความปวด อาจมีส่วนช่วยทำให้ทราบระดับความรุนแรงของความปวดได้บ้าง แต่ไม่ได้เป็นตัวแทนที่เชื่อถือได้เสมอไป เพราะในบางกรณีความปวดเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ วิธีที่ใช้ประเมินโดยทั่วไปใช้คำพูดหรือการเขียน (Meinhart and McCaffery, 1983) เครื่องมือที่นิยมใช้วัดความรุนแรงของความปวดมากที่สุดคือ VAS (Visual Analogue Scale) (Baillie, 1993) ประกอบด้วยเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตรเป็นแนวตั้งหรือแนวนอน จุดเริ่มต้นคือไม่มีความปวดเลยและจุดอีกข้างหนึ่ง คือมีความปวดจนทนไม่ไหว ให้ผู้มีความปวดทำเครื่องหมายบนเส้นตรงเมื่อวัดความยาวจากจุดที่ไม่

มีความปวดถึงจุดที่มีเครื่องหมาย ระยะทางที่ได้คือ ปริมาณความรุนแรงของความปวดที่ต้องการประเมิน ข้อดีของเครื่องมือดังกล่าวคือมีความไว เข้าใจง่าย สะดวกในการใช้และสามารถใช้ได้ในทุกแห่งเหมาะสมในการประเมินบุคคลคนเดียวกันในระยะเวลาที่ต่างกัน รวมทั้งนำไปวิเคราะห์ทางสถิติได้ด้วย (Lynch, Kelly and Vasudevan, 1992) อย่างไรก็ตาม Carlsson (อ้างถึงใน Bonica, 1990) มีความคิดเห็นว่าความตรงของเครื่องมือ VAS ในผู้มีความปวดเรื้อรังยังไม่เป็นที่น่าพอใจ แต่จากการศึกษาของ Kremer และคณะ (อ้างถึงใน Meinhart and McCaffery, 1983) พบว่าเมื่อวัดระดับความรุนแรงของความปวดในกลุ่มผู้มีความปวดเรื้อรังโดยใช้ VAS สเกลที่เป็นตัวเลข (Numerical Scale) และสเกลที่เป็นคำอธิบายแบ่งระดับ (Adjectival Scale) ผลของระดับความรุนแรงของความปวดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้กลุ่มผู้มีความปวดเรื้อรังจะชอบใช้สเกลที่เป็นคำอธิบายมากกว่า

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความรุนแรงของความปวด โดยนำสเกลวัดของจอห์นสัน (Johnson's two component scales) (Stewart, 1977) ที่วัดความปวดเป็น 2 ส่วนคือ ประกอบด้วยความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมานประยุกต์เข้ากับสเกลการวัด โดยใช้ VAS (Visual Analogue Scale) ชนิดเส้นตรงในแนวนอน ความยาว 10 เซนติเมตร

2.2.4 ลักษณะของอาการปวด (Quality) ในการใช้คำอธิบายลักษณะของอาการปวดเป็นเรื่องยากที่สุดในการประเมินลักษณะเฉพาะของความปวดเรื้อรัง (Pain characteristics) บางคนไม่ทราบจะหาคำอธิบายความปวดของตนเองอย่างไร ดังนั้น อาจยกตัวอย่างให้เลือกซึ่งข้อความที่ใช้บ่อยคือ ปวดเสียด ปวดออกเสบออกร้อน ปวดรื้อนวบาว ปวดทั่วบริเวณ (Meinhart and McCaffery, 1983) เพราะการใช้ข้อความต่างๆ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญที่ความปวดมีต่อบุคคลนั้นและหากรู้สึกว่าการปวดรุนแรงมากเพียงใดผู้มีความปวดก็จะใช้ข้อความอธิบายหลายอย่างและใช้ข้อความที่แปลกๆ เปรียบเทียบมากยิ่งขึ้นกว่าที่เคยใช้อธิบายตลอดจนมีนัยสำคัญกว่าผู้ที่ใช้ข้อความอธิบายธรรมดา (Weisenberg, 1975)

ลักษณะของอาการปวดที่เกิดจากพยาธิสภาพบริเวณผิวหนัง (Superficial pain) จะมีอาการเหมือนถูกแทง ปวดเสียดหรือปวดออกเสบออกร้อน (Meinhart and McCaffery, 1983) ในกลุ่มที่มีอาการปวดของกล้ามเนื้อ (Myofascial pain and Fibromyalgia) อาการปวดจะเป็นแบบปวดลึกๆ ปวดร้าว ความรุนแรงมีตั้งแต่ปวดเล็กน้อยถึงปวดมาก อาจเป็นแบบตลอดเวลา และเมื่อใช้งานหรือบางครั้งมีอาการชาร่วมด้วย (ประดิษฐ์ ประทีปวิษ, 2534) O'Dell (1977) กล่าวถึงผู้ที่มีประสบการณ์ความปวดเป็นเวลานานจะสามารถอธิบาย

รายละเอียดเกี่ยวกับบริเวณที่ปวด เวลา ลักษณะ และจะประเมินความปวดได้เป็นอย่างดี เพราะว่าความปวดได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในผู้ที่ประสบกับความปวดเรื้อรังจากข้ออักเสบ รูมาตอยด์ จะมีลักษณะอาการปวดเป็นแบบตื้อๆ หรือปวดตึงๆ ปวดแสบและปวดเฉพาะที่หรือแผ่กระจายเป็นบริเวณกว้าง

