

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความชุกของการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิของนักศึกษามหาวิทยาลัยสยาม ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ภาวะปวดประจำเดือน (Dysmenorrhea)

- 2.1.1 ความหมาย
- 2.1.2 อุบัติการณ์และความสำคัญ
- 2.1.3 ประเภทของการปวดประจำเดือน
- 2.1.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ
- 2.1.5 พยาธิสรีรวิทยา
- 2.1.6 แนวทางการวินิจฉัยการปวดประจำเดือน
- 2.1.7 แนวทางในการดูแลรักษาอาการปวดประจำเดือน
 - 2.1.7.1 การรักษาด้วยยา
 - 2.1.7.2 การรักษาด้วยฮอร์โมน
 - 2.1.7.3 การรักษาด้วยการผ่าตัด
 - 2.1.7.4 การรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก

2.2 แนวคิดการจัดการอาการปวดประจำเดือนด้วยตนเอง (Symptom Self-Management)

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ภาวะการปวดประจำเดือน (Dysmenorrhea)

2.1.1 ความหมาย

การปวดประจำเดือน (นัตรชัย เศษวรรกุล, 2544) หมายถึง การปวดตื้อๆ อาจอยู่มาทางข้างเดียวของลำตัวหรือทั้งสองข้างก็ได้

การปวดประจำเดือน (สายฝน สุวรรณ, 2548) หมายถึง ความรู้สึกปวดหน่วงบริเวณท้องน้อย อาจร้าวที่หลังหรือรังไข่และขาาร่วมด้วย

การปวดประจำเดือน (สุรศักดิ์ อังสุวัฒนา, 2548) หมายถึง การปวดระดูที่อาจมีพยาธิสภาพหรือไม่มีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกรานก็ได้

การปวดประจำเดือน (พรพิมล ศิริกุล, 2549) หมายถึง การที่กล้ามเนื้อมีการหดตัวและเกร็งตัวมากบริเวณมดลูกในระหว่างที่มีรอบเดือน

การปวดประจำเดือน (พิสุทธิพร น้ำใจ, 2551) หมายถึง ความเจ็บปวดทางกาย ความแปรปรวนของจิตใจและการมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป

จากความหมายของการปวดประจำเดือนที่กล่าวมา จึงสรุปได้ว่า การปวดประจำเดือน หมายถึง การปวดบริเวณท้องน้อยหรือปวดถ่วงบริเวณอุ้งเชิงกรานซึ่งเกิดร่วมกับการมีประจำเดือน ซึ่งเกิดจากการที่กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวและเกร็งตัวมากในช่วงที่มีรอบเดือนซึ่งอาจปวดร้าวไปที่หลังหรือหน้าขาก็ได้ หรือเกิดจากความแปรปรวนของจิตใจ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม

2.1.2 อุบัติการณ์และความสำคัญ

อาการปวดประจำเดือน เป็นอาการทางนรีเวชที่พบได้บ่อยที่สุดในสตรีวัยเจริญพันธุ์ในทุกช่วงอายุ และทุกเชื้อชาติ (Proctor & Faquhar, 2004; Jamieson & Steege, 1996) ความชุกของการปวดประจำเดือนพบได้ระหว่างร้อยละ 48.4 – 84.2 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมด ในแคนาดาพบการเกิดร้อยละ 17 (Burnett MA., et al, 2005) เม็กซิโกพบร้อยละ 48.4 (Mario IO., et al, 2009) ไนจีเรียพบร้อยละ 61.27 (Sule & Ukwenya, 2007) ญี่ปุ่นพบร้อยละ 64.3 (Osuga Y, 2005) ฮองกงพบร้อยละ 68.7 (Chan SC, 2009) มาเลเซียพบร้อยละ 69.4 (Lee LK, 2006) เอธิโอเปียพบร้อยละ 72 (Desalegn TZ, 2009) ตุรกีพบร้อยละ 89.5 (Saadutu TT, 2007) ในขณะที่ประเทศไทยพบได้ร้อยละ 84.2 (Tongchai K, 2004)

การปวดประจำเดือนเป็นสาเหตุสำคัญของการขาดเรียน ประมาณว่าร้อยละ 10 – 21.1 ของสตรีที่มีอาการปวดประจำเดือนจะมีอาการรุนแรงมากส่งผลให้ต้องขาดเรียนเพื่อไปพบแพทย์ (Sharma P, 2008; Cakir M, 2007; Lee LK, 2006; Tongchai K, 2004) โดยมีจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของพวกที่มีอาการปวดประจำเดือนต้องขาดเรียนทุกเดือน (Saadatu & Josephine, 2007) ทั้งยังส่งผลให้ไม่อยากเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ความสนใจในการเรียนน้อยลง ทำให้ระดับผลการเรียนลดต่ำลง (Sharma P, 2008; Cakir M, 2007) ในประเทศไทยพบว่าการขาดเรียนในระหว่างการมีรอบประจำเดือนสูงถึงร้อยละ 21.1 ความสนใจในการเรียนลดลงร้อยละ 63.6 และมีผลการเรียนลดต่ำลงร้อยละ 1.8 (Tongchai K, 2004) นอกเหนือไปกว่านั้นการปวดประจำเดือนส่งผลเสียต่อด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการขาดงาน รวมถึงคุณภาพของการทำงานที่ลดลง (Burnett MA, 2005) มูลค่าการสูญเสียจากการขาดงานถือได้ว่ามีมูลค่าที่สูง (Patel V, 2006)

2.1.3 ประเภทของการปวดประจำเดือน

การปวดประจำเดือนจำแนกออกได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ การปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ (primary dysmenorrhea) และ การปวดประจำเดือนชนิดทุติยภูมิ (secondary dysmenorrhea) การปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิเป็นอาการปวดประจำเดือนที่เกิดขึ้นโดยไม่มีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกรานมักพบมีอาการเกิดขึ้นในระยะ 6 – 12 เดือนภายหลังมีประจำเดือนครั้งแรก (menarche) เนื่องจากเป็นระยะที่เริ่มมีการตกของไข่ (menarche) เมื่อสตรีเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกมักไม่มีอาการปวดประจำเดือนแต่อย่างใด มีรายงานว่า ร้อยละ 40 เริ่มมีอาการปวดภายในปีแรก หลังเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก ร้อยละ 20 เริ่มมีอาการภายในปีที่ 2 ร้อยละ 20 เริ่มมีอาการในปีที่ 3 และอีกร้อยละ 20 มีอาการในช่วงปีที่ 4 – 6 การปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิสามารถแบ่งออกได้เป็นอีก 2 ชนิดย่อยๆ คือ ชนิด spasmodic dysmenorrhea ซึ่งมีลักษณะอาการปวดเกร็งบริเวณท้องน้อย (lower abdomen) หลังส่วนล่าง (low back) หรือบริเวณต้นขาด้านใน (inner thighs) ในวันแรกของการมีประจำเดือน และชนิด congestive dysmenorrhea จะมีอาการเกิดขึ้นก่อนมีประจำเดือนโดยมีลักษณะอาการปวดตื้อๆ (dull aching) บริเวณท้องน้อย และอาจพบการคัดตึงเต้านม ปวดเข่า และกลุ่มอาการร่วมขณะมีประจำเดือน (premenstrual syndrome; PMS) ต่างๆ ได้แก่ความเฉื่อยชา (lethargy) ซึมเศร้า (depression) และอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย (irritability) หรือเป็นอาการของทางเดินอาหารและหลอดเลือด ได้แก่ คลื่นไส้ (nausea) อาเจียน (vomiting) ปวดศีรษะ (headache) บางรายอาจมีอาการรุนแรงถึงเป็นลม (syncope) ได้ (Kulig JW, 1990; Chesney & Tasto, 1975) อาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิจะเริ่มในไม่กี่ชั่วโมงภายหลังประจำเดือนเริ่มมา หรืออาจก่อนประจำเดือนมา 1 – 2 ชั่วโมง ระยะของการเกิดอยู่ระหว่าง 48 – 72 ชั่วโมง อาการปวดจะรุนแรงในช่วง 12

ชั่วโมงแรก ในรายที่อาการปวดมากเกิน 3 วัน ควรสงสัยว่าอาจเกิดจากสาเหตุอื่นมากกว่า การดำเนินของโรคพบว่าอาการปวดประจำเดือนจะรุนแรงในระหว่างอายุ 18 – 24 ปี หลังจากนั้นจะลดน้อยลง นอกจากนี้ภายหลังการคลอดบุตรอาการปวดจะทุเลาลงมาก

