

ความแตกต่างระหว่างเพศต่อความรุนแรงของความปวดและผลกระทบของความปวด
ในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง
Sex Differences in Pain Severity and Pain Interference Among Elderly Cancer Patients

สุกัญญา ขันวิเศษ¹, จันจิรา หินขาว^{2*}, ยศพล เหลืองโสมนภา³, นุสรา ประเสริฐศรี⁴
Sukanya Khanwiset¹, Chanjira Hinkhaw^{2*}, Yosapon Leungsomnapa³, Nusara Prasertsri⁴

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹⁻³
Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute¹⁻³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก⁴
Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute⁴
(Received: November 08, 2025, Revised: December 15, 2025, Accepted: December 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายต่อระดับความรุนแรงของการปวดและผลกระทบของความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการประเมินอาการ (Symptom Appraisal Models) การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบวิเคราะห์หัตถ์เขียน ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ ความรุนแรงและผลกระทบของความปวด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case record form) และ 3) แบบประเมินการเจ็บปวดโดยย่อ (Brief Pain Inventory: BPI) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ เปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงและผลกระทบของความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งจำนวน 220 ราย ระหว่างเพศหญิงจำนวน 139 ราย กับเพศชายจำนวน 81 ราย พบว่าเพศชายมีความปวดระดับน้อยมากที่สุดร้อยละ 53.1 ขณะที่เพศหญิงมีความปวดระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 43.2 โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบสูงสุดจากความปวดในทั้งสองเพศคือความสุขในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่าคะแนนความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .222$ และ $p = .106$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า แม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศในเรื่องความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวด การพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศทางคลินิกและรูปแบบของผลกระทบในแต่ละด้านยังคงมีความสำคัญต่อการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล รวมถึงการให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อความสุขในชีวิตประจำวันในทั้งสองเพศ เพื่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งให้ดียิ่งขึ้นไป

คำสำคัญ: ความรุนแรงของความปวด, ผลกระทบของความปวด, ผู้สูงอายุ, เพศ, โรคมะเร็ง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Chanjira Hinkhaw, E-mail: chanjira1@pnc.ac.th)

Abstract

This study aims to compare differences between females and males regarding pain severity and pain interference in elderly cancer patients receiving outpatient treatment at Phrapokklao Hospital, Chanthaburi Province, using the Symptom Appraisal Models as the theoretical framework. This is a secondary analysis of existing data. The analyzed data includes demographic information (sex), pain severity and pain interference measures record from: 1) demographic questionnaires, 2) patient case record forms, and 3) the Brief Pain Inventory (BPI) Thai version. Data were analyzed using descriptive statistics, including numbers, percentages, medians, and interquartile ranges (IQRs). Pain severity and pain interference between male and female elderly cancer patients were compared using Mann-Whitney U test.

The study compared pain severity and pain interference among 220 elderly cancer patients (139 females and 81 males). The highest proportion of males (53.1%) experienced the lowest pain severity, while the highest proportion of females (43.2%) experienced moderate pain. For both genders, the daily activity most affected by pain interference was enjoyment of life. However, the statistical comparison between genders revealed no significant difference in either pain severity or pain interference scores ($p = .222$ and $p = .106$, respectively). The findings suggest that while there was no statistically significant gender difference in overall pain severity and interference, it remains crucial to consider clinical gender differences and specific patterns of interference in order to develop individualized and appropriate care plans. Furthermore, addressing the severe impact on enjoyment of life is essential for both genders to enhance the overall quality of life for elderly cancer patients.

Keywords: pain severity, pain interference, elderly, sex, cancer

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของโลกและของประเทศไทย โดย พ.ศ. 2565 พบการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลกทั้งหมดจำนวนกว่า 9 ล้านคน และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจำนวนราว 20 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 35.2 ล้านคนต่อปี (WHO, 2024) สำหรับข้อมูลในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งสะสมรวมทั้งสิ้น 140,799 คน โดยแยกเป็นเพศชาย 67,677 คน และเพศหญิง 73,122 คน (National Cancer institute, 2025) สถิติเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงและแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของปัญหาโรคมะเร็งในระดับโลกรวมถึงในประเทศไทย ซึ่งผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) เป็นกลุ่มที่มีอุบัติการณ์การเป็นโรคมะเร็งสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยเป็นโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 50 และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด (Sung et al., 2021) ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

ปัญหาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นหนึ่งในอาการที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำกิจกรรมประจำวัน และสภาพจิตใจของผู้ป่วย โดยความชุกของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 44.5 และผู้ป่วยร้อยละ 30.6 มีประสบการณ์ความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (Snijders et al., 2023) ซึ่งความปวดนี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่และคุณภาพชีวิต (Alodhayani et al., 2021) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งมักมีความซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า โดยพบว่าประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุรายงานความปวด และพบว่าเพศหญิง ระยะของโรคที่รุนแรง สมรรถภาพที่แย่ง และจำนวนโรคร่วมที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการรายงานความปวด (Kim et al., 2020; Manson, 2010) เนื่องจากมีโรคร่วมอื่นๆ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามอายุ ทำให้การจัดการความปวดมีความท้าทายมากขึ้น นอกจากนี้ความปวดเรื้อรังยังเป็นหนึ่งในผลข้างเคียงระยะยาวที่พบบ่อยที่สุดจากการรักษามะเร็ง และมีความเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง การปฏิบัติตามการรักษาที่ลดลง และค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น (Manson, 2010; Barry et al., 2012) ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนความเมื่อยล้าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า (Sorge & Strath, 2018) การเข้าใจถึงผลกระทบของความปวดในกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างเพศที่สำคัญในการตอบสนองต่อความเจ็บปวดทั้งในระดับชีววิทยาและจิตสังคม โดยเริ่มจากความแตกต่างพื้นฐานในการปวดทั่วไป ผู้หญิงมีความไวต่อความเจ็บปวดสูงกว่าและทนต่อความเจ็บปวดได้น้อยกว่าผู้ชาย โดยใช้กลไก T cells ในการควบคุมความเจ็บปวดเรื้อรัง ขณะที่ผู้ชายใช้ microglia เป็นหลัก และมีการเชื่อมโยงหน้าที่ของสมองแบบไดนามิกมากกว่าผู้หญิง (Sorge & Strath, 2018; Kim et al., 2020) ผู้หญิงยังมีอัตราความชุกของโรคที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดเรื้อรังสูงกว่า และมีปัญหาการรบกวนจากอาการปวดมากกว่าผู้ชาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชที่แตกต่างกันตามเพศ (Manson, 2010; Barry et al., 2012) เมื่อมาถึงการปวดเฉพาะจากมะเร็ง ความแตกต่างระหว่างเพศยิ่งชัดเจนขึ้น โดยผู้หญิงมีอุปสรรคด้านทัศนคติในการใช้ยาแก้ปวดสูงกว่าผู้ชาย มีความลังเลใจในการใช้ยาแก้ปวดมากกว่า และแม้จะรายงานความเจ็บปวดระดับรุนแรงมากกว่าผู้ชาย แต่กลับได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอ (Alodhayani et al., 2021; Chou et al., 2018) ในทางตรงข้าม ผู้ชายมีแนวโน้มใช้ยา opioid มากกว่าและในบางการศึกษารายงานความเจ็บปวดในบางด้านสูงกว่าผู้หญิง (Liang et al., 2013) การค้นพบเหล่านี้เน้นย้ำความจำเป็นในการพัฒนาการรักษาความเจ็บปวดที่เฉพาะเจาะจงตามเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการการจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับความแตกต่างทางเพศ

ปัจจุบันงานวิจัยในด้านความปวดของผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุมียุทธศาสตร์หลายประการ การศึกษาส่วนใหญ่รวมผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุโดยไม่แยกวิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และในบริบทของประเทศไทย ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับความแตกต่างทางเพศในผลกระทบของความปวด นอกจากนี้ การใช้ Brief Pain Inventory (BPI) ในการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเพศยังมีความจำกัด รวมทั้งการประยุกต์ใช้ข้อมูลทุติยภูมิเพื่อตอบข้อคำถามวิจัยเช่นนี้ในประเทศไทยยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุใช้แนวทางการรักษามาตรฐานเดียวกัน ซึ่งมีโอกาสที่จะปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากขึ้นโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางเพศในการประเมินและการจัดการความปวด การพัฒนาแนวทางการดูแลที่เฉพาะเจาะจงจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละเพศได้ดี

ขึ้น ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลที่จำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุที่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศ ผลการศึกษาจะช่วยให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพ ลดความทุกข์ทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายต่อระดับความรุนแรงของการปวด (Pain Severity) และผลกระทบของความปวด (Pain interference) ในผู้ป่วยอายุโรคมะเร็ง