ในผู้ป่วยมะเร็ง ความปวดอันเกิดจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น บริเวณปลายประสาท รับความรู้สึกปวดซึ่งอยู่ใต้ผิวหนัง ใต้เยื่อหุ้มกระดูกภายใน บริเวณข้อต่อและกล้ามเนื้อต่างๆ จะรู้สึกปวดตื้อๆ บอกตำแหน่งได้ชัดเจน ในขณะที่ความปวดเกิดจากอวัยวะภายในบอกตำแหน่งที่ปวดไม่ได้ และส่งความรู้สึกปวดไปตำแหน่งที่ไกลจากเดิม ส่วนความปวดที่เกิดขึ้นบริเวณเส้นประสาทรับความรู้สึกปวดและหรือเส้นประสาทส่วนกลางถูกทำลาย จะรู้สึกปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล็บ หรือเสียวซ่าคล้ายถูกหนามแทง (สุพัตรา แสงรุจิ, 2534)

McGill Pain Questionare เป็นเครื่องมือประเมินความปวดสำหรับกลุ่มผู้ที่มีความปวด เลือกรายชื่อความอธิบายลักษณะของอาการปวดทั้งด้านความรู้สึกได้แก่ ปวดตื้อๆ เหมือนตีพจนต์ ปวดร้อนวูบวาบ ปวดตื้อๆ ปวดแน่นตึง ปวดร้าว ด้านอารมณ์ได้แก่ ปวดน่ารำคาญ ปวดเย็นๆ ปวดลึกๆ ปวดแบบหมดแรง

นอกจากนั้น อาการที่เกิดร่วมกับความปวดเช่นคลื่นไส้ ปวดศีรษะ หน้ามืด ท้องผูก หรืออาการกระสับกระส่าย จะทำให้ทราบล่วงหน้าว่าจะมีอาการปวดตามมามากภายหลัง ซึ่งสามารถหาทางป้องกันผลที่จะเกิดขึ้นได้ (Potter and Perry, 1989) หรือปัจจัยที่ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล อาจมีผลต่อผู้ที่มีความปวดจากโรครูมาตอยด์ ข้ออักเสบ สภาพแวดล้อม สภาพอารมณ์ การรับประทานอาหารอาจมีส่วนทำให้ความปวดรุนแรงขึ้นหรือทุเลาลงได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการประเมินความปวดเรื้อรัง ควรประเมินหลายมิติได้แก่ การรายงานของผู้ที่มีความปวด การสังเกตพฤติกรรมและการประเมินการทำหน้าที่ต่างๆ ของคนเรา เพื่อจะได้ข้อมูลครอบคลุมเพียงพอในการดูแลผู้ที่มีความปวดเรื้อรังต่อไป

2.3 กลวิธีการเผชิญความปวดเรื้อรัง (Coping strategies with chronic pain)

Lazarus และ Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียด (Coping) ว่าเป็นกระบวนการของความพยายามในการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อความต้องการทั้งภายนอกและภายในที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งได้รับการประเมินว่า

เกินสติกำลังความสามารถของตน โดยเมื่อมีสิ่งกดดันจากภายนอกก็จะมี การตอบสนองด้วยการป้องกันหลีกเลี่ยง หรือควบคุมภาวะไม่สบายใจทางอารมณ์ดังกล่าว และถ้าหากบุคคลรับรู้ ว่ามีความเครียดเกิดขึ้นก็จะกระทำการใดๆ เพื่อที่จะลดหรือโต้ตอบหรืออยู่เฉยเพื่อคงความ สมดุลของบุคคลนั้นไว้ (Weisman and Worden อ้างถึงใน Hymovich and Hagopian, 1992) ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจเป็นไปได้ทั้งพฤติกรรมเฉพาะหรือทางความคิดที่นำมาใช้เพื่อ ตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น (Tunks and Bellissimo, 1988) ซึ่ง Burckhardt (1987) ได้กล่าวถึงการเผชิญความเครียด (Coping) หมายถึง ความพยายามที่จะควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิด ความเครียดทั้งหลาย เมื่อการตอบสนองตามปกติหรือการตอบสนองโดยอัตโนมัติของ บุคคลไม่ได้ผล เป็นความพยายามที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัดผลกระทบที่เกิดจากความเครียดนั้น (Jensen et al., 1991) ดังนั้น การเผชิญความเครียด (Coping) จึงเป็นทั้งกระบวนการ ทางความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งก่อให้เกิดความเครียดนั้นมีมากกว่า ความสามารถของร่างกายจะตอบสนองได้ สำหรับกลวิธีการเผชิญความเครียด (Coping strategies) ตามแนวความคิดของ Hymovich และ Hagopian (1992) หมายถึง กลุ่ม พฤติกรรมที่บุคคลนำมาใช้เมื่อเกิดภาวะเครียดเพื่อพยายามทำให้สถานการณ์ต่างๆ ดีขึ้น

ในผู้ป่วยเรื้อรัง มีสิ่งคุกคามหลายอย่างซึ่งเป็นสาเหตุร่วมกันที่ทำให้บุคคลเกิดภาวะ เครียดได้แต่ความปวดดูเหมือนจะเป็นสิ่งคุกคามอันดับแรกๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งผู้มีความปวดเรื้อรังต้องเผชิญ (Keefe, Sally and Lefebvre, 1992) ในที่นี้เมื่อสิ่งที่ก่อให้เกิด ความเครียดคือ ความปวดเรื้อรัง ดังนั้น จากความหมายดังกล่าวจึงพอจะสรุปได้ว่า วิธี การเผชิญความปวดเรื้อรัง (Coping with chronic pain) เป็นกระบวนการของความ พยายามทางความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้น เพื่อเผชิญกับความปวดเรื้อรังโดยมี จุดมุ่งหมายเพื่อขจัดสิ่งที่เกิดจากการเผชิญความปวดเรื้อรังนั้น ส่วน Hill (1993) ได้ให้ ความหมายของกลวิธีการเผชิญความปวด (Coping strategies) ว่าหมายถึง กิจกรรมทั้งด้าน ความคิด พฤติกรรม หรือปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกทางอารมณ์เพื่อลดความปวดของตน ใน ขณะที่ Fernandez และ Turk (1989) แบ่งกลวิธีการเผชิญความปวด (Coping strategies) ออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความคิด (Cognitive coping strategies) หมายถึง กลวิธีลดความ ปวดโดยผ่านความนึกคิดของบุคคล เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจหรือการแปลความหมาย ของความปวดใหม่ และด้านพฤติกรรม (Behavioral coping strategies) หมายถึง กลวิธี ลดความปวด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มองเห็น เช่น การเดิน หรือการพบปะเพื่อนฝูง