ในขณะที่การปวดประจำเดือนชนิดทุติยภูมิ จะใช้การวินิจฉัยในผู้ที่ตรวจพบว่ามีพยาธิสภาพภายในอุ้งเชิงกราน เช่น ตรวจพบว่ามี endometriosis, adenomyosis, pelvic congestion หรือ pelvic adhesion จากการที่เคยมีการอักเสบภายในอุ้งเชิงกรานมาก่อน การปวดประจำเดือนชนิดทุติยภูมิอาจเป็นผลมาจากการใส่ห่วงอนามัยเพื่อการคุมกำเนิดได้ในบางราย และพบได้บ้างในส่วนน้อยที่เกิดจากการตีบของปากมดลูก (cervical stenosis) และมะเร็งในอวัยวะสืบพันธุ์ (gynecologic malignancy) มักพบว่าจะเริ่มมีอาการปวดประจำเดือนภายหลังจากการมีประจำเดือนครั้งแรกหลายปีแต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะ endometriosis บางรายอาจพบว่าเริ่มมีอาการปวดประจำเดือน คล้ายกับชนิดปฐมภูมิ คืออาจเริ่มมีอาการภายใน 24 ชั่วโมงของการมีรอบประจำเดือน หรือก่อนมีรอบประจำเดือน และจะมีอาการตลอดระยะเวลาของการมีรอบประจำเดือน (Johnson N, 2006)

2.1.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ

มีสิ่งที่น่าสนใจ คือการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิไม่ได้มีผลกระทบหรือส่งผลให้เกิดภาวะมีบุตรยาก (infertility) หากแต่พบว่าภาวะมีบุตรยากสัมพันธ์กับภาวะเยื่อช่องท้องเจริญผิดปกติ (endometriosis) และในสตรีที่มีอาการปวดประจำเดือนบางรายอาจส่งผลให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง (chronic pain syndrome) ซึ่งจะทำให้ยากต่อการรักษา (Johnson N, 2006)

ในอดีตทางการแพทย์เชื่อว่าการปวดประจำเดือนมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมแต่ในปัจจุบันมีการศึกษามากมาย ที่อธิบายว่าการเกิดประจำเดือนมีสาเหตุจากภาวะจิตใจ (emotional/psychological problems) เช่น ความวิตกกังวล (anxiety) ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ (emotional instability) ในสตรีที่มารดาเคยมีอาการปวดประจำเดือนมาก่อน หรือมารดาที่มีความกังวลเกินไป มักได้รับการสั่งสอนในทางที่คิดว่า ประจำเดือนต้องมีความเจ็บปวดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (imitation of patients' mothers' negative feelings about menstruation) มีการศึกษาพบว่ามารดาที่เคยปวดประจำเดือนมีบุตรสาวถึงร้อยละ 29.6 มีอาการปวดประจำเดือนในขณะที่มารดาที่ไม่เคยมีอาการปวดประจำเดือนมีบุตรสาวเพียงร้อยละ 6 ที่มีอาการปวดประจำเดือน และมีผู้เชื่อว่าการขัดแย้งทางจิตใจเกี่ยวกับภาวะทางเพศตั้งแต่วัยเด็ก อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้มีอาการปวดประจำเดือนได้ เช่นการรังเกียจลักษณะเพศหญิงอย่างฝังใจ (faulty outlook on sex) (Ylikorkala & Dawood, 1978; Jeffcoate N, 1975;

Redlich & Freedman, 1966) ดังนั้นจึงมีการให้ความสำคัญกับการศึกษาคุณภาพชีวิต (quality of life) ของสตรีที่มีภาวะปวดประจำเดือนมากในปัจจุบัน

และปัจจัยอื่นที่เชื่อว่าส่งเสริมให้เกิดการปวดประจำเดือน และมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการปวดประจำเดือนประกอบด้วย การเริ่มมีประจำเดือนเร็ว (earlier age at menarche) ระยะเวลาของการมีรอบประจำเดือนนาน (long menstrual periods) มีปริมาณเลือดประจำเดือนมาก (heavy menstrual flow) สูบบุหรี่ (smoking) ในปัจจุบันยังพบว่าผู้ที่ได้รับควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของผู้อื่นเพิ่มความเสี่ยงต่อการปวดประจำเดือนด้วยเช่นกัน (Proctor & Farquhar, 2004) และในบางการศึกษารายงานว่า ภาวะอ้วน (obesity) และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดการปวดประจำเดือน (Parazzin F., et al, 1994) สำหรับปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม พบว่าความชุกและความรุนแรงของการปวดประจำเดือนลดลงในสตรีที่มีอายุมากขึ้น หรือมีบุตรหลายคน สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี (Golomb LM., et al, 1988 cited in LattheP, 2006) แต่อาการปวดจะเพิ่มขึ้นในภาวะเครียด หรืออยู่ในอาการหนาวเย็น (Mergler & Vezina N, 1985 cited in LattheP, 2006) การที่อาการปวดประจำเดือนลดลงภายหลังการคลอดบุตรเนื่องจากขณะตั้งครรภ์ จะมีการทำลายอย่างถาวรของเส้นประสาทรับความรู้สึกส่วนปลายชนิดออร์โทเนอจิก (adrenergic) ทำให้หลังคลอดบุตรการปวดระดูลดลงหรือหายไปเลยได้ และพบว่าอาการปวดประจำเดือนจากปัจจัยต่างๆจะหายไปเมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน (menopause) (Sundell G., et al, 1990)

2.1.5 พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีรวิทยาการเกิดการปวดประจำเดือนในปัจจุบันยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัดแต่มีทฤษฎีที่กล่าวถึงและได้รับการยอมรับ คือ

2.1.5.1 ทฤษฎีการเพิ่มขึ้นของ Prostaglandin F_2 alpha (PGF_2 alpha)

F_2 alpha (PGF_2 alpha) เป็นสารที่ส่งผลให้เกิดการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ โดยปกติเซลล์ของเยื่อบุโพรงมดลูกสามารถสังเคราะห์พรอสตาแกรนดิน (PG) จากฟอสโฟไลปิด (phospholipids) โดยการกระตุ้นของเอนไซม์ฟอสโฟไลเปส เอ 2 (phospholipase A2) ให้กลายเป็นอแรชนอยด์ แอซิด (arachidonic acid) หลังจากนั้นจะถูกเอนไซม์ไซโคลออกซีเจเนส (cyclooxygenase) เปลี่ยนเป็นพลอสตาแกรนดินเอ 2 แอลฟา (PGF_2 alpha) เอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่เกิดขึ้นในแต่ละรอบประจำเดือน จะกระตุ้นให้มีการสร้างพรอสตาแกรนดิน (PG) เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะพรอสตาแกรนดินเอ 2 แอลฟา (PGF_2 alpha) ซึ่งเป็นโปรเจสเตอโรนขึ้นที่เยื่อบุโพรงมดลูก โดยเฉพาะเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดซีครีทอรี (secretory) เป็นแหล่งสำคัญใน

การผลิต สำหรับเยื่อบุโพรงมดลูกชนิดโพรลิเฟอเรทีฟ (proliferative) มีการผลิต PG น้อย ดังนั้นรอบประจำเดือนที่มีการตกไข่ มีเยื่อบุชนิดซีครีทอรี (secretory) จึงมีการสร้างพรอสตาแกรนดิน (PG) จนทำให้มีการปวดประจำเดือนได้ ส่วนในรอบระดูที่ไม่มีการตกไข่ (มีเยื่อบุชนิด proliferative) จึงมีการสร้างพรอสตาแกรนดิน (PG) ไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการปวดประจำเดือน มีการศึกษาพบว่าระดับพรอสตาแกรนดิน (PG) ในเยื่อบุโพรงมดลูกในระยะซีครีทอรี (secretory) สูงกว่าระยะโพรลิเฟอเรทีฟ (proliferative) ถึง 3 เท่า และสูงที่สุดช่วงกำลังมีประจำเดือน และปริมาณที่ตรวจพบก็จะสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวด ระดับของพรอสตาแกรนดินเอฟ 2 แอลฟา (PGF₂alpha) ในเลือดประจำเดือนจะสูงที่สุดใน 2 วันแรกของการมีรอบประจำเดือน พรอสตาแกรนดิน (PG) ที่มีการผลิตมากคือพรอสตาแกรนดินเอฟ 2 แอลฟา (PGF₂alpha และ PGE2) เมื่อผลิตออกมาแล้วจะซึมกระจายไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงไปกระตุ้นกล้ามเนื้อมดลูก (myometrium) ให้หดตัว และทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดทำให้เกิดการขาดเลือด (ischemia) ซึ่งเป็นสาเหตุของการปวด นอกจากนี้พรอสตาแกรนดิน (PG) ยังกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหาร ลำไส้ และในหลอดเลือดทั่วไป ส่วนสาเหตุของการที่มีการเพิ่มการผลิตพรอสตาแกรนดิน (PG) อย่างมากนี้ปัจจุบันยังไม่มีคำตอบแน่ชัด (Eden JA, 1998; Dawood MY, 1990)