สมมติฐานของการวิจัย

ผู้ป่วยอายุโรคมะเร็งเพศหญิงและเพศชายมีระดับความรุนแรงของการปวด (Pain Severity) และผลกระทบของความปวด (Pain Interference) แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินอาการ (Symptom Appraisal Model) (Whitaker et al., 2015) ซึ่งเป็นที่ยอมรับในการทำทำความเข้าใจความแตกต่างทางชีวภาพและสังคม โดยมีองค์ประกอบหลักสามขั้นตอน ได้แก่ การตรวจจับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Symptom Detection) การตีความการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Symptom Interpretation) และการตอบสนองต่อการตีความ (Response to Interpretation) ซึ่งกล่าวว่าบุคคลเริ่มต้นจากการรับรู้ความรู้สึกทางร่างกายที่ผิดปกติ ก่อนจะเข้าสู่กระบวนการให้ความหมายและประเมินความร้ายแรงของอาการ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในและภายนอก และท้ายที่สุดจะนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมและการตัดสินใจในการจัดการกับอาการนั้น ในการศึกษาี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาดัดแปลงใช้เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างระหว่างเพศต่ออาการปวดในผู้ป่วยอายุโรคมะเร็ง ที่อาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างต่อระดับความรุนแรงของการปวด (Pain Severity) ที่รายงาน และผลกระทบของความปวด (Pain Interference) ที่ไม่เท่ากันระหว่างเพศ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้เป็นการวิจัยแบบวิเคราะห์ทุติยภูมิ (Secondary Analysis of Existing Data) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยปฐมภูมิ (Primary research) เรื่อง "ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง" (นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ, 2566) ผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะข้อมูลที่เก็บจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 220 ชุด เพื่อนำมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาปัจจุบัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เข้าถึงได้ (Accessible population) ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุที่มีประสบการณ์ความปวดที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเรื่อง "ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง" ในส่วนของการรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุที่มีประสบการณ์ความปวดที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 – มีนาคม พ.ศ. 2566 เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีความปวด 3) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4) มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองและได้รับการรักษาในการจัดการความปวดจากมะเร็ง 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบวิเคราะห์หัตถ์ยมานครั้งนี้ การกำหนดขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ย (Suresh & Chandrashekar, 2012) คือ $n = (Z^2 \alpha/2 S^2) / e^2$ กำหนดค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$; $e = .05$; S เป็นค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาสำรวจรวบรวมข้อมูลความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุดใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาของผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีในระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 30 ราย มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36 ได้จำนวนตัวอย่าง 199 ราย แต่จำนวนข้อมูลในงานวิจัย "ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง" ในส่วนในพื้นที่โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีจำนวน 220 ราย จึงใช้ข้อมูลทั้งหมดในการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในวิจัยปฐมภูมิเรื่อง "ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง" (นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ, 2566) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีรายละเอียดเครื่องมือดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา โรคประจำตัว
- 2) แบบเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา หรือข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer profile) ประกอบด้วยข้อความ การวินิจฉัยของมะเร็ง Staging และการรักษา
- 3) แบบประเมินความปวด Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทย (Chaudakshetrin, 2009) และได้รับ อนุญาตจาก รศ.พญ.พงศ์ภารดีเจาพะเกษตรินผู้แปลในฉบับภาษาไทยจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ (Cleeland, 1990) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินระดับความรุนแรงความปวดและการรับรู้ความปวด ได้แก่ ความรุนแรงมากที่สุดใน 24 ชั่วโมง (Worst pain) ความรุนแรงน้อยที่สุดใน 24 ชั่วโมง (Less pain) ความปวดในปัจจุบัน (Pain now) และความปวดที่ยอมรับได้ (Pain acceptance) โดยมีคะแนนคือ 0 ไม่ปวดและ 10 ปวดมากที่สุด ส่วนที่ 2 ผลกระทบของความปวด (Pain interface) ต่อกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ความสามารถในการเดิน งานประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การนอนหลับ ความสุขใน

ชีวิตประจำวัน โดยมีคะแนนคือ 0 ไม่กระทบ 10 กระทบมากที่สุด ส่วนที่ 3 การจัดการความปวดและผลของการจัดการความปวด

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91-1.00 ในส่วนของค่าความเชื่อมั่นใช้ค่าความเชื่อมั่นจากแบบประเมินความปวด BPI ฉบับภาษาไทยมีการรายงานค่า Cronbach' alpha ในส่วนของความรุนแรงความปวด 0.89 และผลกระทบความปวด 0.88 (Chaudakshettri, 2009)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตการใช้ข้อมูลจากการศึกษาปฐมภูมิเรื่อง "ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง" (นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ, 2566) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่โครงการวิจัย 20/ 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เลขที่โครงการวิจัย CTIREC 075/ 65 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาตามมาตรฐานความเป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนของบุคคล เพื่อใช้ประโยชน์ในด้านการศึกษา การพัฒนาวิชาการ และการปรับปรุงการให้บริการสุขภาพ สำหรับการนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์ทุติยภูมิ (Secondary Analysis) ผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เลขที่โครงการวิจัย CTIREC 097/68 ลงวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ตามมาตรฐานจริยธรรมและการปกป้องสิทธิของแหล่งข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้วิจัยหลักในงานวิจัยปฐมภูมิ เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง (นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ, 2566) เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศ โดยเลือกใช้ข้อมูลเฉพาะในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 220 ชุด หลังจากนั้นทำการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ และศึกษารายละเอียดของการศึกษาต้นฉบับเพื่อทำความเข้าใจเครื่องมือการประเมินความปวดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. ตรวจสอบไฟล์ข้อมูลผู้วิจัยปฐมภูมิในข้อ 1 โดยเลือกตรวจสอบเฉพาะข้อมูลตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer profile) และข้อมูลความปวด Brief Pain Inventory โดยตรวจสอบรายละเอียดของ Codebook ของตัวแปรทั้งหมด ตรวจสอบความครบถ้วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 220 คน ความครบถ้วนของข้อมูลตัวอย่างแต่ละรายและความถูกต้องของข้อมูลตาม Codebook

3. จัดเตรียมไฟล์ข้อมูลใหม่โดยการคัดเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer profile) ประกอบด้วยการวินิจฉัยของมะเร็งและ Staging และข้อมูลความปวด Brief Pain

Inventory ซึ่งคัดเลือกมาเฉพาะความปวดรุนแรงมากที่สุดใน 24 ชั่วโมง (Worst pain) ผลกระทบของความปวด(Pain interface) และการบำบัดความปวด

4. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลความถูกต้องของข้อมูลตาม Codebook อีกครั้ง เพื่อทดสอบการกระจายตัวของตัวแปรความรุนแรงของความปวด ผลกระทบความปวด และเตรียมข้อมูลให้พร้อมกับการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมลิขสิทธิ์ SPSS version 24 (IBM Singapore Pte Ltd) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถิติที่ใช้ประกอบด้วย

1) สถิติพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ ในการบรรยายข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง ความรุนแรงของความปวด การบำบัดรักษาอาการปวด และผลกระทบจากความปวด จัดกลุ่มระดับความรุนแรงของความปวดแบ่งตาม Cleeland et al (1994) ได้แก่ ปวดรุนแรง 8 - 10 คะแนน ปวดปานกลาง 4 - 7 คะแนน ปวดเล็กน้อย 1 -3 คะแนน ไม่ปวด 0 คะแนน ในส่วนของผลกระทบจากความปวดนั้นจัดกลุ่มตาม Tegegn & Gebreyohannes (2017) โดยนำค่าคะแนนผลกระทบความปวดในกิจกรรมทั้ง 7 ข้อรวมกันและหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด และนำคะแนนที่ได้มาแบ่งกลุ่มดังนี้ ได้รับผลกระทบรุนแรง 8 -10 คะแนน ได้รับผลกระทบปานกลาง 4 -7 คะแนน ผลกระทบน้อย 1-3 คะแนน ไม่ได้รับผลกระทบ 0 คะแนน

2) สถิติ อนุมานได้แก่ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงด้วย เนื่องจากข้อมูลความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดมีการแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งและมารับบริการที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี มีจำนวนทั้งสิ้น 220 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 139 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.18 ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีค่ามัธยฐานอายุใกล้เคียงกัน คือ 67 และ 68 ปี ตามลำดับ เมื่อพิจารณา ด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 72.8 ในเพศชาย และร้อยละ 47.5 ในเพศหญิง ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.4 และ 77.0 ตามลำดับ ในด้านอาชีพ พบว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงประกอบอาชีพแม่บ้านหรือทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 45.7 และ 61.2 ตามลำดับ สำหรับรายได้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท โดยคิดเป็นร้อยละ 86.4 ในเพศชาย และร้อยละ 81.3 ในเพศหญิง ทั้งนี้ ค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือนในผู้สูงอายุทั้งสองเพศเท่ากัน คือ 700 บาทต่อเดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 220)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ชาย(n = 81) จำนวน(ร้อยละ)	หญิง(n=139) จำนวน(ร้อยละ)
อายุ (ปี)		
อายุในชาย min= 60, max= 88 median= 68, IQR=64.5-71.5		
อายุในหญิง min= 60, max= 87 median=67, IQR=63-73		
สถานภาพสมรส		
โสด	2(2.5)	18(12.9)
คู่	63(72.8)	66(47.5)
หย่า	13(16.0)	39(28.1)
หม้าย	3(3.7)	16(11.5)
ระดับการศึกษา		
ประถม	57(70.4)	107(77.0)
มัธยม	11(13.6)	12(8.6)
ปริญญาตรี	7(8.6)	15(10.8)
ปริญญาโท	6(7.4)	5(3.6)
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	1(1.2)	3(2.2)
แม่บ้าน / งานบ้าน	37(45.7)	85(61.2)
เกษียณอายุราชการ	9(11.1)	16(11.5)
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	4(4.9)	6(4.3)
รับจ้าง	9(11.1)	3(2.2)
เกษตรกร	19(23.5)	24(17.3)
พนักงานบริษัท / เอกชน	2(2.5)	2(1.4)
รายได้(บาท)		
≤10,000	70(86.4)	113(81.3)
10,001-20,000	7(8.6)	7(5.0)
>20,000	4(4.9)	19(13.7)
รายได้ในชาย min=600, max=50,000 median=700, IQR=600-2,150		
รายได้ในหญิง min= 600, max=100,000 median= 700, IQR=600-5,000		

ผลการศึกษาข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็งพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่หลากหลายตำแหน่ง ในผู้สูงอายุชายพบว่าเป็นมะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากที่สุด ร้อยละ 32.2 รองลงมาเป็นมะเร็งปอดร้อยละ 17.4 โดยกว่าครึ่งหนึ่งเป็นมะเร็งระยะ 3 – 4 ร้อยละ 58.0 ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุดร้อยละ 38.8 รองลงมาเป็นมะเร็งปากมดลูก/ รังไข่/ เยื่อบุมดลูก ร้อยละ 27.4 ตามลำดับ โดยกว่าครึ่งหนึ่งเป็นมะเร็งระยะ 3 -4 ร้อยละ 56.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง (n = 220)

ข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับมะเร็ง	ชาย(n=81) จำนวน(ร้อยละ)	หญิง(n=139) จำนวน(ร้อยละ)
การวินิจฉัย		
มะเร็งต่อมไทรอยด์ / กล้องเสียง	4(4.9)	1(0.7)
มะเร็งเต้านม	0(0)	54(38.8)
มะเร็งหลอดอาหาร / กระเพาะอาหาร	5(5.2)	4(2.9)
มะเร็งตับ/ท่อน้ำดีและถุงทางเดินน้ำดี	8(9.9)	3(2.1)
มะเร็งลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	26(32.2)	15(10.8)
มะเร็งปากมดลูก/ รังไข่ / เยื่อบุมดลูก	0(0)	38(27.4)
มะเร็งปอด	14(17.4)	8(5.8)
มะเร็งปาก/ ลิ้น/ ทอนซิล/ คอหอย/ สายเสียง/จมูก	7(8.6)	3(2.2)
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง/เม็ดเลือดขาว/ไขกระดูกมัยอิโลมา	7(8.6)	8(5.8)
มะเร็งตับอ่อน /ม้าม	2(2.54)	2(1.4)
มะเร็งองคชาติ/ อัณฑะ/ต่อมลูกหมาก	5(6.2)	0(0)
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ/ท่อทางเดินปัสสาวะ	2(2.4)	2(1.4)
มะเร็งผิวหนัง	1(1.2)	1(0.7)
ระยะของมะเร็ง		
1	7(8.6)	10(7.2)
2	27(33.3)	51(36.7)
3	35(43.2)	48(34.5)
4	12(14.8)	30(21.6)

ผลการศึกษาคะแนนความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุดใน 24 ชม (Worst pain) พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งในกลุ่มตัวอย่างสูงอายุเพศชายมีคะแนนความรุนแรงของความปวดในระดับน้อย(Mild pain) ร้อยละ 53.1 และมี 1 ใน 5 มีคะแนนในระดับรุนแรง (Severe pain) ร้อยละ 21.0 โดยมีค่ามัธยฐานคะแนนความรุนแรงของความปวดเท่ากับ 3 ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงพบว่ามีความรุนแรงของความปวดระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 43.2 และมี 1 ใน 5 มีคะแนนในระดับรุนแรง ร้อยละ 20.1 โดยมีมัธยฐานคะแนนความรุนแรงของความปวดเท่ากับ 5 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุดใน 24 ชม (Worst pain)(n = 880)

ระดับความรุนแรงของความปวด ใน 24 ชม	ช่วงคะแนน (เต็ม 10)	ชาย(n=81) จำนวน(ร้อยละ)	หญิง(n=139) จำนวน(ร้อยละ)
รุนแรง (Severe pain)	8-10	17(21.0)	28(20.1)
ปานกลาง (Moderate pain)	4-7	21(25.9)	60(43.2)
น้อย (Mild pain)	1-3	43(53.1)	51(36.7)
คะแนนความรุนแรงในชาย Min= 1 , Max= 10 , Median= 3 , Q1= 2, Q3=7			
คะแนนความรุนแรงในหญิง Min= 1 , Max= 10 , Median= 5, Q1= 2, Q3= 6			

ผลการศึกษาการบำบัดความปวดพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงบำบัดความปวดด้วยยา
มากกว่าไม่ใช้ยา โดยใช้ยา Tamol ระบุความปวดมากที่สุด ร้อยละ 46.9 และ 41.7 ตามลำดับ รองลงมา
ได้แก่ Paracetamol ร้อยละ 27.2 และ 41.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การบำบัดรักษาอาการปวด (n = 220) (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

วิธีบำบัดอาการปวด	ชาย(n=81)	หญิง(n=139)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน()
Paracetamol	22(27.2)	57(41.0)
Ibuprofen /Cerebex /Acoxia	2(2.5)	5(3.6)
Mydoclam / Myonol	1(1.2)	2(1.4)
Amitriptyline / Lorazepam / Ativan	6(7.4)	7(5.0)
Gabapentin / Pregabalin	2(2.5)	3(2.2)
Tramol	38(46.9)	58(41.7)
Morphine	5(6.2)	3(2.2)
MST / Kapanol	3(3.7)	1(0.7)
ประคบ / นวด	5(7.1)	13(9.3)
สมุนไพร	3(3.7)	3(2.2)
สมาธิ / สวดมนต์	0(0)	6(4.3)

ผลการศึกษาผลกระทบจากความปวด (Pain interface) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งทั้ง
ชายและหญิงมีค่ามัธยฐานของผลกระทบจากความปวดในแต่ละกิจกรรมอยู่ระหว่าง 1–5 คะแนนจากคะแนน
เต็ม 10 คะแนน โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุดของเพศชายและหญิงคือความสุขใน
ชีวิตประจำวัน (มัธยฐาน 5 คะแนน) และกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบที่มีค่ามัธยฐานต่ำที่สุดในเพศชายคือ
ความสามารถในการเดิน (มัธยฐาน 1 คะแนน) ในขณะที่เพศหญิงคืออารมณ์ (มัธยฐาน 2 คะแนน) ดังตารางที่
5 เมื่อพิจารณาผลกระทบจากความปวดโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบระดับ
น้อยร้อยละ 64.2 ขณะที่เพศหญิงได้รับผลกระทบระดับน้อยเป็นจำนวนมากที่สุดร้อยละ 48.9 (มัธยฐาน
เท่ากับ 3 คะแนน) ซึ่งใกล้เคียงกับระดับปานกลางร้อยละ 46.8 (มัธยฐานเท่ากับ 4.14 คะแนน) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ข้อมูลผลกระทบจากความปวดรายกิจกรรม (Pain interface) (n = 220)

ผลกระทบจากการปวด	ชาย (n=81)				หญิง(n=139)			
	Min	Max	Median	IQR (Q1,Q3)	Min	Max	Median	IQR (Q1,Q3)
กิจกรรมโดยทั่วไป	0	10	3	1,5	0	10	3	2,5
อารมณ์	0	10	2	1,3.5	0	10	2	1,3
ความสามารถในการเดิน	0	10	1	1,5	0	10	3	1,7
งานประจำวัน	0	10	2	1,4.5	0	10	3	2,6
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น	0	10	2	1,7.5	0	10	3	1,8
การนอนหลับ	0	10	4	2,8	0	10	4	2,8
ความสุขในชีวิตประจำวัน	0	10	5	2,7	0	10	5	2,8

ตารางที่ 6 ข้อมูลระดับของผลกระทบจากความปวดโดยรวม (Pain interface) (n = 220)