จากการศึกษาของ Hymovich (อ้างถึงใน Hymovich และ Hagopian, 1992) ในมารดาเด็กป่วยเรื้อรังพบพฤติกรรมต่างๆ 7 ประเภทคล้ายกันคือ การแสวงหาข้อมูลและแหล่งประโยชน์ การใช้ข้อมูลจากแหล่งประโยชน์นั้น การจัดการกับสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียด การปรับปรุงกลวิธีต่างๆ ที่นำมาใช้ การวางแผนล่วงหน้า การให้ความรู้และการช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น

เมื่อวิเคราะห์โดยเน้นเฉพาะกลวิธีการเผชิญความเครียด (Coping strategies) ตามทฤษฎีแล้วต้องประกอบด้วยคุณสมบัติ 3 ประการคือ ต้องมีการวางแผนไว้ล่วงหน้ามีการเลือกที่จะใช้วิธีใด และเมื่อเลือกแล้วควรมีการใช้วิธีนั้นอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น เมื่อเกิดภาวะเครียดบุคคลใช้วิธีปฏิเสธ (Denial) จึงเป็นสิ่งที่ไม่ได้ตั้งใจหรือเลือกที่จะทำ และหากพิจารณาตามคุณสมบัติแล้ว การตอบสนองที่เป็นไปตามอัตโนมติก็ไม่อยู่ในความหมายด้วย แต่บางครั้งการปฏิเสธในบางสถานการณ์ก็เป็นการตอบสนองที่เหมาะสม (Breznitz, อ้างถึงใน Tunks and Bellissimo, 1988) ดังนั้น กลวิธีการเผชิญความเครียดควรจะรวมถึง ความพยายามในการตอบสนองโดยทั่วไปของบุคคลที่มีต่อภาวะเครียดทั้งด้านพฤติกรรม จิตใจที่กระทำโดยรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว ตั้งใจทำหรือทำโดยอัตโนมัตติตาม (Tunks and Bellissimo, 1988)

Cohen และ Lazarus (อ้างถึงใน Burckhardt, 1987) ได้ระบุถึงแนวทางเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดมี 5 ประการคือ

1. การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) เป็นความต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ที่จะใช้แก้ปัญหาในขณะนั้น ในผู้ที่มีความปวดเรื้อรังก็จะสนใจเกี่ยวกับวิธีที่จะลดความปวด หรือข้อมูลเกี่ยวกับยาที่จะใช้ลดความปวด

2. การกระทำโดยตรง (Direct action) เมื่อมีความปวดเรื้อรัง หมายความว่า สิ่งบุคคลกระทำหรือจัดการเพื่อลดความปวดโดยตรง ทั้งนี้ ไม่รวมการกระทำที่เกี่ยวกับความคิด การกระทำเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายที่ตนเองหรือสิ่งแวดล้อม บุคคลตั้งใจกระทำเพื่อเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ตนอยู่ในภาวะปวดเรื้อรัง

3. การยับยั้งการกระทำ (Inhibition of action) ในการจัดการต่อความปวดที่มีประสิทธิภาพมักจะต้องมีการหลีกเลี่ยง การกระทำบางอย่างที่อาจมีอันตรายต่อบุคคลได้

4. การใช้กระบวนการทางจิต (Intrapsychic process) หมายถึง กระบวนการทางความคิดทั้งหมดและกระบวนการกลไกป้องกันตัว (Defense mechanism) ซึ่งประกอบด้วย การปฏิเสธ (Denial) การใช้สติปัญญา (Intellectualization) การหลีกเลี่ยง (Avoidance)

การปลีกตนจากสถานการณ์ (Detachment) กลวิธีต่างๆ (Strategies) ได้แก่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) การใช้เทคนิคการตอบสนองทางชีวภาพ (Biofeedback) การเปลี่ยนแปลงความคิด (Cognitive transformation) ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้เกิดขึ้นเพื่อรักษาความสมดุลทางอารมณ์และควบคุมความรู้สึกที่จะนำอันตรายมาสู่ผู้ที่มีปัญหาความปวดเรื้อรังทั้งร่างกายและจิตใจ

5. การหันกลับไปหาบุคคลอื่น (Turning to others) การได้รับการสนับสนุนเป็นการช่วยเหลือที่ส่งเสริมความพยายามในการจัดการกับความปวดและทำให้เพิ่มความรู้สึกว่าตนมีสุขภาพดี และการแสวงหาผู้อื่นเพื่อการสนับสนุนเป็นปัจจัยที่จะช่วยลดความปวดได้

ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความปวดเรื้อรัง แบ่งกลวิธีการเผชิญความปวดเรื้อรังออกเป็น 2 วิธีคือกลวิธีการกระทำด้วยตนเอง (Active strategies) คือ การตอบสนองที่บุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มทำด้วยตนเองเพื่อลดความปวดได้แก่ การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจกรรม และการไม่สนใจความรู้สึกปวด ส่วนกลวิธีที่ไม่ได้กระทำด้วยตนเอง (Passive strategies) คือ การที่บุคคลไม่ยอมริเริ่มปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อลดความปวด ยกภาระการลดความปวดไปให้แหล่งอื่นๆ โดยไม่ได้เป็นผู้เริ่มต้น ได้แก่ การพักผ่อน การพึ่งยาแก้ปวด (Brown and Nicassio อ้างถึงใน Jensen et al., 1991)