ในขณะที่การปวดประจำเดือนชนิดทุติยภูมิ (Secondary dysmenorrhea) จะมีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (Smith RP, 1993)

2.1.6 แนวทางการวินิจฉัยการปวดประจำเดือน

2.1.6.1 ประวัติ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดควรมีการซักประวัติโดยละเอียด ประกอบด้วย อายุ ลักษณะอาการปวดตั้งแต่ตำแหน่งการปวด และอาการปวดทุเลาโดยอะไร ประวัติทางสูติ-นรีเวชวิทยา เช่น ประวัติการมีประจำเดือน โดยควรมีการประเมินระยะเวลาในการเริ่มมีอาการปวดประจำเดือน ระยะเวลาที่มีการปวดประจำเดือน ความรุนแรงของอาการปวดประจำเดือน ความสม่ำเสมอของรอบประจำเดือน ระยะเวลาของรอบการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย ปริมาณของเลือดประจำเดือน การคุมกำเนิด การตั้งครรภ์และการมีบุตร หรือภาวะมีบุตรยาก รวมทั้งประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และปัจจุบัน โรคประจำตัว ประวัติครอบครัวเช่น ประวัติการปวดประจำเดือนของมารดา และประวัติทางสังคม เช่นการดื่มสุรา หรือใช้ยาประเภทใดเป็นประจำ ประวัติการได้รับความรุนแรงทางเพศ (sexual abuse) รวมถึงประเมินอาการแสดงต่างๆ เช่นคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ท้องเสียและอ่อนเพลีย และควรมีการประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นมีระดับความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา การทำงาน การทำกิจกรรมมากน้อยเพียงใด (Jamieson & Steege, 1997)

2.1.6.2 การตรวจร่างกายและการตรวจภายใน หากเป็นการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ อาจกดเจ็บเล็กน้อยที่บริเวณเหนือหัวหน้าว ขณะกำลังปวดประจำเดือนตรวจภายในอาจกดเจ็บที่ตัวมดลูก แต่โยกปากมดลูกและกดที่บริเวณปีกมดลูกทั้งสองข้างไม่เจ็บ และตรวจไม่พบความผิดปกติอื่น (Rapkin AJ, 1998) ในขณะที่การปวดประจำเดือนชนิดทุติยภูมิ จะตรวจพบความผิดปกติตามตำแหน่งของรอยโรคดั้งเดิมที่เป็นสาเหตุให้ปวดระดู เช่นตรวจพบก้อนในช่องคลอด (prolapsed submucous myoma) เป็นต้น

2.1.6.3 การตรวจเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือต่างๆ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในปัจจุบันการทำการส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง (laparoscopy) ถือเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการตรวจหาสาเหตุของการปวดประจำเดือน หรือปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน แม้ว่ารูปแบบของอาการและอาการแสดงของการปวดประจำเดือนจะสามารถบอกได้ว่าเป็นการปวดประจำเดือนชนิดใด แต่การยืนยันคำวินิจฉัยที่ดีที่สุดคือการทำการส่องกล้อง (laparoscopy) ซึ่งเป็นการส่องกล้องผ่านเข้าไปดูอวัยวะภายในช่องเชิงกราน ทำให้สามารถวินิจฉัยเย็บอุโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ (endometriosis) และ พังผืดในอุ้งเชิงกราน (pelvic adhesion) ทำให้แยกออกจากการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ ไม่ได้มีคำแนะนำให้ทำการส่องกล้องในสตรีที่อายุน้อยทุกคนที่มีอาการปวดประจำเดือน แต่ควรมีการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา (Husby GK., et al, 2003) ในขณะที่ทำการส่องกล้องเพื่อการวินิจฉัยหากพบว่ามีความผิดปกติยังสามารถเป็นการรักษาเย็บอุโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ (endometriosis) หรือพังผืดในอุ้งเชิงกราน (pelvic adhesion) ได้ ดังนั้นควรมีการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการอย่างชัดเจนเพื่อการตัดสินใจในกรณีที่ตรวจพบแล้วว่าจะทำการรักษาต่อไปเลยหรือไม่ และควรมีการลงลายมือชื่อยินยอมรับการรักษาหรือทำการผ่าตัดได้หากมีความจำเป็น ในสตรีที่มีรูปร่างผอมและไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ มาก่อนสามารถทำการส่องกล้องได้ง่าย แต่ในสตรีที่มีรูปร่างอ้วน หรือเคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่ออวัยวะต่างๆ ในอุ้งเชิงกราน เช่น ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะและหลอดเลือด จะเพิ่มสูงขึ้น โดยความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำการส่องกล้องจะอยู่ที่อัตราน้อยกว่า 0.5 – 1.3 (Chapron C., et al, 1998; Harkki-Siren P., et al, 1999)

สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเม็ดเลือดและองค์ประกอบของเลือด (complete blood count และ erythrocyte sedimentation rate) อาจช่วยในการวินิจฉัยภาวะอวัยวะในอุ้งเชิงกรานอักเสบหรือการอักเสบและเพาะเชื้อจากตกขาวบริเวณปากมดลูก

2.1.7 แนวทางการดูแลรักษาอาการปวดประจำเดือน

การดูแลรักษาอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการปวดเกร็งบริเวณท้องน้อย และอาการร่วมต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ที่มักจะมีอาการเกิดขึ้นพร้อมๆ กับการมีเลือดประจำเดือน ในปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาที่หลากหลายมากขึ้นดังต่อไปนี้

2.1.7.1 การรักษาด้วยยา (Traditionally established drug treatment)

ยาที่นิยมใช้ในการบรรเทาอาการปวดประจำเดือน ประกอบด้วยยาแก้ปวด (analgesic) จำพวก paracetamol, aspirin และ paracetamol-opiate ซึ่งผลในการบรรเทาปวดในยาเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างกัน (Proctor & Faquahar CM, 2004) และยาที่ยับยั้งการออกฤทธิ์ของ $PGF_2\alpha$ (prostaglandin synthetase inhibitors) ยาเหล่านี้ได้แก่ ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สารสเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) ทำหน้าที่ยับยั้งเอนไซม์ cyclo-oxygenase ทำให้ลดการสร้าง PG ที่เชื่อมมดลูก ช่วยลดแรงดันภายในโพรงมดลูก ช่วยลดอาการปวดประจำเดือนได้ประมาณร้อยละ 80 และยังช่วยลดปริมาณเลือดประจำเดือนที่ออกมาด้วย (Dawood & Khan-Dawood, 2007) มีการใช้มากในสตรีที่มีอายุน้อย เนื่องจากสุขภาพแข็งแรงสามารถทนต่อภาวะแทรกซ้อนจากยาได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการใช้ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ การระคายเคืองของระบบทางเดินอาหาร ดังนั้นในสตรีที่รับประทานยานี้อย่างต่อเนื่องควรได้รับการดูแลภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารและการเสียหน้าที่ของไต วิธีการบริหารยาในกลุ่ม NSAIDs ที่ได้ผลดีควรเริ่มรับประทานทันทีที่ประจำเดือนเริ่มมา หรือเริ่มมีอาการปวดประจำเดือน และให้รับประทานต่อเนื่องตามขนาดการรักษาเป็นเวลา 48 ชั่วโมง หรือตามระยะเวลาที่เคยมีประสบการณ์การปวดมาก่อน วัตถุประสงค์เพื่อต้องการยับยั้งการสร้าง PG อย่างได้ผล เพราะการผลิต PG มีปริมาณมากในช่วงเวลาดังกล่าว การรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือรับประทานเฉพาะเวลาที่ปวดไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี เพราะยามีฤทธิ์ยับยั้งการปวดเพียงการออกฤทธิ์ต่อสมองส่วนกลางเท่านั้น แต่ไม่สามารถลดการผลิต PG อย่างได้ผล อย่างไรก็ตามยาในกลุ่มของ NSAIDs มีหลายชนิดในท้องตลาด และยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนในการเปรียบเทียบประสิทธิผลของยา สำหรับยา NSAIDs ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐ (FDA) สำหรับการบรรเทาอาการปวดประจำเดือน ได้แก่ diclofenac, ibuprofen, ketoprofen, meclufenamate, mefenamic acid และ naproxen สำหรับ aspirin และ paracetamol อาจใช้ในการบรรเทาปวดประจำเดือนได้ในรายที่มีอาการเล็กน้อย (Zhang & Li Wan Po, 1998)