ระดับผลกระทบจากความปวดโดยรวม	ช่วงคะแนน(เต็ม 10)	ชาย (n=81) จำนวน(ร้อยละ)	หญิง(n=139) จำนวน(ร้อยละ)
รุนแรง (Severe pain interface)	8-10	3(3.7)	6(4.3)
ปานกลาง (Moderate pain interface)	4-7	25(30.9)	65(46.8)
น้อย (Mild pain interface)	1-3	52(64.2)	68(48.9)
ไม่ได้รับผลกระทบ (No pain interface)	0	1(1.2)	0(0)
คะแนนผลกระทบในชาย Min= 3.43 , Max= 9.86, Median= 3 Q1=1.64, Q3=5.36			
คะแนนผลกระทบในหญิง Min= 0.14 , Max= 9.14, Median= 4.14, Q1= 2.14, Q3=5.71			

ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีคะแนนความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = 1.221, p = .222$; $z = 1.617, p = .106$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิง (n=220)

ตัวแปร	ชาย(n=81)		หญิง(139)		z	p
	Median	IQR Q1, Q3	Median	IQR Q1, Q3		
ความรุนแรงของความปวด	3	2,7	5	2,6	1.221	.222
ผลกระทบจากความปวด	3	1.64,5.36	4.14	2.14,5.71	1.617	.106

อภิปรายผล

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งเพศหญิงร้อยละ 63.18 สอดคล้องกับสถิติระดับโลกที่พบว่าผู้หญิงมีอัตราการเกิดมะเร็งบางชนิดสูงกว่าผู้ชาย (WHO, 2024) เช่นเดียวกับข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2567) รายงานว่า ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1.08 เท่า (หรือมากกว่า ประมาณร้อยละ 7.6) โดยการศึกษาครั้งนี้ พบว่าค่ามัธยฐานอายุอยู่ที่ 67-68 ปี สะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เพิ่มขึ้นกับความเสี่ยงต่อมะเร็ง (Sung et al., 2021) สำหรับเพศชายพบมะเร็งลำไส้และปอดมากที่สุด ส่วนเพศหญิงพบมะเร็งเต้านมและมะเร็งระบบสืบพันธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2567) ที่รายงานว่ามีมะเร็งที่พบบ่อยในแต่ละเพศแตกต่างกันตามลักษณะทางกายวิภาคและปัจจัยเสี่ยง โรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ส่วนในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งต่อมลูกหมาก

การศึกษานี้ยังเผยให้เห็นปัจจัยสำคัญหลายประการที่อาจเกี่ยวข้องกับผลกระทบของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะความแตกต่างทางเพศที่สะท้อนผ่านสถานภาพสมรส ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเพศชายมีคู่สมรสถึงร้อยละ 72.8 ในขณะที่เพศหญิงมีเพียงร้อยละ 47.5 เท่านั้น ความแตกต่างนี้มีความสำคัญต่อระบบการดูแลเกี่ยวกับความปวดและสภาพจิตใจ เนื่องจากคู่สมรสมักเป็นผู้ดูแลหลักที่สำคัญที่สุด ดังนั้นผู้สูงอายุหญิงที่ไม่มีคู่สมรสจึงต้องพึ่งพาระบบสุขภาพมากกว่า (พิสมัย ศุระเกษกาญจน์ และดรณี จงอุดมการ, 2562) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล การจัดการความปวดและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการดูแลที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเพียงประถมศึกษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเข้าใจข้อมูลสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษา ประกอบกับรายได้ส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ทำให้มีโอกาสเกิดภาระทางการเงินที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น สะท้อนจากการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการวินิจฉัยระยะของโรคมะเร็งในระยะที่ 3-4 ซึ่งเป็นระยะที่โรคได้ลุกลามไปแล้ว ปัจจัยเหล่านี้เชื่อมโยงโดยตรงกับระดับการศึกษา รายได้ (กัลยา ยิบประดิษฐ์ และคณะ, 2567) รวมถึงอิทธิพลของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพที่อาจทำให้ผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพล่าช้า หรือรอจนกว่าจะมีอาการรุนแรง (เกษศรินทร์ วัชรพิมลมิตร และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ, 2566; ชลากร พรหมนิล, 2567; อลงกรณ์ ศรีเลิศ และคณะ, 2568)

2. ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายต่อระดับความรุนแรงของการปวด (Pain Severity) ในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

ผลการศึกษาความรุนแรงของความปวดที่มากที่สุด ใน 24 ชั่วโมงพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนความปวดสูงกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงส่วนใหญ่มีความปวดระดับปานกลาง ขณะที่เพศชายส่วนใหญ่มีความปวดระดับน้อย อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติพบว่าความรุนแรงของความปวดระหว่างสองเพศไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=1.221$, $p=.222$) ผลการศึกษานี้สอดคล้อง การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Ahmed et al., 2017) ที่ศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศในการรับรู้ความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งทุกช่วงวัย โดยทบทวนวรรณกรรม 1,911 รายการและวิเคราะห์ข้อมูลจาก 13 การศึกษา ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง

เพศชายและเพศหญิง ($p=0.09$ สำหรับกลุ่มทั่วไป, $p=0.58$ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษา (Alodhayani et al., 2021; Kim et al., 2020; Sorge & Strath, 2018) ที่พบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มรายงานความปวดที่รุนแรงกว่าผู้ชาย ความไม่สอดคล้องนี้อาจเกิดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีมะเร็งโดยเฉพาะ ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ชนิดและระยะของมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และภาวะโรคร่วมที่มีผลต่อความปวดมากกว่าปัจจัยทางเพศ สำหรับการบำบัดความปวดพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงบำบัดความปวดโดยใช้ยา Tamol ระบุความปวดมากที่สุด ร้อยละ 46.9 และ 41.7 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเพศหญิงรายงานความเจ็บปวดระดับรุนแรง แต่กลับอาจได้รับการจัดการความเจ็บปวดโดยยาที่ไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับผู้ชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่กล่าวว่าผู้หญิงมีความลังเลใจในการใช้ยาแก้ปวดมากกว่า (Alodhayani et al., 2021; Chou et al., 2018) จากการศึกษาครั้งนี้ แม้การรายงานระดับความปวดจะไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่ค่ามัธยฐานที่สูงกว่าในเพศหญิงยังคงมีความหมายทางคลินิกซึ่งสนับสนุนโดยแนวคิดการประเมินอาการ (Symptom Appraisal Model) (Whitaker et al., 2015) ที่กล่าวว่าความแตกต่างทางชีวภาพและสังคมมีผลต่อการรายงานการปวดในผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรได้รับการพิจารณาเกี่ยวกับความแตกต่างของความปวดในทั้ง 2 เพศ เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลต่อไป

3. ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายต่อระดับผลกระทบของความปวด (Pain interference) ในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

ผลกระทบจากความปวดต่อกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันระหว่างสองเพศก็ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=1.617$, $p=.106$) แม้ว่าเพศหญิงจะมีสัดส่วนของผลกระทบระดับปานกลางสูงกว่า เมื่อเทียบกับเพศชายที่ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบระดับน้อย ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่าแม้จะมีแนวโน้มของความแตกต่าง แต่ความหลากหลายภายในกลุ่มเพศเดียวกันอาจส่งผลให้ไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Expósito-Vizcaino และคณะ (2020) ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลกระทบจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็งมีความซับซ้อนและไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพศเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงความรุนแรงของความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้าและการตีความความเจ็บปวดเกินจริง สำหรับกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบสูงที่สุดจากการปวดในทั้งสองเพศ คือ ความสุขในชีวิตประจำวัน แสดงให้เห็นว่าความปวดเรื้อรังหรือความปวดจากมะเร็งไม่ได้จำกัดอยู่แค่เพียงการทำงานของร่างกายเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ โดยเฉพาะการมีความสุขของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่รายงานว่าความปวดส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิต (Alodhayani et al., 2021) เช่นเดียวกับงานวิจัยของปฐมภรณ์ อาษา และคณะ (2565) ที่กล่าวถึงความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนจากการปวด ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผลการวิจัยในครั้งนี้ จึงมีสำคัญอย่างยิ่ง ในการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่เพียงแต่มุ่งเน้นไปทางกาย แต่ยังต้องให้ความสำคัญกับมิติทางจิตสังคมในผู้ป่วยสูงอายุเป็นพิเศษ

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า แม้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศในเรื่องความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากความปวด แต่การพิจารณาความแตกต่างทางคลินิกและรูปแบบของผลกระทบในแต่ละด้านยังคงมีความสำคัญต่อการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับความสุขในชีวิตประจำวันในทั้งสองเพศ และการส่งเสริมการจัดการ

ความปวดแบบผสมผสานที่ครอบคลุมทั้งการใช้ยาและวิธีการที่ไม่ใช่ยา จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุที่มีมะเร็งในระยะยาว

การนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการศึกษา (Education) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งเผชิญความปวดในระดับต่างๆ ควรนำความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบของความปวด มารวมอยู่ในหลักสูตรการศึกษาด้านสุขภาพโดยเฉพาะการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการพยาบาล (Nursing Practice) ผลการวิจัยสนับสนุนการพัฒนากิจกรรมการพยาบาล เช่น การประเมินและติดตามความปวดอย่างสม่ำเสมอ การทำแผนการจัดการความปวดแบบบูรณาการ รวมถึงการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการจัดการความปวดด้วยวิธีต่างๆ เพื่อลดผลกระทบต่อความสุขในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง

ด้านการวิจัย (Research) ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสำรวจปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความแตกต่างของความปวดและผลกระทบในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง เช่น ระยะของมะเร็ง ประเภทของการรักษา สภาพจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการทดลองใช้วิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างนี้

ด้านนโยบาย (Policy) ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการจัดทำนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคมะเร็งให้มีความเหมาะสมระหว่างเพศ โดยมุ่งเน้นการจัดบริการจัดการความปวดให้เพียงพอต่อการลดผลกระทบของความปวดเป็นรายบุคคล การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมแก่สถานบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่มีความปวดได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยโดยออกแบบเป็นการศึกษาตามยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของความปวดและผลกระทบของความปวดในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น รวมถึงออกแบบการศึกษาแบบทดลอง (Experimental Design) โดยใช้แนวทางการจัดการความปวดที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม นอกจากนี้ การศึกษาควรใช้วิธีการผสมผสาน (Mixed-method Study) ที่รวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ความเข้าใจที่ครบถ้วนมากขึ้นเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงของความปวดและการตอบสนองต่อของผู้ป่วย และควรรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ โดยเลือกจากหลายจังหวัดและหลายโรงพยาบาล เพื่อสามารถสรุปผลไปยังประชากรทั่วไปได้อย่างเหมาะสม