Bowman (1994) ได้ศึกษาถึงปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดเรื้อรังในกลุ่มที่มีปัญหาความปวดเรื้อรังบริเวณหลังส่วนล่างพบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีลดความปวดแตกต่างกัน ได้แก่ การแสวงหาวิธีที่ไม่ใช้วิธีการทางการแพทย์ (Seeking non medical relief) คือวิธีต่างๆ ที่รวมการพักผ่อน การนอน การเดินและการออกกำลังกาย การใช้แผ่นความร้อนและการนวดนำมาใช้เพื่อลดความปวด บางคนใช้หลายวิธีร่วมกันและบางวิธีก็ได้ผลมากกว่าวิธีอื่น วิธีลดความปวดวิธีอื่นๆ คือ การหาสาเหตุ (Seeking a cause) เป็นการค้นหาว่าความปวดเกิดจากอะไร เพื่อจะยืนยันว่าปวดจริง การแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ (Seeking medical help) หมายถึง การพบแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือในการลดความปวด การใช้ยา (Using medication) ในกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรังมักมาพบแพทย์เพื่อต้องการยา โดยระยะแรกมีความหวังว่าการรับประทานยาจะทำให้อาการปวดลดลง แต่เมื่ออาการไม่ทุเลาและต้องรับประทานยาบ่อยขึ้น ก็มักส่งผลกระทบต่อจิตใจ และวิธีสุดท้าย คือการยอมรับความปวด (Accepting the pain) วิธีนี้ผู้ที่มีความปวดเรื้อรังจะเรียนรู้และยอมรับความปวดและยอมรับการมีชีวิตอยู่ร่วมกับความปวด (Living with the pain) ได้

จากแนวคิดเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความปวดเรื้อรังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกันแล้วจะเห็นได้ว่า กระบวนการของความพยายามด้านความคิดและอารมณ์ตามแนวคิดของ Hill ก็คือ การปฏิเสธความปวดของ Breznitz การใช้กระบวนการทางจิตของ Cohen และ Lazarus การไม่สนใจความรู้สึกของ Brown และ Nicassio หรือการยอมรับความปวดของ Bowman ส่วนกระบวนการของความพยายามด้านพฤติกรรมในแนวคิดของ Hymovich และ Hagopian ก็คือการแสวงหาและการใช้ข้อมูล การปรับปรุงกลวิธี การให้ความรู้ของ Hymovich การยับยั้งการกระทำ การหันกลับไปหาบุคคลอื่นของ Cohen และ Lazarus การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจกรรม การพักผ่อน การพึ่งยาแก้ปวด ของ Brown และ Nicassio หรือการเดินและการใช้แผ่นความร้อนของ Bowman นั้นเอง

นอกจากนั้นวิธีการปรับปรุงกลวิธีต่างๆ ที่นำมาใช้เมื่อเกิดความเครียด ซึ่งเป็นพฤติกรรมหนึ่งของมารดาเด็กป่วยเรื้อรังดังที่กล่าวข้างต้น ก็สามารถจัดเข้าอยู่ในกระบวนการของความพยายามด้านใดด้านหนึ่งของแนวคิดที่ Hymovich และ Hagopian กล่าวถึงได้

ในการศึกษาถึงกลวิธีการเผชิญความเครียดนั้น เนื่องจากส่วนใหญ่ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ที่ได้จากการบอกเล่าของบุคคล ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเดียวกันอาจมีวิถีทางการเผชิญเหตุการณ์เดียวกันที่แตกต่างกันได้ เพราะฉะนั้นผลที่ได้รับก็จะแตกต่างกัน พฤติกรรมที่แสดงออกอาจเป็นการปรับตัวได้และปรับตัวไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกันไป (Burckhardt, 1987)

Afflect et al., (1992) ได้ศึกษากลวิธีการเผชิญความปวดในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ซึ่งพบว่ากลวิธีที่ผู้ป่วยใช้บ่อยคือ การกระทำโดยตรงและการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ส่วนกลวิธีที่ใช้น้อยที่สุดคือการแสดงออกทางอารมณ์และการให้คำจำกัดความใหม่ (Redefining) และเมื่อควบคุมคุณลักษณะที่เป็นตัวทำนายการเลือกใช้กลวิธีที่แตกต่างกัน ซึ่งประกอบด้วยเพศ การเสื่อมสมรรถภาพ บุคลิกลักษณะอาการทางประสาท (Neuroticism) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความปวดแล้วพบว่า ผู้ที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายในแต่ละวันบ่อยครั้งจะมีความปวดน้อยกว่าผู้ที่ใช้น้อยครั้ง

ส่วนการศึกษาถึงกลวิธีการเผชิญความเครียดหรือความปวดในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า กลวิธีส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยนำมาใช้ได้แก่เทคนิคการผ่อนคลาย การรับประทุษร้าย การพยายามยอมรับความปวด การเก็บกดความรู้สึกหรือการแปลความหมายความปวดในแนวทางที่จะควบคุมความปวดได้ (Arathuzik, 1991)

นอกจากนั้น ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลวิธีการเผชิญความปวด โดยใช้แบบสัมภาษณ์ (Coping strategies questionnaires) สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเดียวกันที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า พบว่าการใช้กลวิธีการเผชิญความปวด มีความสัมพันธ์กับการวัดระดับความรุนแรงของความปวดและการปรับตัว (Adjustment) คือผู้ป่วยที่ให้ค่าคะแนนความสามารถในการควบคุมความปวดได้มากจะมีระดับความรุนแรงของความปวด และภาวะจิตใจเสื่อมน้อยกว่าผู้ที่ให้ค่าคะแนนความสามารถในการควบคุมความปวดน้อย (Keefe et al., 1991)

ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อกลวิธีการเผชิญความปวดคือความเชื่อของผู้ป่วย โดยในปี ค.ศ. 1991 Williams และ Keefe ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ดังกล่าว ผลปรากฏว่าผู้ที่มีความเชื่อในความปวดหมายถึงความอดทนและเป็นเรื่องที่ดีกลับจะใช้กลวิธีการเผชิญความปวดด้านความคิดน้อยกว่า และมีความเห็นว่ากลวิธีที่ใช้มีประสิทธิภาพน้อยกว่ากลุ่มที่มีความเข้าใจความปวดดี และคิดว่าความปวดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลาช่วงสั้น