ยา NSAIDs จะออกฤทธิ์ได้ภายในระยะเวลา 30 - 60 นาที และสามารถระงับปวดได้อย่างรวดเร็ว แต่ในสตรีแต่ละคนอาจตอบสนองต่อยาแต่ละประเภทได้ไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงอาจต้องมีการทดลองใช้ยาหลายชนิดก่อนที่จะพบยาที่เหมาะสมกับตน และมียา NSAIDs บางชนิดที่ควรหลีกเลี่ยงในการใช้เนื่องจากมีอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนสูง เช่นยา indomethacin ในปัจจุบันมียาระงับปวดกลุ่ม cyclooxygenase-2 inhibitors (COX-2) ซึ่งนำมาใช้ในการบรรเทาปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิได้ดี เช่น rofecoxib 25 mg และ valdecoxib 40 mg ชนิดรับประทาน พบว่ายาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์บรรเทาอาการปวดได้ใกล้เคียงกับ naproxen แต่อาการข้างเคียงของทางเดินอาหารน้อยกว่าจึงมีการแนะนำให้ใช้ในสตรีที่ไม่สามารถทนต่อภาวะแทรกซ้อนของยา NSAIDs ตัวอื่นได้ (Morrison BW., et al, 1999)

2.1.7.2 การรักษาด้วยฮอร์โมน

ในสตรีบางรายที่มีอาการปวดประจำเดือน สามารถป้องกันการเกิดอาการได้โดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (combined oral contraceptive pill; combined OCP) ที่มีทั้งเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ออกฤทธิ์โดยการกีดขวางการทำงานของวงจร กลไกการออกฤทธิ์คือ ระงับการตกไข่ (ovulation) ทำให้ไม่มีการสร้างโปรเจสเตอโรน ซึ่งมีผลให้การสร้าง PG ลดลงในระยะ late luteal phase และฮอร์โมนยังมีผลโดยตรงต่อเยื่อโพรงมดลูกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะฝ่อลีบ (atrophic) จึงมีผลให้ลดปริมาณของเลือดประจำเดือนและลดอาการปวดประจำเดือนได้ในสตรีส่วนมากโดยพบว่าได้ผลมากกว่าร้อยละ 90 (Silem M, 2003; Vercellin P., et al, 2003) อย่างไรก็ตาม ก่อนการใช้ฮอร์โมนเพื่อการรักษาอาการปวดประจำเดือน จำเป็นต้องอธิบายให้สตรีที่จะใช้เข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความจำเป็นของการใช้ ตลอดจนข้อดีข้อเสียต่างๆ เนื่องจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมออาจส่งผลต่อการมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ มีเลือดออกกระปริบกระปรอยได้ รวมถึงการใช้ยาในสตรีที่อายุน้อยอาจถูกมองในภาพที่ไม่ดีได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับครอบครัว เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุดและเกิดอาการข้างเคียงน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามยังไม่มีมารองรับจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) เรื่องการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในการรักษาอาการปวดประจำเดือน

2.1.7.3 การรักษาด้วยการผ่าตัด

ปัจจุบันนี้ไม่ค่อยนิยมใช้ ควรพิจารณาเป็นทางเลือกสุดท้ายหากวิธีการอื่นๆ ไม่ได้ผล การรักษาวิธีนี้ได้แก่การตัดหรือทำลายเส้นประสาทรับความรู้สึกบางเส้นของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน เช่นการทำ laparoscopic uterine nerve ablation หรือการทำ presacral neurectomy เป็นต้น (Rapkin AJ, 1998)

2.1.7.4 การรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกและวิธีการอื่นๆ (Complementary and alternative medicine) มีการรักษาอาการปวดประจำเดือนด้วยวิธีการต่างๆ ที่สืบทอดกันมา ในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาทางเลือกที่มีการทำการวิจัยอย่างมีระบบส่งผลให้เกิดความน่าเชื่อถือ ในการนำมาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของสตรีที่มีภาวะปวดประจำเดือน

2.1.7.5 โภชนบำบัด อาหารเสริมและวิตามิน (nutrition)

อาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อในรายที่มีรอบเดือน เช่น เครียด กระวนกระวายใจ หงุดหงิด โมโหง่าย ซา หรือหมดแรงตามกล้ามเนื้อ แขนขา สมองตื้อ อาการเหล่านี้เกิดจากความไม่สมดุลของเกลือแร่ต่างๆ ฮอร์โมน รวมทั้งสารสื่อประสาทนำสมอง ระดับแมกนีเซียม และแคลเซียมจะต่ำกว่าปกติ ซึ่งแคลเซียมมีหน้าที่สำคัญในการหดตัวของกล้ามเนื้อลายซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่เคลื่อนไหวภายใต้การควบคุมของจิตใจ เช่น แขน ขา และยังมีหน้าที่เกี่ยวกับการนำสัญญาณประสาทอีกด้วย เมื่อแคลเซียมต่ำจึงทำให้มีอาการทางกล้ามเนื้อได้ง่าย ส่วนแมกนีเซียมที่มีระดับต่ำในช่วงก่อนมีประจำเดือนจะทำให้เครียดและกระวนกระวาย มีผลให้ต่อมหมวกไตหลั่งอะดรีนาลิน กระตุ้นให้ร่างกายเตรียมพร้อมแก่การต่อสู้ ทำให้หัวใจเต้นแรง เส้นเลือดบริเวณกล้ามเนื้อขยายเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด การทำงานของไตลดลงร่างกายจึงมีการสูญเสียแมกนีเซียมไปกับปัสสาวะ การตอบสนองของร่างกายต่อภาวะเครียดด้วยการปรับเปลี่ยนระดับฮอร์โมน ทำให้ระดับฮอร์โมนในสมองลดต่ำลง ซึ่งโดยปกติแล้วจะช่วยให้ทนทานต่อความเจ็บปวด เมื่ออะดรีนาลิน ลดลงจะยิ่งรู้สึกปวดประจำเดือนรุนแรงมากขึ้น มีการเสนอแนะว่าการแก้ไขอาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อจำเป็นต้องรับประทานอาหารเพื่อปรับสมดุลของเกลือแร่และสารต่างๆ ในร่างกายให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ดี (พรพิมล ศิริกุล, 2549)

ในปัจจุบันมีการศึกษาพบว่าสมุนไพรมะขามและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจำพวกวิตามินและเกลือแร่หลายชนิดมีผลในการบรรเทาอาการปวดประจำเดือนได้ทั้งชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิ สมุนไพรหลายชนิดมีการรายงานว่าได้ผลในการบรรเทาอาการปวดประจำเดือนแต่ขาดการศึกษาทดลองแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (randomize control trial; RCT) เช่น black cohosh, chastetree, dong quai ทำให้ยังขาดข้อมูลสนับสนุนในการนำมาใช้อย่างเพียงพอ แต่มีบางประเภท เช่น blackhaw และ crampbark ที่ทำการศึกษาในสัตว์พบว่า มีผลต่อการคลายตัวของกล้ามเนื้อตลก ซึ่งน่าจะได้ผลลัพธ์เช่นเดียวกันในคน (Low Dog T, 2001) แต่ blackhaw มีส่วนประกอบของกรดออกซาลิก (oxalic acid) จึงไม่ควรใช้ในสตรีที่มีประวัตินิ่วในไต (kidney stones) (Dennely CE, 2006)