References

- กัลยา ยิบประดิษฐ์, น้ำฝน วชิรัตน์พงษ์เมธี, และจินตนา ทองเพชร. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรเขตเทศบาลเมืองชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 4(2), 61-72.
- เกษศรีนทร์ วัชรพิมลมิตร, และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงในตำบลหนองปากโลง อำเภอมะนัง จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์*, 4(3), 31-43.
- ชลากร พรหมนิล. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปทุมภูมิและสาธารณสุข*, 2(1), 79-96. สืบค้น จาก <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/view/2547>
- นุสรา ประเสริฐศรี, ยศพล เหลืองโสมนภา, ชลียา วามะลุน, โสภิต ทับทิมหิน, ศรีสุดา งามขำ, พิริยลักษณ์ ศิริกุลลักษณ์, วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์, อภิตี เจริญกุล. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 33(3):82-97.
- ปฐมาภรณ์ อาษานอก, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และนารัตน์ จิตรมนตรี. (2565). อิทธิพล ของความทุกข์ทรมานจากอาการภาวะ ซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมต่อ ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการ รักษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและ ทรวงอก*, 33(1) : 84-98.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2567-2575*. https://nci.go.th/th/New_web2024/officer/Download/nccp/NCCP_67_75.pdf
- พิสมัย ศุระเกษกาญจน์ และดรุณี จงอุดมการ. (2562). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*, 26(2), 83-95.
- Alodhayani, A., Abotalib, Z., Alkhalidi, H., Alqarni, H., Arishi, W., Almutairi, S., Belyamani, L., & Almudaiheem, H. (2021). Attitudes barriers among adult cancer patients with pain: A comparative analysis between the sexes. *Journal of Pain Research*, 14, 45-58.
- Alodhayani A, Almutairi KM, Vinluan JM, Alsadhan N, Almigbal TH, Alonazi WB and Batais MA. (2021) Gender Difference in Pain Management Among Adult Cancer Patients in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Assessment. *Front. Psychol.* 12:628223. doi: 10.3389/fpsyg.2021.628223
- Barry, D. T., Pilver, C., Potenza, M. N., & Desai, R. A. (2012). Prevalence and psychiatric correlates of pain interference among men and women in the general population. *The Journal of Psychiatric Research*, 46(1), 118-127.

- Chou, P. L., Fang, S. Y., Sun, J. L., Rau, K. M., & Lee, B. O. (2018). Gender differences in cancer patients' adherence to analgesics and related outcomes of pain management. *Cancer Nursing*, 41(4), E1-E9.
- Cleeland, C.S. (1990). Assessment of pain in cancer. In: Foley, K.M, Bonica, J.J, Ventafridda, V, Callaway, M.V, editor. *Advances in pain research and therapy*. Vol 10. New York: Raven Press, 47-55.
- Cleeland, C. S., Gonin, R., Hatfield, A. K., Edmonson, J. H., Blum, R. H., Stewart, J. A., & Pandya, K. J. (1994). Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *The New England journal of medicine*, 330(9), 592–596. <https://doi.org/10.1056/NEJM199403033300902>
- Expósito-Vizcaíno, S., Sánchez-Rodríguez, E., & Miró, J. (2020). The role of physical, cognitive and social factors in pain interference with activities of daily living among individuals with chronic cancer pain. *European journal of cancer care*, 29(2), e13203. <https://doi.org/10.1111/ecc.13203>
- Kim, J., Loggia, M. L., Cahalan, C. M., Harris, R. E., Beissner, F., Garcia, R. G., Kim, H., Barbieri, R., Wasan, A. D., Edwards, R. R., & Napadow, V. (2020). Sex differences in network connectivity and pain sensitivity in the healthy brain. *NeuroImage*, 211, 116622.
- Liang, S. Y., Yates, P., Edwards, H., & Tsay, S. L. (2013). Gender differences in opioid prescribing patterns and outcomes in Taiwanese cancer outpatients. *Cancer Nursing*, 36(1), 48-58.
- Manson, J. E. (2010). Pain: Sex differences and implications for treatment. *Metabolism*, 59 (Suppl.1), S16-S20.
- National Cancer Institute. (2025). Cancer in Thailand Vol.XI 2019-2021. https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20Thailand%20Vol.XI.pdf
- Tegegn, H. G., & Gebreyohannes, E. A. (2017). Cancer Pain Management and Pain Interference with Daily Functioning among Cancer Patients in Gondar University Hospital. *Pain research & management*, 2017, 5698640. <https://doi.org/10.1155/2017/5698640>
- Snijders, R. A. H., Brom, L., Theunissen, M., & van den Beuken-van Everdingen, M. H. J. (2023). Update on prevalence of pain in patients with cancer 2022: A systematic literature review and meta-analysis. *Cancers*, 15(3), 591. <https://doi.org/10.3390/cancers15030591>
- Sorge, R. E., & Strath, L. J. (2018). Sex differences in pain responses. *Current Opinion in Physiology*, 6, 75-81.

- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249.
- Suresh, K. P. & Chandrashekhara, P. (2012). Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 5(1), 7-14. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.97779>
- Whitaker, K. L., Scott, S. E., & Wardle, J. (2015). Applying symptom appraisal models to understand sociodemographic differences in responses to possible cancer symptoms: a research agenda. *British journal of cancer*, 112 Suppl 1(Suppl 1), S27-S34. <https://doi.org/10.1038/bjc.2015.39>
- WHO. (2024). Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.who.net>