ดังได้กล่าวแล้วว่ากลวิธีการเผชิญความปวดเรื้อรัง มีวิธีปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป การที่จะทราบถึงกลวิธีเหล่านั้น ส่วนใหญ่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบสอบถามให้ผู้ที่มีความปวดรายงานด้วยตนเอง บันทึกการพยายามเผชิญกับความปวดด้วยตนเองตลอดเวลา ข้อเท็จจริงขึ้นอยู่กับผู้รายงานซึ่งเชื่อว่ายู่ในฐานะเป็นผู้ที่รู้ดีกว่าผู้สังเกต และนอกจากนั้นยังเป็นวิธีที่ง่ายในการเก็บข้อมูลไม่เสียเวลาและไม่ต้องใช้ความพยายามมากเกินไป (Jensen et al., 1991)

ปัจจุบันมีเครื่องมือประเมินกลวิธีการเผชิญความปวดหลายรูปแบบด้วยกัน โดยต่างก็มีวัตถุประสงค์ของการประเมินตามแนวคิดที่แตกต่างกันไป ในจำนวนดังกล่าวแบบสัมภาษณ์กลวิธีการเผชิญความปวด (Coping strategies questionnaires) ของ Rosensteel and Keefe เป็นแบบวัดที่เน้นกลวิธีด้านความคิดมากกว่าด้านอื่นประกอบด้วย 7 หัวข้อคือ การเปลี่ยนความตั้งใจ การรับรู้ความรู้สึกของความปวดที่แปลความหมายใหม่ การไม่สนใจความปวด การใช้คำพูดกับตนเอง การสวดมนต์หรือการตั้งความหวัง การทำให้เกิดการทำลาย (Catastrophizing) และการเพิ่มการแสดงพฤติกรรม ตลอดจนวัดความสามารถที่ควบคุมและลดความปวดได้ (Lawson et al, 1990)

ส่วน VPMI (Vanderbilt Pain Management Inventory) เป็นเครื่องมือประเมินกลวิธีการเผชิญความปวด ประกอบด้วย 18 หัวข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็นกลวิธีซึ่งกระทำด้วยตนเอง

(Active) เช่น การออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมต่างๆ การไม่สนใจความปวดและกลวิธีที่บุคคลไม่ได้ลงมือกระทำ (Passive) ซึ่งรวมถึงการถอยหนี ยกภาระการลดความปวดไปให้แหล่งอื่นๆ โดยไม่ต้องลงมือกระทำดังได้กล่าวแล้ว (Brown and Nicassio อ้างถึงใน Jensen et al., 1990)

สำหรับเครื่องมือประเมิน ซึ่งเป็นแบบสอบถามวิธีทางเผชิญความเครียด (Ways of coping checklist) ของ Folkman และ Lazarus มีวัตถุประสงค์ของการนำมาใช้คือ ประเมินกลวิธีเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งการประเมินจะมีปัญหาในผู้ป่วยแต่ละคน เพราะกลวิธีการเผชิญความเครียด จะใช้เมื่อมีสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเพียงอย่างเดียวเช่น ความปวด ซึ่งอาจแตกต่างจากการเผชิญความเครียดเมื่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ เหตุการณ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่ความปวด และทำให้เกิดความเครียดได้ (Keefe, Salley and Lefebvre, 1992)

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลวิธีการเผชิญความปวดเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน ไม่ครอบคลุมกลวิธีบางอย่างซึ่งอาจมีความสำคัญได้แก่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคผ่อนคลายและกระบวนการเปรียบเทียบกับสังคม (Jensen et al., 1991) และจากรายงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินกลวิธีการเผชิญความปวดเรื้อรัง และการปรับตัวโดยประเมินการเผชิญความเครียดที่เป็นตัวชี้วัดความแตกต่างของกลวิธีที่ใช้ พบว่าการพิจารณาคะแนนของกลวิธีการเผชิญความเครียดเป็นรายบุคคล ให้ข้อมูลมากกว่าวิธีวัดที่ได้จากการใช้ส่วนประกอบอื่นๆ ร่วมกัน (Jensen, Turner and Romano, 1992)

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว จึงพอจะสรุปได้ว่า กลวิธีที่บุคคลใช้ในการเผชิญความปวดเรื้อรังมีหลายแนวคิด ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Hill (1993) ที่แบ่งเป็นกลวิธีการเผชิญความปวดด้านความคิดและด้านพฤติกรรม และเลือกแนวคิดของ Affleck et al., (1992) และคณะมาเป็นแนวทางในการกำหนดหัวข้อในการประเมินด้วย โดยเพิ่มเป็นด้านอารมณ์ ซึ่งแม้ว่าจากผลการศึกษาจะพบว่าใช้กลวิธีการเผชิญความปวดด้านอารมณ์น้อยก็ตาม แต่จากข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังพบจำนวนไม่น้อยและตามแนวคิดของ Hill นั้น การแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์ก็ช่วยลดความปวดได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกนำมาเป็นหัวข้อในการประเมินครั้งนี้ เพราะสามารถจำแนกเป็นด้านต่าง ๆ และนำไปสู่รายละเอียดของกลวิธีที่ส่วนหนึ่งได้มาจากการวิจัยต่าง ๆ ซึ่งผู้ที่มีความปวดเรื้อรังใช้ในการลดความปวด สรุปได้ดังนี้