มีการศึกษาเกี่ยวกับวิตามินบี3 (niacin) ในการบรรเทาอาการปวดประจำเดือนค่อนข้างน้อย เคยมีการศึกษาพบว่าการบรรเทาอาการปวดได้ร้อยละ 90 ในสตรีที่มีอาการปวดประจำเดือนเมื่อรับประทานวิตามินบี3 วันละ 2 ครั้ง และทุก 2 - 3 ชั่วโมงระหว่างมีอาการปวดประจำเดือน แต่เนื่องจากวิตามินบี3 มีผลทำให้เกิดอาการไม่สุขสบาย (flushing) ได้มากจึงไม่นิยมนำมาใช้ (Hudgin AP, 1954 cited in Dennely CE, 2006)

สำหรับสมุนไพร วิตามินและเกลือแร่ ที่มีการศึกษาทดลองแบบ RCT ในปัจจุบันและแนะนำให้ใช้ในการบรรเทาอาการปวดประจำเดือนทั้งชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิ ประกอบด้วย วิตามินบี1 (vitamin B1) แมกนีเซียม (Magnesium) น้ำมันปลา (Fish oil) และวิตามินอี (vitamin E)

วิตามินบี1 (vitamin B1)

มีการศึกษาในสตรี 556 คน (อายุ 12 - 21 ปี) ในประเทศอินเดียที่อาการปวดประจำเดือนชนิด spasmodic dysmenorrheal ที่มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรง พบว่าในสตรีที่ได้รับวิตามินบี1 มีอาการปวดดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 90 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอกที่มีอาการดีขึ้นเพียงร้อยละ 1 อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรต่างๆเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนผลการศึกษานี้ (Gokhale LB, 1996)

แมกนีเซียม (Magnesium)

มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 21 - 50 คน 3 เรื่อง รายงานถึงการบรรเทาอาการปวดประจำเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามจากการศึกษายังไม่สามารถบอกถึงบทบาทของแมกนีเซียมในการลดการปวดประจำเดือนได้ (Proctor & Murphy, 2001)

น้ำมันปลา (Fish oil) ในรูปของกรดไขมัน โอเมก้า - 3 (omega - 3 - fatty acids)

อาหารที่ปรุงในปัจจุบันจะพบว่ามีส่วนประกอบของกรดไขมัน โอเมก้า-6 (น้ำมันพืช, ไข่ และมาการีน) ในปริมาณมาก แต่มีปริมาณของกรดไขมัน โอเมก้า-3 (ปลา, canola oil และ wheat germ) ในปริมาณเล็กน้อย โอเมก้า-6 จะกระตุ้นให้เกิดการสร้างสารที่ก่อให้เกิดการเจ็บปวดขึ้นได้แก่ PGF₂alpha, thromboxane A2 และ leukotriene B4 ในขณะที่โอเมก้า-3 จะรักษาระดับของ eicosapentanoic acid และ docosahexanoic acid ส่งผลให้มีการสร้างสารในกลุ่มที่ลดการอักเสบจำพวก PGE3, thromboxane A3 leukotriene B5 มากขึ้นจึงมีผลให้ลดอาการปวดได้ มีการศึกษาพบว่าอาหารที่มีส่วนประกอบของกรดไขมัน โอเมก้า-3 จำนวนมากสามารถบรรเทาอาการปวดประจำเดือนได้ (Saldeen & Saldeen, 2004) ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คนพบว่า อาการปวดประจำเดือนลดลงและลดการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มที่ได้รับน้ำมันปลา (fish oil) เทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) (Proctor & Murphy, 2001) แต่เนื่องจากกรดไขมัน โอเมก้า-3 มีคุณสมบัติช่วยต้านการ

แข็งตัวของเกร็ดเลือด (antiplatelet) จึงควรระมัดระวังในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) และแนะนำให้เพิ่มการรับประทานปลาแทนการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (supplements) (Dennehy CE, 2006)

วิตามินอี (vitamin E)

มีการศึกษาการใช้วิตามินอีในการบรรเทาการปวดประจำเดือนอย่างกว้างขวาง โดยกลไกการออกฤทธิ์เชื่อว่าเป็นการลดการสร้าง PG โดยการยับยั้งการหลั่งของ chidonic acid (Ziaei S.,et al, 2005) มีการศึกษาในสตรี 100 – 278 คน พบว่าเมื่อได้รับวิตามินอี 150 IU – 500 IU ต่อวัน ก่อนมีอาการปวดประจำเดือนขึ้น 2-3 วัน สามารถลดความรุนแรง ระยะเวลาของการปวด และปริมาณเลือดประจำเดือนลงได้ (Zaei S.,et al, 2005; Ziaei S.,et al, 2001; Blanche Butter & McKnight, 1955 อ้างอิงใน Dennehy CE, 2006) อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรต่างๆเพิ่มมากขึ้น

แต่เนื่องจากวิตามินอี มีผลยับยั้งการแข็งตัวของเกร็ดเลือด (antiplatelet properties) จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) ปัจจุบันพบว่า การได้รับวิตามินอีเกินกว่า 400 IU อาจส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ จึงควรรับประทานวิตามินในขนาด 400 IU หรือน้อยกว่า (Dennehy CE, 2006)

ยาสมุนไพร (Herbal)

มีการใช้ยาสมุนไพรมากมายในการบรรเทาอาการปวดประจำเดือน รวมทั้งในประเทศไทยมีสมุนไพรหลายชนิดที่มีสรรพคุณในการดูแลระบบสืบพันธุ์สตรีเพราะเชื่อว่าสมุนไพรทำให้ระบบประสาทผ่อนคลาย หรืออาจมีฮอร์โมนบางชนิดจึงช่วยลดอาการบีบตัวของมดลูก แต่เนื่องจากยังขาดการศึกษาอย่างมีระบบ จึงทำให้ยาสมุนไพรไทยยังไม่ได้รับการยอมรับในการใช้รักษาอาการปวดประจำเดือน พบว่ามีงานวิจัยของประเทศอิหร่านที่ใช้สมุนไพรบ้านประกอบด้วย สารสกัดจาก saffron, celery seed และ anise (SCA) โดยให้รับประทานวันละ 3 ครั้ง เริ่มจากวันที่มีประจำเดือนมา หรือเริ่มมีอาการปวดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วัน ติดตามผล 3 รอบประจำเดือน พบว่าสตรีที่ได้รับ SCA มีอาการปวดประจำเดือนลดลงมากกว่าผู้ที่ได้รับยา mefenamic acid (NSAIDs) และยาหลอก (placebo) อย่างมีนัยสำคัญ (Nahid K.,et al, 2009) ในได้หวันมีการศึกษาถึงประโยชน์ของชากุหลาบซึ่งเป็นสมุนไพรจีน ในด้านการออกฤทธิ์ปรับสมดุลของฮอร์โมนในการบรรเทาปวดประจำเดือน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คน กลุ่มที่ดื่มชากุหลาบสามารถบรรเทาอาการปวดประจำเดือน ลดอาการ

วิตกกังวล และทำให้มีอาการด้านจิตสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (Tsen Y-F., et al, 2005)

2.1.7.6 การปรับสมดุลโครงสร้างของร่างกาย (total body modification)

สมดุลโครงสร้างของร่างกายมีความสัมพันธ์กับการปวดประจำเดือน โดยสาเหตุหนึ่งซึ่งอธิบายการปวดประจำเดือน คือการทำหน้าที่ของระบบประสาทถูกรบกวน (nervous system dysfunction) ซึ่งพบได้บ่อยเมื่อมีการกดทับของเส้นประสาทบริเวณกระดูกสันหลังส่วนปลาย (Hitchcock ME, 1976) โดยมีสาเหตุมาจากโครงสร้างของร่างกายมีการเบี่ยงเบน อาจเนื่องมาจากกรรมพันธุ์ การได้รับอุบัติเหตุ หรือการใช้อิริยาบถในชีวิตประจำวันที่ไม่ถูกต้อง มีการศึกษาที่พบว่าการปรับสมดุลโครงสร้างของร่างกายและการจัดปรับกระดูกสามารถบรรเทาอาการปวดประจำเดือนลงได้ (Kokjohn K., et al, 1992; Rosette P, 2004; วารุณี เพ็โร และภัทรพร อรัณยภาค, 2552)

วิธีการปรับโครงสร้างของร่างกายประกอบด้วย การนวดเนื้อเยื่อ การจัดกระดูกให้อยู่ในแนวปกติ และการใช้ท่าบริหารปรับสมดุล เนื่องจากโครงสร้างร่างกายที่คดโค้งมานาน เนื้อเยื่อจะมีการติดยึด หดสั้น และยืดยาวเกินไป แต่เนื้อเยื่อที่อยู่บริเวณใกล้กับกระดูกที่คดนั้นจะมีความสำคัญมากเพราะจะมีการดึงกระดูกไว้ไม่ให้เคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ การจัดกระดูกให้เข้าที่เดิมตามปกติทำได้ยาก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องลดความตึงเครียดของเนื้อเยื่อเหล่านั้นเสียก่อนการนวดเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการลดความตึงเครียดของเนื้อเยื่อได้ หลังจากนั้นจะมีการตรวจโครงสร้างของร่างกายโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเช่น นักกายภาพบำบัดเพื่อให้ทราบว่ามีส่วนใดที่คดโค้ง ก่อนการจัดปรับให้เข้าสู่สมดุล ภายหลังการปรับสมดุลของโครงสร้างแล้วยังต้องสร้างความต่อเนื่องเพื่อคงความสมดุลของโครงสร้างร่างกายโดยการระมัดระวังในการใช้ท่าทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการใช้ท่าบริหารปรับสมดุล ซึ่งเป็นท่าที่ยืดหยุ่นกระดูกและเนื้อเยื่อได้ดีมากขณะที่ทำท่าบริหารเนื้อเยื่อจะถูกยืดออกไปพร้อมกับแนวกระดูกสันหลังจะถูกปรับให้เข้าที่

ท่าบริหารในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา ฟันฟูสมรรถภาพ เพื่อปรับปรุงโครงสร้างร่างกายให้อยู่ในแนวสมดุลปกติแนะนำให้ทำอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยลดอาการปวดประจำเดือน มี 2 ท่า ดังนี้ ท่างู (แอ่นสันหลัง) วิธีการคือให้คู่เข่าพร้อมกันทั้งสองข้าง ใช้ฝ่ามือทั้งสองยันพื้นไว้ให้ศอกเฉพาะมือไปข้างหน้าจนกระทั่งสามารถนอนคว่ำได้ โดยเข็ดศีรษะขึ้นแล้วค่อยๆ ลดตัวลงนอนราบโดยการใช้ฝ่ามือยันพื้นเพียงไว้ข้อศอกให้ปลายศอกชี้ขึ้น จากนั้นค่อยๆ สูดลมหายใจเข้าพร้อมเกร็งกล้ามเนื้อหลังส่วนตั้งแต่สะโพกลงไปแนบพื้น ยกตัวท่อนบนขึ้นใช้ฝ่ามือยันพื้นจนแขนเหยียดตรงปล่อยลมหายใจออก แขนตรงตัวห่ออน หายใจเข้า

ออก 2 - 3 ครั้ง ควรทำทุกวันก่อนนอนและเมื่อตื่นนอนก่อนลุกจากที่นอนตอนเช้า โดยแนะนำให้ทำท่างู 3 ครั้ง และท่าเต่าอีก 2 ครั้งก็เพียงพอ สำหรับท่าเต่า (ยืดกระดูกสันหลังให้ยาวออก) เป็นท่าจัดกระดูกสันหลังส่วนบน ให้กลับเข้าที่โดยทำต่อเนื่องจากท่างู คือเมื่อก่อนๆสุดลมหายใจเข้ายกตัวท่อนบนขึ้นจนแขนเหยียดตรงแล้วให้ กลั้นหายใจไว้ ยกสะโพกขึ้น โยกกลับไปทางเท้า ลดศีรษะลงไปหาหัวเข่า มืออยู่ที่เดิม แขนเหยียดตรง หายใจ ออก ทำ 2 ครั้งต่อเนื่องกับท่างู

ภาพที่ 1 แสดงการปรับสมดุลโครงสร้างของร่างกายเพื่อบรรเทาอาการปวดประจำเดือน



ท่างู



ท่าเต่า

ที่มา: <http://www.nursing.siam.edu/data1/Gmail/skeletal51.doc>

2.1.7.7 การกดจุด (acupressure)

เป็นการบรรเทาอาการปวดโดยใช้มือ นิ้วหรือนิ้วโป้ง กดไปยังตำแหน่งที่มีการศึกษามา นานว่ามีผลสะท้อนไปยังอวัยวะเป้าหมายเพื่อการรักษาหรือบรรเทาอาการ สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองในการ บรรเทาอาการปวดประจำเดือนโดยกดไปตามตำแหน่งต่างๆ ปัจจุบันมีงานวิจัยที่รายงานถึงการบรรเทาอาการ ปวดประจำได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการแนวทางการรักษาแผนปัจจุบัน (Cho & Hwang, 2009)

กดจุดซานอินเจียว จุดนี้จะอยู่เหนือตาตุ่มด้านในประมาณ 3 นิ้วมือ ประมาณ 2-3 นาที สามารถ ระวังอาการปวดท้องแบบเกร็งในขณะมีประจำเดือน จุดเซวียไห่ จุดนี้จะอยู่บริเวณเหนือหัวเข่าประมาณ 1 นิ้ว มือ เข้ามาที่ขาด้านใน จะช่วยลดปริมาณและการไหลของประจำเดือนที่มากจนเกินไป มีจุดเฉพาะที่ใช้บรรเทา

อาการก่อนมีประจำเดือนอยู่ในรอยนูนใต้ไหปลาร้า ตรงกับแนวค่านอกของลำคอ กดคลึงจุดนี้ทั้งสองข้าง สามารถบรรเทาอาการก่อนมีประจำเดือนได้

ภาพที่ 2 แสดงตำแหน่งการกดจุด เพื่อบรรเทาอาการปวดประจำเดือน



ที่มา : http://www.guashathai.com/image/mypic_article/Untitled-3.jpg

2.1.7.8 การฝังเข็ม (acupuncture)

เป็นการรักษาผู้ป่วยด้วยการทำให้การไหลเวียนของพลังให้กลับมาสมดุลอีกครั้งเป็นการแทงเข็มลงบนจุดฝังเข็มตามร่างกายโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยคาเข็มไว้สักครู่หลังจากนั้นจึงนำเข็มออก การฝังเข็มเป็นการรักษาโรคโดยใช้หลักการรักษาของแพทย์แผนจีนที่มีพัฒนาการมากกว่า 4,000 ปี ในขณะที่เข็มผ่านผิวหนังจะมีอาการเจ็บอยู่บ้างแต่ไม่มาก และเมื่อเข็มแทงเข้าไปลึกถึงตำแหน่งของจุดฝังเข็มจะรู้สึกตื้อๆ บริเวณจุดฝังเข็ม ซึ่งการฝังเข็มจะช่วยกระตุ้นการทำงานของจุดต่างๆในร่างกาย ทำให้เลือดไหลเวียนสะดวก มดลูกคลายตัวจากการบีบรัดโดยไม่ต้องใช้ยา ส่วนจุดฝังเข็มเพื่อบรรเทาอาการปวดประจำเดือนมีเพียงไม่กี่จุดภายในร่างกาย เช่น บริเวณมือ ขา และหน้าท้อง ในปัจจุบันมีการศึกษาที่สนับสนุนผลการบรรเทาปวดประจำเดือนโดยวิธีการฝังเข็มหลายรายงาน (Witt CM., et al, 2008; Maciocia and Kaptchuk, 1998 อ้างอิงใน Jun E-J., et al, 2007)

2.1.7.9 การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านทางผิวหนัง (transcutaneous electrical nerve stimulation; TENS)

เป็นการใช้ตัวนำกระแสไฟฟ้า ติดบริเวณร่างกาย และปล่อยกระแสไฟฟ้าตามปริมาณที่กำหนด มีงานวิจัยต่างประเทศ (Milsom I., et al, 1994; Dawood & Ramos, 1990) พบว่า ร้อยละ 42 – 60 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดลดลง และลดความต้องการใช้ยา NSAIDs ได้ แต่จากการศึกษาของ สมชัย รัตนทองคำ และ