1. กลวิธีการเผชิญความปวดด้านความคิด หมายถึง กระบวนการทางความคิดทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยการใช้ความรู้ สถิติปัญญา กลวิธีต่างๆ ได้แก่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้เทคนิคการตอบสนองทางชีวภาพ (Biofeedback) การเปลี่ยนแปลงความคิด (Cognitive transformation) เพื่อลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความปวดเรื้อรัง
2. กลวิธีการเผชิญความปวดด้านอารมณ์ หมายถึง กลไกป้องกันตัว ซึ่งประกอบด้วย การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การปลีกตนจากสถานการณ์และวิธีอื่นๆ เพื่อรักษาสภาวะอารมณ์ในผู้ที่มีความปวดเรื้อรัง
3. ด้านพฤติกรรม เป็นการแสดงพฤติกรรมทุกอย่างที่ไม่ได้ หมายถึง การกระทำที่เกี่ยวกับความคิดและอารมณ์ เพื่อต้องการจะลดความปวดได้แก่ การแสวงหาข้อมูล การพักผ่อน การรับประทานยา การออกกำลังกาย การประคบด้วยความร้อนหรือเย็น การนวด การเปลี่ยนท่า การไปพบแพทย์ เป็นต้น

2.4 พฤติกรรมความปวดเรื้อรัง (Pain behavior)

Meinhart และ McCaffery (1983) กล่าวถึงพฤติกรรมความปวดว่าเป็นสิ่งที่ผู้มีความปวดแสดงหรือพูดเพื่อตอบสนองต่อความปวดเช่น การร้องไห้ การเปลี่ยนท่าหรือการแสดงทางสีหน้าหรือคำพูดว่าเขารู้สึกปวด พฤติกรรมนี้มีความหมายอยู่ในตัวเอง มีจุดมุ่งหมายและเป็นที่เข้าใจว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสาร นอกจากนั้นพฤติกรรมความปวดยังรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้จากการบันทึกเช่น เวลาที่นอนพักเนื่องจากความปวด การไปพบบุคลากรทางการแพทย์หรือการได้รับยา (Follick, Ahern and Aberger and Fordyce อ้างถึงใน Keefe, Bradley and Crisson, 1990) และพฤติกรรมเคลื่อนไหวเช่น การเคลื่อนไหวที่ทำให้เกิดความปวด การหลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้เกิดความปวด หรือการแสดงทางสีหน้าเมื่อเกิดความปวด ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้ (Keefe and Block อ้างถึงใน Keefe, Bradley and Crisson, 1990) หรือเพื่อให้ผู้อื่นทราบว่าตนกำลังประสบกับความปวด ได้แก่การส่งเสียงร้อง (Vocalizations) คือ การส่งเสียงที่ไม่ใช่ภาษาพูด การร้องคราง การส่งเสียงฮึดฮัด ครวญคราง สะอื้นหรือตะโกน การเคลื่อนไหวร่างกาย การแสดงออกทางสีหน้า (Facial expressions) เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดว่า บุคคลมีความปวดเช่น มีการแหม้มริมฝีปากแน่น อ้าปากหรือกัดริมฝีปาก ลืมตาหรือหลับตาแน่น การน้าวหน้า การขมวดคิ้ว หน้าบิดเบี้ยวส่วนใดส่วนหนึ่ง การพูดถึงความรู้สึกปวด (Verbalizations) แสดงออกโดยการสื่อสารด้วยคำพูด (Meinhart

and McCaffery, 1983) และพฤติกรรมความปวดยังหมายถึงการแสดงออกโดยมีท่าที่ กระสับกระส่าย การที่ไม่เคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนหรือทั้งหมดเนื่องจากความปวด ซึ่ง Johnson (1977) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายการถู การนวดบริเวณของ ร่างกายที่เกิดความปวด การเปลี่ยนท่า การเดินหรือนอนพักเป็นการทำเพื่อแสดงว่ามีความปวด ด้วย

นอกจากนั้น Meinhart และ McCaffery (1983) ยังได้กล่าวว่าพฤติกรรมความปวดเหล่านี้ แสดงออกโดยอยู่เหนืออำนาจของจิตใจเป็นการบ่งบอกถึงความรุนแรง ระยะเวลา การให้ความหมายของความปวดและเป็นการแสดงให้เห็นว่า บุคคลนั้นกำลังประสบกับความปวด จากการศึกษาพฤติกรรมความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง บริเวณหลังส่วนล่างของ Keefe และ Block (อ้างถึงใน Bonica 1990) โดยสร้างแบบสังเกตพฤติกรรมความปวด พบว่า พฤติกรรมความปวดที่สังเกตได้คือ เกิดอาการปวดขณะเคลื่อนไหว การใช้อุปกรณ์ ยึดเหนี่ยว การถูบริเวณที่ปวดและการถอนหายใจสัมพันธ์กับการรายงานความรุนแรงของผู้ที่มีความปวดเรื้อรัง ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Keefe และ Dolan (1986) แตกต่างเพียง พฤติกรรมเดียวคือ การถูบริเวณที่ปวดและจากการทดลองของ Keefe และ Hill (อ้างถึง ใน Bonica, 1990) โดยใส่เครื่องมือที่เท้าเพื่อวัดการเดินในผู้ที่ปวดหลังแล้วบันทึกวิธีที่คนไข้ พบว่าผู้ที่มีความปวดจะแสดงพฤติกรรมโดยการเดินช้า ก้าวเท้าสั้นกว่าคนปกติ การทรงตัวของ ขา 2 ข้างไม่เท่ากัน และแสดงพฤติกรรมความปวดมากกว่าผู้ที่ไม่มีความปวด นอกจากนี้ ยังมีวิธีบันทึกพฤติกรรมความปวดด้วยตัวเองของ Fordyce ซึ่งจะบันทึกระยะเวลาที่สูญเสีย ไปในอิริยาบถนั่ง ยืนหรือเดิน และนอนพัก รวมทั้งการไ้ยา (Keefe and Lefebvre, 1994) ส่วน Richards และคณะ (1982) ได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมความปวดที่ได้จากการ สังเกตพฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้ที่มีความปวดเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อจำกัดการ ทำกิจกรรม 2 ข้อ พฤติกรรมการเคลื่อนไหว 7 ข้อ และการไ้ยา 1 ข้อ จะเห็นได้ว่า การ ประเมินพฤติกรรมความปวดมีหลายวิธีเช่น การสังเกตการใช้เครื่องช่วยบันทึกและการบันทึก ด้วยตัวผู้มีความปวดเอง รวมถึงการบันทึกโดยผู้อื่น สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ แบบประเมินพฤติกรรมความปวดของ Richards และคณะ (1982) เพราะเป็นแบบประเมิน ที่วัดพฤติกรรมได้ทั้งทางตรง คือ สังเกตพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้มีความปวดเรื้อรัง และ ทางอ้อมคือการใช้ยา แบบประเมินดังกล่าวมีความไวในการบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความปวดที่สังเกตได้ ใช้ระยะเวลาสั้นในการประเมิน สามารถติดตามความก้าวหน้าในการ