คณะ (2552) พบว่าอาการปวดที่ลดลงไม่มีความแตกต่างกับการใช้ยา อย่างไรก็ตามได้แนะนำว่าในผู้ที่ไม่ต้องการรับประทานยาหรือไม่ต้องการผลแทรกซ้อนจากยา สามารถเลือกใช้วิธีนี้แทนได้

2.1.7.10 การรักษาทางเลือกอื่นๆ มีการให้คำแนะนำในการใช้วิธีการบำบัดอาการปวดประจำเดือนมากมาย แต่ยังคงขาดการจัดการความรู้ที่เป็นระบบจึงทำให้ขาดความน่าเชื่อถือในการนำมาปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามถือได้ว่าไม่ได้เป็นวิธีที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆต่อการเลือกใช้ วิธีต่างๆเหล่านี้ ได้แก่ การประคบความร้อนที่ท้องน้อย มีการศึกษาพบว่าการใช้ความร้อนอุณหภูมิประมาณ 40 องศาเซลเซียส จะช่วยสกัดกั้นตัวนำสัญญาณความเจ็บปวดไปยังสมองได้ (ผู้จัดการออนไลน์, 2549) แต่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ประมาณ 1 ชั่วโมงเท่านั้น

นวดท้อง นวดกล้ามเนื้อทำให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ หายใจบำบัดการหายใจที่ถูกวิธี ทำให้ร่างกายหลังสารเอนดอร์ฟินซึ่งมีฤทธิ์ด้านการเจ็บปวด และเมื่อกกล้ามเนื้อผ่อนคลายมีสมาธิ ทำให้อาการปวดประจำเดือนลดลง สามารถทำได้ทั้งทำนั่ง ทำยืนและทำนอน

วารีบำบัดเป็นการใช้น้ำร้อน อบไอน้ำ ชาวน้า น้ำแร่ น้ำวน การใช้น้ำเย็น การแช่ตัวหรือออกกำลังภายในน้ำ การทำเป็นประจําช่วยลดอาการปวดประจำเดือนได้

คันธบำบัดเป็นการลดการปวดประจำเดือนด้วยน้ำมันหอมระเหยเช่น ลาเวนเดอร์ กุหลาบ มะลิ เจอราเนียม กระดังงา โดยการหยดน้ำมันหอมระเหยลงในน้ำที่อาบ แช่ ประคบ อบ นวด สูดดม หยดหรือพ่นละอองฝอยให้สูดไอน้ำ จุดตะเกียงเผา

การออกกำลังกายทำให้เลือดมาเลี้ยงมดลูกมากขึ้นกล้ามเนื้อผ่อนคลาย ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 4 วัน ครั้งละ 20 – 40 นาที ไม่ว่าจะเป็นการเดินแอโรบิก ว่ายน้ำ จ็อกกิ้ง เดินเร็ว ไร่กระบอง โยคะ ชี่กง หรือฤาษีดัดตน

พลังจักรวาล เป็นศาสตร์ที่ส่งพลังจักรวาลไปให้คนเจ็บไข้ได้ป่วยโดยไม่ใช้อุปกรณ์ใดๆ นอกจากมือของผู้บำบัด

สมดุลจักร มีความเชื่อว่าในตัวคนเรามีจักรหรือศูนย์กลางมปราณของร่างกาย 7 แห่ง เชื่อว่าการเสียสมดุลของจักรทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ การกำหนดสมาธิ ณ จุดที่จักรตั้งตรงกับการปวดประจำเดือนช่วยลดอาการปวดประจำเดือนได้

ออร่า เชื่อว่าคนที่ฝึกหัดดูออร่าจนปรับกายให้มีออร่าสีเขียว สามารถลดอาการปวดประจำเดือนได้ การทำสมาธิ เป็นพฤติกรรมบำบัดอย่างหนึ่งที่ทำให้คนที่ปวดประจำเดือนหันเหความสนใจจากอาการปวดไปหาสิ่งอื่น แม้ว่าจะมีคนทีลดอาการปวดได้โดยวิธีนี้จำนวนมาก แต่ยังคงงานวิจัยที่เป็นระบบสนับสนุน

การขจัดพิษและลดการตีงกาแฟ ลดการกินน้ำตาลขัดขาว ลดหรืองดแอลกอฮอล์ ลดอาหารเค็มจัด

ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด เป็นการหันเหความสนใจจากการปวดประจำเดือน

สรุป แนวทางในการดูแลรักษาอาการปวดประจำเดือนมีแนวทางที่หลากหลาย ทั้งการรักษาด้วยการใช้ยาแผนปัจจุบัน ได้แก่ยาแก้ปวด (analgesic) จำพวก paracetamol, aspirin, paracetamol-opiate และยาที่ยับยั้งการออกฤทธิ์ของ PGF2alpha (prostaglandin synthetase inhibitors) ได้แก่ยาด้านการอักเสบที่ไม่มีสารสเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) ได้แก่ diclofenac, ibuprofen, naproxen เป็นต้น อีกทางเลือกหนึ่งในปัจจุบันคือ การรักษาด้วยฮอร์โมนโดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (combined oral contraceptive pill; combined OCP) เพื่อระงับการตกไข่และมีผลให้การสร้าง PG ลดลงในระยะ late luteal phase สำหรับการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก และวิธีการอื่นๆ มีหลากหลายแนวทาง ได้แก่ โภชนบำบัด อาหารเสริม และวิตามิน การปรับสมดุลโครงสร้างของร่างกาย การกดจุด การฝังเข็ม การกระตุ้นเส้นประสาทด้วยไฟฟ้าผ่านทางผิวหนัง (TENS) ตลอดจนการใช้ความร้อนประคบ

2.2 แนวคิดการจัดการอาการปวดประจำเดือนด้วยตนเอง (Symptom Self -Management)

อาการปวดประจำเดือนของสตรีวัยเจริญพันธุ์จัดได้ว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่เรื้อรัง และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากอาการปวดที่เกิดขึ้นส่งผลให้สตรีเหล่านี้ไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ความสนใจในการเรียนลดต่ำลง อีกทั้งเป็นสาเหตุสำคัญของการขาดเรียน แนวทางในการบรรเทาอาการปวดประจำเดือนในปัจจุบันที่มีการศึกษาพบว่าเน้นในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิต เช่น พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการใช้สารเสพติด ตลอดจนพฤติกรรมด้านจิตใจ เช่น การจัดการความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม (Eryilmaz & Ozemir, 2009; Zegeye., et al, 2009; S. Ohde., et al, 2008; French, 2005; David., et al, 2004)

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยศึกษาแนวคิดพฤติกรรมจัดการอาการของบุคคล (Symptom Self – Management) ของดอดด์ และคณะ (Dodd., et al, 2001) ซึ่งมีความเชื่อในประสบการณ์และศักยภาพของคนผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นๆ จะสามารถคิดหาวิธีการในการจัดการอาการของตนเองได้ ดอดด์ (Dodd) เชื่อว่าคนมีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อใดก็ตามที่คนไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือ และสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้คนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอีกครั้งหนึ่ง โดยเสนอว่าองค์ประกอบของ Symptom Self – Management Model ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ของอาการที่ได้รับ (Symptom experience) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ถึงอาการที่เป็นอยู่ การประเมินอาการด้วยตนเอง และการตอบสนองต่ออาการนั้น 2) Symptom management strategies การให้การดูแลหรือบริการแก่ผู้รับบริการจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่อไปนี้ผู้อยู่เสมอ Who ใครควรเป็นผู้จัดการอาการ What จัดการอาการ

อะไร How ใช้วิธีการจัดการอย่างไร Whom จัดการให้ใคร When จัดการเมื่อไร Why ทำไมจึงต้องจัดการ How much จัดการมากน้อยแค่ไหน และ 3) Outcomes เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการอาการ โดยใช้การประเมินในหัวข้อต่อไปนี้ Functional status, Emotional status, Symptom status, Mortality, Morbidity & co-morbidity, Quality of life, Cost, Self-care โดย ดอดด์ (Dodd) ได้อธิบายถึงปัจจัย/เงื่อนไขในการเกิดอาการว่ามีความเกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ ดังนี้ 1) คน (Person) ปัจจัย/เงื่อนไขในการเกิดอาการขึ้นอยู่กับข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic) สภาพร่างกาย (Physical) สภาพอารมณ์และจิตใจ (Psychological) พยาธิสภาพของการเจ็บป่วย (Pathological) สังคมของบุคคลนั้นๆ 2) สิ่งแวดล้อม (Environment) ปัจจัย/เงื่อนไขในการเกิดอาการขึ้นอยู่กับสภาพทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม (Physical) แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม (Social support) วัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น (Culture) 3) สุขภาพ (Health/Illness) ปัจจัย/เงื่อนไขในการเกิดอาการขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพขณะที่เกิดการเจ็บป่วย (Health status) ปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงหรือธรรมชาติของโรค (Disease & Injury)

อย่างไรก็ตามแนวความคิดของดอดด์ไม่ได้เน้นถึงมุมมองในด้านกระบวนการของการจัดการตนเองที่สำคัญคือการมีความรู้และเชื่อในความสามารถของตนเองของบุคคล (Knowledge & Beliefs) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแนวคิดการจัดการสุขภาพด้วยตนเองและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory) โดย Ryan & Sawin (2009) ได้อธิบายถึงการจัดการสุขภาพด้วยตนเองและครอบครัวจะประกอบด้วยมุมมอง 3 มิติ ประกอบด้วย บริบท (Context) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcomes) โดย ในมิติของบริบทจะเป็นการมองถึง ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน (Risk & Protective Factors) ในด้านต่างๆ ประกอบด้วย อาการ ความรุนแรงของโรค การรักษา (Condition Specific) สิ่งแวดล้อม (Physical & Social Environment) และปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family) ในขณะที่มิติด้านกระบวนการจะประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม (Social Facilitation) และ ทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของ Self-Management Model ตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมปัญญาของแบนดูรา (Bandura, 1986 อ้างอิงใน อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2552) การสนับสนุนทางสังคม (Social Facilitation) เป็นการทำที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน อาจแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน และทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ซึ่งแบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่มนุษย์สามารถกระทำการบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง กระบวนการดังกล่าวนี้คือการกำกับตนเอง (Self-Regulation) และมีมิติด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วยผลลัพธ์ในระยะแรก เป็นพฤติกรรมจัดการอาการ (Self-Management Behaviors) และในระยะหลังจะประกอบด้วยสถานะทางสุขภาพ (Health Status) คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

Context Risk&Protective Factors	Condition Specific Complexity of condition Complexity of treatments trajectory	Physical & Social Environment Access to care, Setting and provider transitions, Transportation, Culture, Social capital	Individual & Family Developmental stages Perspectives, Literacy, Information processing, Capabilities
Process of self-management	Knowledge & Beliefs Self-efficacy Outcome expectancy Goal congruence	Self- Regulation Skill & Abilities Goal Setting, Self-monitoring and Reflective thinking, Decision making, Planning and Action, Self-evaluation, Emotional Control	Social Facilitation: Influence Support Collaboration
Outcomes Proximal	Self-Management Behaviors: Condition Specific		Cost of Healthcare Services
Outcomes Distal	Health Status	Quality of Life or Well Being	Cost of Health

Figure 2.1 Model of the Individual and Family Self-Management Theory

และได้ศึกษารูปแบบพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม (Self - Management Behaviors)ตามแนวคิดพฤติกรรมตามแนวเขาว์สุขภาพ หรือความฉลาดทางสุขภาพ (Health Quotient) ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงความห่วงใยสุขภาพ (Health consciousness) ความรู้ด้านสุขภาพ (Health knowledge) และความสามารถของบุคคลในการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ (Lee Earn chang, 2001:17) นั้น ได้ศึกษาแนวคิดของ โฮเจอร์ และโฮเจอร์ (Hoeger and Hoeger, 2005) ที่เสนอว่าพฤติกรรมดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสภาพแวดล้อมที่ดีมีความเป็นอยู่อย่างปกติสุขนั้น ประกอบด้วยองค์ประกอบของการรับรู้และพฤติกรรม 9 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ การหลีกเลี่ยงฟิงพาสาร์เสพติด การมีสุขอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันโรค ความปลอดภัยในชีวิต การมีอนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดการความเครียด และการจัดการอารมณ์และความรู้สึก หรือที่เรียกว่าเขาว์สุขภาพ (Health Quotient) เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านนั้นล้วนมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และถ้าจะให้สุขภาพกาย จิตสังคมที่ดีก็ควรมีพฤติกรรมตามเขาว์สุขภาพที่ครบถ้วนทุกด้าน

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิในสตรีวัยเจริญพันธุ์ เป็นอาการปวดที่เรื้อรังและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอาการ ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการปวดประจำเดือน กลยุทธ์และแนวทางในการจัดการอาการตนเอง โดยความชุกของการปวดประจำเดือนที่มีการศึกษาไว้พบว่าการศึกษาของประเทศแคนาดา พบการเกิดร้อยละ 17 (Burnett MA., et al, 2005) เม็กซิโกพบร้อยละ 48.4 (Mario IO., et al, 2009) ไนจีเรียพบร้อยละ 61.27 (Sule & Ukwenya, 2007) ญี่ปุ่นพบร้อยละ 64.3 (Osuga Y, 2005) ส่องกงพบร้อยละ 68.7 (Chan SC, 2009) มาเลเซีย พบร้อยละ 69.4 (Lee LK, 2006) เอธิโอเปีย พบร้อยละ 72 (Desalegn TZ, 2009) ตุรกี พบร้อยละ 89.5 (Saadatu TT, 2007) ในขณะที่ประเทศไทยทำการศึกษาในปี 2004 พบร้อยละ 84.2 (Tongchai K, 2004) และในปี 2008 พบร้อยละ 84.9 (เขาวพา จงเป็นสุขเลิศ, 2008)

ในการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นในหลายการศึกษาพบว่าสตรีเหล่านี้มีการจัดการอาการเหล่านี้ด้วยตนเอง หรือด้วยการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน (Eryilmaz & Ozemir, 2009; Zegeye., et al, 2009; S. Ohde., et al, 2008; French, 2005; David., et al, 2004) กลยุทธ์แนวทางในการจัดการอาการตนเองของสตรีที่มีอาการปวดประจำเดือนประกอบด้วย การซื้อยาจากร้านขายยารับประทานเองหรือได้รับคำแนะนำจากมารดา และเพื่อนสนิท การใช้กระเป๋าน้ำร้อนประคบ อาบน้ำอุ่น การนอนพัก การเดิน การทำกิจกรรมที่ชอบให้เพลิดเพลินเพื่อเบี่ยงเบนอาการ การออกกำลังกาย การนวดหน้าท้อง ฟังดนตรี รับประทานอาหารหวาน ใช้ผ้าเย็นประคบ การใช้กลิ่นบำบัด การกดจุด การรับประทานอาหารเสริมในขณะที่การพบแพทย์เพื่อปรึกษานั้นมีจำนวนน้อยมาก ร้อยละ 2 – 10 ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนทางสังคมและให้ความรู้ในแนวทางการจัดการอาการปวดประจำเดือนที่มีประสิทธิภาพแก่สตรีเหล่านั้น เพื่อให้สตรีเหล่านี้สามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ดีจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางในการจัดการอาการตนเองที่มีการศึกษาไว้นั้นเป็นการศึกษาเชิงสำรวจว่าสตรีที่มีอาการปวดประจำเดือนใช้แนวทางใดบ้างในการบำบัดอาการปวดประจำเดือนของตนเอง ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องของพฤติกรรมจัดการตนเอง (Self management behavior) ของสตรีที่มีอาการปวดประจำเดือน ทั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าจากการศึกษาเรื่องการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ นั้น ปัจจัยด้านจิตใจ มีบทบาทอย่างมากต่อการเพิ่มการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ อาทิเช่น การจัดการตนเองและผลที่เกิดขึ้นของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ (เนตรทิพย์ ประจุกกาญจนา, 2549) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยสูงอายุ

โรคเบาหวาน (กษมา แสนใจธรรม, 2549) ทั้งนี้การปวดประจำเดือนเป็นอาการปวดที่เรื้อรังประเภทหนึ่งที่สามารถใช้แนวทางการจัดการตนเองมาศึกษาเพื่อนำข้อมูลไปเป็นพื้นฐานในการประเมินและวางแผนการให้การดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อไป