รักษาได้ด้วย และได้จากการรายงานของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังเข้าใจง่ายและมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก (Feuerstein et. al. อ้างถึงใน Vlaeyen et. al., 1990)

2.5 ผลกระทบของความปวดเรื้อรัง (Impact of Chronic Pain)

Bonica (1990) กล่าวว่า ผลกระทบด้านจิตใจในผู้มีความปวดเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ปัจจัยที่มีอิทธิพลคือระยะเวลาที่ปวดความรุนแรงความถี่ของความปวด บุคลิกภาพและการสร้างสมด้านจิตใจของแต่ละบุคคลและปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ปวดเป็นปัจจัยสำคัญในการทดสอบผลกระทบด้านความคิด บุคคลจะสามารถทนได้ในระยะสั้นไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายหรือจิตใจ แม้ว่าระดับความปวดจะรุนแรงก็ตาม แต่ถ้าความปวดเกิดขึ้นเป็นเวลานานและตลอดเวลา ความรุนแรงของความปวดจะรบกวนกระบวนการทางความคิดทำให้ไม่มีสมาธิ บางรายอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่มักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Johnson, 1977)

จากการศึกษาของ Taushke, Merskey และ Helmes (1990) เกี่ยวกับการใช้กลไกป้องกันทางจิตใจในผู้ที่มีความปวดพบว่าความปวดเรื้อรังอาจเกิดจากการใช้กลไกป้องกันทางจิต โดยการเปรียบเทียบกลุ่มผู้ที่มีความปวดเรื้อรังกับกลุ่มที่มีปัญหาทางจิตเวช กลุ่มที่มีปัญหาความปวดเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลที่ดีเมื่ออยู่ในวัยเด็ก แนวโน้มที่จะใช้กลไกป้องกันทางจิตใจมากกว่ากลุ่มที่เป็นปัญหาทางจิตเวช และกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรังได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาทางจิตเวชน้อยกว่า แต่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากกว่า

เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ชายและหญิงที่มีภาวะปวดเรื้อรังบริเวณหลังส่วนล่างแล้ว พบว่าการรับรู้ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย (Lisanti และ Verdisco, 1994) และในผู้ที่มีความปวดเรื้อรังนั้นจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นภาวะความรู้สึกของบุคคลที่ต้องทนต่อความปวด การบาดเจ็บหรือการสูญเสีย (Copp อ้างถึงใน Meinhart and McCaffery, 1983) หรืออาจหมายถึงความรุนแรงของความปวดที่รบกวนหรือทำให้บุคคลรู้สึกทรมานจิตใจได้ (Meinhart and McCaffery, 1983)

ในด้านกิจวัตรประจำวันซึ่งเกิดจากผลกระทบของภาวะปวดเรื้อรังในแต่ละวันนั้นจะทำให้ความสามารถในการมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง ซึ่งได้แก่ การดูแล

ตนเองในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การเดินระยะใกล้ๆ (Potter and Perry, 1988) การรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป รับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้น้ำหนักลด ภูมิต้านทานเชื้อโรคลดลง หรือน้ำหนักเพิ่มจากที่ร่างกายไม่มีกิจกรรม และเมื่อเกิดร่วมกับ ภาวะซึมเศร้า ทำให้ไม่เลือกชนิดของอาหารแต่จะรับประทานมากเกินไปความต้องการเมื่อร่างกาย รับน้ำหนักมากขึ้นก็จะส่งผลให้มีอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อเพิ่มขึ้นด้วย (Meinhart and McCaffery, 1983)

จากงานวิจัยของ Sternbach (อ้างถึงใน Bonica, 1990) เกี่ยวกับลักษณะที่พบ บ่อยในกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรังถึงปัญหาการนอนหลับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าก่อนที่จะ เริ่มปวด หลับได้ดี แต่ถ้ามีอาการปวดจะหลับยาก ไม่สบาย ทำให้เหนื่อยล้า นอนไม่เต็มที่ และพักผ่อนได้เป็นช่วงๆ และเมื่อศึกษากิจกรรมต่างๆ ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดและต่อมน้ำเหลือง แล้ว ส่วนใหญ่ยอมรับว่าการนอนหลับเป็นกิจกรรมที่ถูกกระทบ เนื่องจากการปวดมากที่สุด (วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ, 2535)

ผลของความปวดเรื้อรัง ทำให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการดำรงบทบาทด้าน เพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ การมีเพศสัมพันธ์อาจก่อให้เกิดความปวดมากขึ้น การทำหน้าที่ ลดลงและความต้องการทางเพศสัมพันธ์ลดลง ซึ่งความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในด้านนี้ส่งผลกระทบต่อ อย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของคู่สมรส (Schwartz and Slater, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Snelling (1994) ที่พบว่าผลกระทบของความปวดเรื้อรัง ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสเปลี่ยนไป เกิดความขัดแย้งและส่งผลให้การมีเพศสัมพันธ์ ลดน้อยลง

นอกจากนี้ ความปวดเรื้อรังยังส่งผลต่อหน้าที่การงานของบุคคลโดยเฉพาะเมื่องาน นั้นเกี่ยวข้องกับการทำงานด้านร่างกาย ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดความไม่สบายที่กระทบระบบ กล้ามเนื้อลายและอวัยวะภายในก็จะทำให้ความปวดเพิ่มขึ้น เมื่อมีภาวะเครียดจากการที่ต้อง ตัดสินใจในการทำงาน ก็ยิ่งทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นไปอีก (Potter and Perry, 1989)

เมื่อบุคคลต้องประสบกับภาวะปวดเรื้อรังเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน จากผลกระทบที่มีต่อด้านต่างๆ ที่ได้กล่าวแล้ว บุคคลอาจยึดเอาตนเองเป็นศูนย์กลาง ไม่สนใจ ที่จะปฏิบัติกิจกรรมและมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นตามปกติในขณะที่บุคคลในครอบครัวและ เพื่อนก็จะรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจที่จะอยู่ใกล้ตลอดเวลา (Meinhart and McCaffery, 1983)

ในการศึกษาถึงผลกระทบของความปวดเรื้อรังที่สัมพันธ์กับเนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignant disease) ในผู้ดูแลผู้ป่วยพบว่า มีความรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Helplessness) ใช้กลไกป้องกันตนเองด้วยวิธีปฏิเสธ (Denying feelings) และมีความรู้สึกว่าความตายเท่านั้นที่จะทำให้ความปวดหมดไป (Wish for death) (Ferrell et al., 1991)

เมื่อความพยายามที่จะลดความทุกข์ทรมานจากความปวดไม่ประสบผลสำเร็จ ทำให้บุคคลรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้าเกินกว่าที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ ผู้ป่วยจำนวนมากมีความรู้สึกขัดแย้งกับผู้ให้การรักษา เพราะการรับประทานยาไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้อีก ทั้งมีความรู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลตามสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับ ก่อให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการรักษาต่อไปและผลที่เกิดขึ้นยังกระทบต่อหน้าที่การงาน ไม่สามารถทำงานได้ บางคนต้องขาดงาน มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคม ดังนั้น จากที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า ความปวดเรื้อรังส่งผลกระทบต่อบุคคลหลายประการด้วยกัน ซึ่ง Bonica (1990) ได้กล่าวถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยมีความสัมพันธ์กันและไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยสิ้นเชิง ดังนั้นผู้วิจัยจึงพิจารณานำมาเป็นหัวข้อในการศึกษาผลกระทบของความปวดเรื้อรังที่มีต่อบุคคล สรุปได้ดังนี้

2.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายได้แก่ การเคลื่อนไหวต่างๆ ของร่างกายลดลง มีการเคลื่อนไหวช้าลงกว่าเดิม การเดินทางไปไหนมาไหนลดลง เลือกไปเฉพาะที่อยู่ใกล้ๆ เพราะเดินได้ระยะใกล้กว่าเดิม มักอยู่แต่ภายในบ้าน และใช้เวลาส่วนใหญ่นอนพักอยู่คนเดียว

2.5.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และกระบวนการทางความคิด รู้สึกหงุดหงิด วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารทั้งกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่น สูญเสียความมั่นใจในตนเอง อาจทำให้รู้สึกเครียด หดหู่และคิดฆ่าตัวตายได้

2.5.3 ผลกระทบด้านทั่วไป เป็นการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันได้แก่นอนไม่หลับ หรือขณะหลับต้องตื่นขึ้นเนื่องจากความปวด การรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารมากเกินไป มีอาการท้องผูก เหนื่อย อ่อนเพลีย หดหู่ ความสามารถทำงานที่เคยทำเกี่ยวกับการดูแลภายในบ้าน และดูแลสุขอนามัยลดลง

ในการวัดผลกระทบของความปวดเรื้อรังมีการวัดโดยใช้เครื่องมือหลายชนิดด้วยกัน บางชนิดวัดเฉพาะผลกระทบด้านร่างกายโดยวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติงาน หรือบันทึกกิจกรรมต่างๆ บางชนิดวัดเฉพาะผลกระทบด้านจิตใจโดยวัดภาวะซึมเศร้า หรือทดสอบบุคลิกภาพ

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แบบสัมภาษณ์ผลกระทบของความปวดเรื้อรัง ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมความเจ็บป่วย (The Sickness Impact Profile) ของ Betty S. Gilson และคณะ (Bergner et al., 1981) ซึ่งวัดผลกระทบของความปวดเรื้อรังได้ทุกด้าน ประกอบด้วย 3 มิติคือ มิติทางร่างกายได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว และดูแลร่างกาย การเคลื่อนย้ายร่างกาย การเดินและการขึ้นบันได มิติทางจิตสังคมได้แก่ ด้านการแสดงพฤติกรรมทางอารมณ์ การเข้าสังคม การรู้สึหรือตื่นตัว มิติทั่วไป ได้แก่ ด้านการนอนหลับและพักผ่อน การบริหารจัดการภายในบ้าน สันทนาการและงานอดิเรก โภชนาการ เพื่อประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดพอสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลประสบความปวดเรื้อรัง จะมีการรับรู้ถึงลักษณะเฉพาะของความปวดและเมื่อประเมินตัดสินความปวดแล้ว จะเลือกวิธีการเผชิญกับความปวดและแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อความปวดซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ความปวดจะส่งผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ด้านกิจวัตรประจำวันการทำงาน เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งการทราบถึงลักษณะเฉพาะของความปวด กลวิธีการเผชิญความปวด พฤติกรรมความปวดและผลกระทบของความปวดที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ให้การดูแลผู้มีความปวดเรื้อรังเกิดความเข้าใจ และนำไปสู่การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันผลกระทบต่างๆ และส่งเสริมให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม