

การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ

นุสรรา ประเสริฐศรี ปร.ด.¹

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงเกิดความปวดหลายประเภทอุปสรรคการประเมินความปวดและการจัดการความปวดประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคลด้านบุคคลากรทางสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ ความปวดในผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการรายงานในผู้สูงอายุบางราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่สามารถบอกความปวดด้วยตนเองได้ ทำให้การจัดการความปวดในผู้สูงอายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่จะได้รับ การประเมินความปวดแบบครอบคลุมจึงมีความจำเป็น การจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพของความปวดเรื้อรังในระดับความรุนแรงปานกลางและรุนแรงส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลควรจะเข้าใจการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา และเภสัชวิทยาในผู้สูงอายุ บทความวิชาการนี้นำเสนอการประเมินความปวด และการจัดการความปวด ที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นข้อมูลสำหรับบทบาทการพยาบาล

คำสำคัญ : การประเมินความปวด, การจัดการความปวด, ผู้สูงอายุ

¹ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Pain Management in the Elderly

Nusara Prasertsri Ph.D.¹

Abstract

Pain is a common experience for many elderly population. The elderly is at risk for experiencing multiple types of pain. Barriers to effective pain assessment and treatment are fall into 3 domains: individual-based, provider-based, and system-based factors. Pain may be underreported as some elderly patients especially in the elderly who cannot self-report of pain intensity. So that comprehensive pain assessment is needed. Thus, pain management in the elderly is suboptimal. Untreated or ineffectively treated moderate to severe persistent pain has significant implications for the elderly health, functioning, and quality of life. Nurses should have a broad range of understanding of the pharmacologic and physiological changes that occur in the elderly. The present review on appropriate pain assessment and present pain management modalities focuses on relevant information for the nursing role.

Keywords: pain assessment, pain management, elderly

¹Adult and Elderly Nursing department, Boromrajonnani College of Nursing
Sanpasithiprasong
Correspondence e-mail: nprasertsri@gmail.com

บทนำ

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยซึ่งกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในปี 2568 ความสูงอายุมากขึ้นควบคู่ไปกับการเสื่อมของร่างกาย มีโรคเรื้อรังประจำตัว ปัญหาดังกล่าวทำให้อุบัติการณ์และความชุกของความปวดในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ความปวดในผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการรายงานเนื่องจากมีความเชื่อว่าความปวดในผู้ป่วยสูงอายุนั้นเป็นกระบวนการปกติของความชรา ทำให้การประเมินความปวดไม่ครบถ้วน เมื่อไม่ได้รับการประเมินการจัดการความปวดในผู้สูงอายุอาจจะไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลความปวดในผู้สูงอายุ พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ การประเมินความปวดและเลือกเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชวิทยาและสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้การจัดการความปวดโดยการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความปวดในผู้สูงอายุ การประเมินความปวด และการจัดการความปวดโดยการใช้ยา บทบาทของพยาบาลในการประเมินและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ

ความปวดในผู้สูงอายุ

ความปวดในผู้สูงอายุพบว่ามีอัตราสูง¹ จากข้อมูลการศึกษาแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา พบผู้สูงอายุมีอาการรบกวนจากความปวดร้อยละ 50 และรายงานจากสถานดูแลผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ความปวดร้อยละ 83 ถึง 93² งานวิจัยของไทยเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ พบความชุกของความปวดร้อยละ 60-90³⁻⁵ ซึ่งการประมาณความชุกนี้เป็นการศึกษาความปวดในมิติเดียว แต่ผู้สูงอายุมักพบหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวดและมีความปวดหลายประเภท ความชุกของความปวดเพิ่มขึ้นตามอายุหรือไม่นั้น มีสมมุติฐานความสัมพันธ์ของอายุกับความปวด โดยข้อเท็จจริงแล้วอายุที่เพิ่มขึ้นและความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากความเสื่อมสภาพของร่างกายและโรคที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีความปวด เช่น Osteoarthritis low back pain เป็นต้น

งานวิจัยแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความปวดในผู้สูงอายุพบมีลักษณะดังต่อไปนี้ 1) ความสัมพันธ์เชิงบวก คือความปวดเพิ่มขึ้นตามอายุ 2) ความสัมพันธ์ผกผัน คือ ความปวดเพิ่มขึ้นในช่วงอายุ 50-65 ปี หรือ 75-85 ปี หลังจากนั้นความปวดลดลง 3) ความสัมพันธ์เชิงลบ คือ ความปวดลดลงเมื่ออายุที่เพิ่มขึ้น หรือ 4) ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างความปวดและอายุที่เพิ่มขึ้น⁶⁻⁷ งานวิจัยพบว่า ปวดกล้ามเนื้อและกระดูกรวมถึงปวดหลัง พบมากที่สุดในวัยกลางคน หรือวัยสูงอายุตอนต้น และจากนั้นจะลดลงในผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุมากกว่า 85 ปี) แต่บางงานวิจัยยังพบว่า ปวดศีรษะ ปวดที่มีความสัมพันธ์กับกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปวดเนื่องจากมะเร็ง มีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น⁷ จะเห็นว่าแต่ละการศึกษา ผลที่ได้มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากความยากในการประเมินผู้สูงอายุที่มีอายุมากร่วมกับความจำเสื่อมในผู้สูงอายุที่มากขึ้น การประเมินจึงมีความลำบากในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ทำให้ข้อมูลของความปวดลดลงเมื่ออายุมากกว่า 85 ปี อีกทั้งข้อมูลความปวดในผู้สูงอายุนั้นมีความยากในการสรุป เนื่องจากการศึกษาแตกต่างกันในแง่ของระเบียบวิธีการศึกษา ประเภทของความปวดที่ศึกษา นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างในเรื่องของประวัติความเจ็บป่วยและในปัจจุบันทางด้านจิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุที่อาจจะมียุทธิต่อประสบการณ์ความปวดของผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลควรใช้ข้อมูลจากการวินิจฉัยและการตัดสินใจทางคลินิกด้วยตนเองในประเมินและการพยาบาลจัดการความปวดในผู้สูงอายุ

สาเหตุและผลของความปวดในผู้สูงอายุ

ความหมายของความปวด

ความปวดเป็นประสบการณ์ธรรมชาติของมนุษย์เพื่อแจ้งเตือนป้องกันภัยคุกคามทั้งภายในและภายนอกที่มีต่อร่างกาย สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (The International Association of the Study of Pain :IASP) ให้ความหมายของความปวดคือ “ประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการทำลายหรือมีแนวโน้มทำลายเนื้อเยื่อร่างกาย”⁸ ความปวดนั้นมีความซับซ้อน ประกอบด้วยหลายมิติ เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับมิติของ sensory cognitive และ emotion⁹

McCaffery เป็นพยาบาลที่ศึกษาเรื่องความปวดได้ให้ความหมายความปวดไว้ว่า “ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่บอกถึงความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในแต่

ละคนในเวลานั้น ๆ”¹⁰ จะเห็นว่าคำจำกัดความเหล่านี้เน้นถึงลักษณะประสบการณ์รายบุคคลและมีหลายมิติ ทั้งนี้เป็นหลักการที่สำคัญของมาตรฐานการประเมิน (Gold standard) ในประเมินความปวดโดยให้ผู้ป่วยเป็นคนบอกความปวดด้วยตนเอง (Self-report)

สาเหตุและชนิดของความปวด

ความปวดแบ่งเป็นหลายประเภทโดยกำหนดจากเวลา กลไกการเกิด หรือลักษณะทางคลินิกของความปวด ประเภทของความปวดที่พบบ่อย แบ่งตามระยะเวลาของความปวด ประกอบด้วยความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) และความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) แบ่งตามกลไกการเกิด แบ่งเป็น Nociceptive pain และ neuropathic pain หรือ แบ่งตามสาเหตุความปวด แบ่งเป็น Cancer pain และ Noncancer pain¹¹

ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) โดยทั่วไปเกิดจากการกระตุ้นโดยได้รับบาดเจ็บหรือโรคต่างๆ มีหน้าที่ป้องกันร่างกายจากภัยอันตราย ซึ่งเป็นกลไกปกติของร่างกายและมีช่วงระยะเวลาจำกัด ไม่เกิน 3 เดือน ความปวดนี้เกิดจากการผ่าตัด การหักของข้อ กระดูกรยางค์ของร่างกาย การเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ อุบัติเหตุบาดเจ็บ¹²

ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) หมายถึงความปวดนานเรื้อรังติดต่อกันมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป เป็นพยาธิสภาพและไม่มีหน้าที่ในการป้องกันให้กับร่างกาย¹¹ โดยส่วนใหญ่ความปวดนี้ไปสัมพันธ์กับ โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายหรือโรคไม่ติดต่oreื้อรังของผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ข้อเสื่อม กระดูกพรุน และ มะเร็ง เป็นต้น¹³

Nociceptive pain เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บทำลาย หรือคุกคามต่ออวัยวะ ผิวหนัง กล้ามเนื้อและกระดูก โดยไม่เกี่ยวข้องและผิดปกติของระบบประสาท ความปวดนี้เป็นผลจากการกระตุ้นของตัวรับความปวด (Nociceptors) ซึ่งเป็นตัวรับสิ่งเร้าของความปวด Nociceptive pain ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ การปวดของข้อคอและหลัง การผ่าตัด⁷

Neuropathic pain เป็นความปวดโดยมีสาเหตุจากการทำลายและผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งจะตรงกันข้ามกับ Nociceptive pain การผิดปกติระบบประสาทแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ระบบประสาทส่วนกลาง (Central neuropathic pain) และระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral neuropathic pain) สำหรับ

Central neuropathic pain นั้นมีสาเหตุจากโรคที่ไปทำลายเส้นประสาทส่วนกลาง เช่น โรคพาร์คินสัน ผู้ป่วยหลัง Stroke โรคกระดูกคอเสื่อม (Myelopathies) การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injuries) โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (spinal stenosis) โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) และ fibromyalgia¹⁴

Peripheral neuropathic pain มีสาเหตุจากการติดเชื้อสวิต (Postherpetic neuralgia) การเผาผลาญผิดปกติ เช่น เบาหวาน เส้นไขสันหลังถูกกดทับ ความปวดในส่วนของแขนขาที่ถูกตัดไป (Phantom limb pain) Neuropathic pain มักเกี่ยวข้องกับความรู้สึกผิดปกติ (Dysesthesia) หรือปวดเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ปกติไม่ทำให้เกิดความปวด (Allodynia) อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือบางครั้ง ลักษณะของความปวด ปวดแปลบร้าว (Tingling) หรือปวดเหมือนถูกแทง (Stabbing pain)¹⁵

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดความปวดได้หลายประเภท ดังนั้นเมื่อจัดการความปวดเฉียบพลัน ที่มผู้ป่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลต้องคำนึงถึงผู้สูงอายุอาจมีความปวดเรื้อรังประจำตัวอยู่แล้ว ความปวดที่ทับซ้อนนี้ส่งผลต่อการหายใจและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความปวดทำให้การเคลื่อนไหวลดลง ส่งผลต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า ความปวดเฉียบพลันเมื่อไม่ได้รับการจัดการที่เพียงพอในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นความปวดเรื้อรังซึ่งพบในผู้ป่วยหลังผ่าตัด¹⁶ ความรุนแรงของความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดเป็นตัวทำนายที่สำคัญสำหรับการพัฒนาไปเป็นความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด Amputation ของแขนและขา ผ่าตัดเต้านม ผ่าตัดทรวงอก ผ่าตัดไส้เลื่อน ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ และผ่าตัดถุงน้ำดี¹⁷ ทั้งหมดเป็นการผ่าตัดที่พบได้โดยทั่วไปในผู้สูงอายุ การค้นพบนี้ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยของความปวดในผู้สูงอายุ

ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความปวด รวมถึงอุปสรรคในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ อุปสรรคในการประเมินและการจัดการปวดที่มีประสิทธิภาพแบ่งเป็น 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ให้บริการทางสุขภาพ และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้การจัดการความปวดบกพร่อง มีดังต่อไปนี้ 1) เชื่อว่าความปวดเป็นส่วนหนึ่งของความสูงอายุ 2) กลัวถูกระบุว่าเป็นคนย่ำคิดเกี่ยวกับสุขภาพตน

มากเกินไป 3) กลัวว่าความปวดบ่งบอกถึงโรคแย่ลง 4) กลัวติดยาบรรเทาปวด
5) กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และ 6) ความเชื่อว่าความปวดไม่สำคัญต่อ
ผู้ให้บริการทางสุขภาพ¹⁴ นอกจากนี้ ภาวะความจำเสื่อมยังเป็นอุปสรรคสำคัญเช่นกัน
เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถบอกความปวดของตนเองได้¹⁸

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการทางสุขภาพนั้นพบว่า ความรู้ของพยาบาลไม่เพียงพอ
เกี่ยวกับการจัดการความปวดส่งผลให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้ง
ไม่มีเครื่องมือวัดความปวด การประเมินโดยให้ผู้ป่วยบอกนั้นพบว่า ผู้ให้บริการ
ด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะรายงานความปวดของผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ป่วยบอก¹⁹
ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อมพบว่าได้รับการรักษาและใช้ยาบรรเทาความปวด
น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความจำเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ การค้นพบนี้สะท้อนให้เห็น
ถึงความยากลำบากของผู้ให้บริการสุขภาพในการตรวจหาความปวดในบุคคลที่ไม่
สามารถบอกความปวดได้ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในประชากร
กลุ่มนี้

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เกี่ยวข้องกับนโยบายและระเบียบข้อบังคับ
เกี่ยวกับการปฏิบัติตามใบสั่งแพทย์และผู้มีอำนาจกำกับดูแล ผู้ให้บริการสุขภาพ
ต้องเผชิญกับกฎระเบียบที่เข้มงวดเกี่ยวกับวิธีที่จะใช้ยากลุ่ม Opioids ซึ่งในแต่ละ
ประเทศจะมีข้อกำหนดที่แตกต่างกัน สำหรับประเทศไทยแพทย์เป็นผู้สั่งให้การรักษา
ด้วย Opioids และมีระบบที่เข้มงวดซึ่งอาจจะมีผลต่อการใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มนี้
ปัจจัยเหล่านี้เป็นความท้าทายในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพซึ่งอาจนำไปสู่
ความปวดที่ไม่เพียงพอในผู้สูงอายุ

ความปวดเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับอาการทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า
แต่ทิศทางของความสัมพันธ์ยังไม่ชัดเจน ภาวะซึมเศร้าอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความปวด
และความปวดอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ การใช้ชีวิตด้วยความปวด
เรื้อรังอาจนำไปสู่อารมณ์เศร้า ความสูญเสียที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุอาจทำให้อารมณ์
หดหู่ เศร้า ผลทางด้านจิตใจนี้อาจส่งผลต่อทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับความปวด
ของผู้สูงอายุ ความคาดหวังในการจัดการกับความปวดและความต่อเนื่องการรักษา
ความปวด²⁰ พยาบาลควรประเมินสภาวะทางสังคมและด้านจิตใจ เนื่องจากปัจจัย
เหล่านี้อาจมีผลต่อความปวดสำหรับผู้สูงอายุ

ผลของความปวดในผู้สูงอายุ

แม้ว่าในปัจจุบันการจัดการความปวดมีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาและทางคลินิก งานวิจัยพบว่าการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุยังคงต่ำกว่าเกณฑ์²¹⁻²² การไม่ได้รับการรักษาหรือการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพของความปวดระดับปานกลางและรุนแรง ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความปวดที่ไม่ได้รับการบรรเทา มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (การเคลื่อนไหว การเดิน เกิดการหกล้ม) ด้านจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หลีกตัวออกจากสังคม)¹⁴ ความปวดรบกวนการนอน ระดับการรับรู้ทางสติปัญญาลดลง ภาวะทุพโภชนาการ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายช้า¹⁴ ความปวดยังเพิ่มภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยมีความปวด²³ ความปวดที่ไม่ได้รับการบรรเทาทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงและค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพต้องได้รับการประเมินและการรักษาที่ครอบคลุม

การประเมินความปวดในผู้สูงอายุ

การจัดการความปวดเริ่มต้นด้วยการประเมินสาเหตุและความรุนแรงของความปวด เพื่อที่จะหาวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย เนื่องจากความปวดมีความซับซ้อนประกอบด้วยหลายมิติ การประเมินจึงมีความยากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ในทางคลินิกบุคคลากรทางสุขภาพประเมินความปวดผู้ป่วยด้วย 2 คำถาม คือ 1) คุณมีความปวดไหม และ 2) ในระดับความปวด 1 ถึง 10 คุณมีความปวดระดับไหน? เป็นคำถามพื้นฐานในการประเมินความปวดและความรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว จากความหมายความปวดขององค์การมาตรฐานสากล International Association for the Study of Pain (IASP) ความปวดประกอบด้วยหลายมิติ ดังนั้นการประเมินผลรวมเพื่อให้เห็นภาพของความปวดทั้งหมดนั้นมีความจำเป็นในการประเมินผู้ป่วยที่มีความปวด สิ่งที่สำคัญอีกประการคือไม่มีเครื่องมือวัดความปวด หรือ ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพสำหรับการตรวจสอบความปวด ดังนั้น การประเมินความปวดขึ้นอยู่กับ การบอกความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย (Self-report) ในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสาร เช่น มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีการสื่อสารบกพร่อง การประเมินความปวดจึงใช้วิธีการประเมินจาก การสังเกตพฤติกรรมที่บ่งชี้ความปวด ในลำดับต่อไปจะกล่าวถึงการประเมินความปวด

การบอกความปวดด้วยตนเอง (Self-report)

ผู้ป่วยบอกความปวดด้วยตนเองถือเป็นมาตรฐานของการประเมินความปวด¹⁴ หลักการประเมินความปวดคือ ถ้ามความปวดปัจจุบันของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ¹⁹ ผู้สูงอายุอาจต้องใช้เวลาในการตอบคำถามดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องให้เวลากับผู้สูงอายุในการตอบคำถาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม²²

พยาบาลควรให้ความสำคัญในการตรวจสอบคำถามต่างๆที่ผู้ป่วยอาจใช้แทนความปวด เช่น เจ็บ ไม่สุขสบาย เป็นต้น พยาบาลควรใช้คำถามปลายเปิด เช่น “บอกเกี่ยวกับความปวด ความรุนแรงความปวด หรือความรู้สึกไม่สบาย” เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดจากผู้สูงอายุ

การประเมินผลรวมความปวดประกอบด้วย ประวัติทางการแพทย์ ซึ่งระบุถึงโรคประจำตัว การเข้ายาในปัจจุบันที่ให้การรักษาโดยแพทย์ และผู้ป่วยซื้อรับประทานด้วยตนเอง นอกจากนี้การตรวจร่างกาย การประเมินสภาวะด้านจิตและสังคม การประเมินความปวด ควรประเมินลักษณะของความปวด ความถี่ ความรุนแรง ปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นหรือบรรเทาลง ผลกระทบความปวดต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือด้านสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจจะมีอิทธิพลต่อความปวดและการจัดการความปวด²⁴

มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความปวด ควรใช้และบันทึกเป็นเอกสารเพื่อติดตามการตอบสนองการรักษา ความรุนแรงของความปวดสามารถประเมินได้หลากหลายทาง เครื่องมือประเมินที่ใช้บ่อยในทางคลินิกคือ Numerical Rating Scale (NRS) Verbal Descriptor Scale (VDS) และ Faces Pain Scale (FPS)²⁴ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

NRS นิยมใช้กันมากในทางคลินิก โดยให้ผู้ป่วยระบุระดับความรุนแรงความปวด โดย 0 = ไม่ปวด และ 10 = ปวดมากที่สุด การประเมินด้วย NRS ผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการแยกความแตกต่างของความรุนแรงด้วยตัวเลข ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องยากสำหรับผู้สูงอายุ การศึกษาล่าสุดยืนยันว่า NRS เป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยงสำหรับประเมินความปวดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน²⁵ พบว่า NRS สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของความปวดตามช่วงเวลาได้น่าเชื่อถือได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพการรักษาและการเปลี่ยนแปลงความปวด อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ

มากกว่า 81 ปี ไม่สามารถประเมินด้วย NRS ร้อยละ 11.1 งานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุชอบการวาง NRS อยู่ในแนวตั้งเมื่อถูกนำเสนอบนกระดาษ²² ข้อค้นพบนี้พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลได้ เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินความปวด

VDS ถูกเสนอแนะให้ใช้ประเมินความปวดสำหรับผู้สูงอายุ²² เครื่องมือนี้ประเมินความรุนแรงของความปวดโดยให้ผู้ป่วยเลือกคำที่อธิบายความปวดในปัจจุบัน (ไม่ปวด ปวดน้อย ปวดปานกลาง ปวดมากที่สุด) แบบประเมินนี้มีความเที่ยงและความตรงในการประเมินความรุนแรงความปวดในผู้สูงอายุ และเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการประเมินและเป็นที่ยอมรับมากที่สุดโดยผู้สูงอายุ²⁶

FPS ถูกพัฒนาครั้งแรกเพื่อประเมินความรุนแรงของความปวดในเด็ก และได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อม ทั้ง FPS และ FPS-Revised (มีการเปลี่ยนภาพใบหน้า) ประกอบด้วยการแสดงออกของความปวดทางใบหน้า ตั้งแต่ปวดน้อยที่สุดไปจนถึงปวดมากที่สุด²⁶ การประเมินด้วย FPS ในผู้สูงอายุถือว่าเหมาะสมกว่าการประเมินแบบภาพอื่น ๆ เนื่องจากเป็นใบหน้าการ์ตูน ไม่ระบุอายุ เพศ และเชื้อชาติ

การประเมินผลกระทบของความปวดต่อหน้าที่ของร่างกาย ที่ใช้บ่อยคือประกอบด้วย Brief Pain Inventory (BPI) เครื่องมือนี้ถูกใช้ครั้งแรกกับผู้ป่วยมะเร็ง²⁷ เป็นเครื่องมือประเมินตนเองใน 3 ประเด็นคือ 1) การระบุตำแหน่งปวดและความรุนแรงความปวดด้วย NRS 2) การระบุเปอร์เซ็นต์ความปวดที่บรรเทาจากการรักษาด้วย NRS 3) ประเมินตามผลกระทบของความปวดที่มีต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์และความสุขในชีวิตพบว่าเครื่องมือนี้มีความตรงและความเที่ยงในการประเมินในผู้สูงอายุ²⁸ ในผู้สูงอายุการประเมินหน้าที่อาจจะพิจารณาได้จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธอลเอดีแอล (Barthel ADL index) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบเพิ่มเติม

การสังเกตพฤติกรรมความปวด

การประเมินความปวดที่ครอบคลุม (Comprehensive assessment) นั้นรวมถึงการสังเกตพฤติกรรมที่ระบุถึงความปวด ภาวะบกพร่องทางสมองพบโดยส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ทำให้ไม่สามารถบอกความปวดด้วยตัวเองได้ในผู้ป่วยความจำเสื่อมและไม่สามารถบอกความปวดได้ จึงต้องมีการประเมินด้วยวิธีอื่นเพื่อระบุถึงความปวด สมาคมพยาบาลจัดการความปวดของประเทศ

สหรัฐอเมริกา แนะนำให้ใช้วิธีการตามลำดับ 4 ขั้นตอนในการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ดังนี้ 1) พยายามประเมินด้วยการให้ผู้ป่วยบอกก่อนเป็นลำดับแรก 2) หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวด เช่น การผ่าตัด 3) การสังเกตพฤติกรรมที่ระบุ ความปวด และ 4) หาข้อมูลจากครอบครัวและผู้ดูแล²⁹ ถ้าทุกขั้นตอนได้ข้อมูลที่บ่งบอกความปวด พยาบาลควรสันนิษฐานว่าผู้ป่วยมีความปวดและสามารถเริ่มให้ยาบรรเทาปวดได้ และควรสังเกตสังเกตพฤติกรรมที่ระบุความปวด ก่อนและหลังการให้ยาบรรเทาความปวดเพื่อประเมินว่าการรักษานั้นมีประสิทธิภาพ หรือควรเพิ่มขนาดของยาเพื่อจัดการความปวดดีขึ้น

การสังเกตเพื่อประเมินพฤติกรรมปวดนั้น มุ่งเน้นที่ตัวบ่งชี้พฤติกรรมของความปวด^{21, 26} พฤติกรรมนั้นได้แก่ เกร็งกล้ามเนื้อแข็ง กัดฟันแน่น หน้าเขียวคล้ำ ครวญครางเสียงปวด เป็นต้น ในหอผู้ป่วยวิกฤติ สัญญาณชีพเป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้บ่อยในการระบุความปวด อย่างไรก็ตามความปวดเรื้อรังไม่สามารถใช้สัญญาณชีพเป็นตัวบ่งชี้ความปวดได้

ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมามีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินตัวบ่งชี้พฤติกรรมของความปวดมากมาย เครื่องมือเหล่านี้มีความแตกต่างของเนื้อหาการประเมิน การประเมินผลรวม และการให้คะแนน บางเครื่องมือถูกทดสอบแสดงถึงการใช้ได้ของเครื่องมือ แต่หลายเครื่องมือต้องการทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือก่อนที่จะสามารถใช้งานได้อย่างแพร่หลาย³⁰ ไม่มีเครื่องมือใดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้าง ขวางในทุกสภาวะแวดล้อม หรือกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดได้ทั้งหมด คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญผู้สูงอายุและความปวดให้ข้อเสนอแนะว่า เครื่องมือประเมินพฤติกรรมบ่งชี้ความปวด คือ Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale³¹ เป็นเครื่องมือ ประเมิน พฤติกรรม 5 รายการ ประกอบด้วย 1) การหายใจ 2) เสียง 3) การแสดงออกทางใบหน้า 4) การเคลื่อนไหว 5) การกลืน PAINAD scale สามารถใช้ได้ง่ายในทางปฏิบัติ คุณภาพของเครื่องมือมีความตรงและความเที่ยง

การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ

การจัดการความปวดด้วยยา

การจัดการความปวดด้วยยาเป็นวิธีการรักษาทางเลือกแรกและใช้กันอย่างแพร่หลายในการบรรเทาความปวดในผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ยาที่ให้เป็นกลุ่มยา NSAIDs คลายกล้ามเนื้อ กลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น และยาที่ใช้ร่วมรักษา การใช้ยากลุ่มนี้กับผู้สูงอายุต้องระวัง ทั้งนี้ร่างกายผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงมีผลต่อเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) และ เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) สมาคมผู้สูงอายุแห่งสหรัฐอเมริกา และองค์การอนามัยโลก เสนอแนะแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดด้วยยาสำหรับผู้สูงอายุ³² โดยมีหลักการดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะโดยสมาคมผู้สูงอายุแห่งสหรัฐอเมริกา

ยากลุ่มที่ไม่ใช่อนุพันธ์ฝิ่น (Nonopioids)

1. ยา Acetaminophen ควรเป็นตัวเลือกแรกที่ใช้ในการจัดการความปวดเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปวดกล้ามเนื้อและกระดูก เนื่องจากมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย

1.1 ข้อห้ามเด็ดขาดในผู้ป่วยที่มีภาวะตับวาย

1.2 ข้อห้ามและข้อควรระวังในผู้ป่วยบกพร่องการทำงานของตับ ผู้เสพยาเรื้อรัง

1.3 ขนาดยาสูงสุดที่ได้รับต่อวัน ไม่ควรเกิน 4000 มิลลิกรัม ต่อวัน และคำนวณนับจากส่วนผสมที่มีอยู่ในยาอื่นด้วย เช่นจากยา Acetaminophen ผสมในยาแก้หวัด

2. ยากลุ่ม ต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs) และ กลุ่มยับยั้งการทำงานของ เอนไซม์ cyclooxygenase (COX-2) พิจารณาเป็นรายบุคคลด้วยความระมัดระวัง

2.1 ข้อห้ามเด็ดขาดในผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลในระบบทางเดินอาหาร (Peptic ulcer) โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease) และหัวใจวาย (Heart failure)

2.2 ข้อควรระวังในผู้ป่วย ที่มีความดันโลหิตสูง (Hypertension) มีประวัติเคยมีแผลในระบบทางเดินอาหาร รับประทานยากลุ่ม Corticosteroids หรือ กลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors

3. ในผู้สูงอายุที่รับประทานยากกลุ่ม NSAIDs ควรได้รับยากกลุ่ม Proton pump inhibitor (Omeprazole) เพื่อป้องกันแผลในระบบทางเดินอาหาร
4. ผู้ป่วยที่ได้รับประทานยา COX-2 selective inhibitor และ Aspirin ควรได้รับยากกลุ่ม proton pump inhibitor (Omeprazole) เพื่อป้องกันแผลในระบบทางเดินอาหาร
5. ผู้ป่วยไม่ควรได้รับประทานยามากกว่าหนึ่งชนิดของ NSAID หรือ COX-2 selective inhibitor สำหรับบรรเทาความปวด
6. ผู้ป่วยที่รับประทาน Aspirin สำหรับป้องกันโรคหัวใจไม่ควรใช้ยา ibuprofen ในการจัดการความปวด
7. ผู้ป่วยที่รับประทาน NSAIDs และ COX-2 selective inhibitors ควรจะประเมินระบบทางเดินอาหารและ พืชต่อไต และภาวะความดันสูง

ยากกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (Nonopioids)

ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงความปวดระดับปานกลางและรุนแรง ทำให้การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตลดลงควรพิจารณาการรักษาด้วย opioid โดยมีหลักการดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความปวดบ่อยหรือต่อเนื่องในชีวิตประจำวันอาจได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาตลอด 24 ชั่วโมง
2. บุคคลากรด้านสุขภาพควรประเมินอาการข้างเคียงของยา Opioid
3. ไม่ควรใช้ยา acetaminophen หรือ NSAIDs ในปริมาณขนาดมากที่สุดเมื่อใช้ ร่วมกับ opioid เป็นส่วนหนึ่งของยาบรรเทาความปวด
4. เมื่อใช้ Opioid ชนิด Long-acting ในการรักษา อาจจะมี Breakthrough pain ควรประเมิน และป้องกันและให้ opioid ชนิด Short-acting immediate-release
5. ผู้ป่วยที่ใช้ยาบรรเทาปวด opioid ควรได้รับการประเมินใหม่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประเมินผลข้างเคียงเพื่อให้เกิดการใช้ยาปลอดภัย

ยากกลุ่มรักษาร่วม (Adjuvant Analgesic Drugs)

ผู้ป่วย Neuropathic pain มักจะได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่มรักษาร่วมยากกลุ่มนี้ประกอบด้วย Antidepressants และ Anticonvulsants เป็นต้น โดยมีหลักการดังนี้

1. ผู้ป่วย Fibromyalgia ควรบรรเทาความปวดด้วยยากกลุ่มรักษาร่วม
2. ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง อาจจะได้รับยาบรรเทาความปวดด้วยยากกลุ่มรักษาร่วม เช่น ปวดหลัง

3. ยากลุ่ม Tertiary tricyclic antidepressants เช่น Amitriptyline imipramine และ Doxepin ควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงของฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ เช่น Anticholinergic effects และความผิดปกติของความสามารถของสมอง

4. การรักษาควรเริ่มจากขนาดของยาน้อยที่สุดและเพิ่มขนาดอย่างช้าๆ ประเมินการตอบสนองและผลข้างเคียงของยา เนื่องจากยาบางตัวออกฤทธิ์ล่าช้า ตัวอย่างเช่น gabapentin อาจจะใช้เวลา 2 ถึง 3 สัปดาห์ สำหรับการเริ่มออกฤทธิ์ที่มีประสิทธิภาพของยา

ข้อเสนอแนะโดยองค์การอนามัยโลก

การจัดการความปวดตามขั้นบันได (Analgesic Ladder) ขององค์การอนามัยโลกนั้นมีหลักการดังนี้ ความปวดรุนแรงเล็กน้อย (NRS = 1-3) ให้เริ่มด้วยยา Acetaminophen

1. ความปวดรุนแรงเล็กน้อย ถึงความปวดรุนแรงปานกลาง (NRS = 4-6) ไม่สามารถบรรเทาความปวดด้วย acetaminophen ควรให้การรักษาด้วยยากลุ่ม NSAIDs

2. ความปวดรุนแรงปานกลาง ให้ยากลุ่ม weak opioid เช่น codeine ร่วมกับยากลุ่ม acetaminophen หรือ NSAIDs

3. ความปวดรุนแรงมาก (NRS=7-10) ให้ยากลุ่ม strong opioid เช่น morphine หรือhydromorphone fentanyl และ oxycodone ร่วมกับยากลุ่ม acetaminophen หรือ NSAIDs

4. ยาร่วมรักษาความปวด อาจจะต้องใช้เพื่อลดความวิตกกังวล

องค์การอนามัยโลกให้ข้อเสนอแนะว่า ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาความปวดเรื้อรังหรือ Cancer pain ใช้แนวปฏิบัตินี้มีความเหมาะสมเพื่อบรรเทาความปวดของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามพยาบาลควรประเมินและให้การดูแลเฉพาะรายติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การเปลี่ยนแปลงในทางเภสัชจลศาสตร์ ในผู้ป่วยสูงอายุ

เมื่อเทียบกับประชากรที่มีอายุน้อยกว่า มียาบางชนิดหรือยากลุ่มอนุพันธ์ที่จำเป็นต้องมีการพิจารณาเป็นพิเศษเมื่อใช้สำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุ อายุที่เพิ่มขึ้น ปัญหาที่สำคัญที่พบบ่อยคือการลดลงในการกำจัดของเสียของไต

ซึ่งอาจจะทำให้การขับออกของยาลดลงและเกิดผลเสียหายได้ ในผู้ป่วยสูงอายุควร ประเมินค่าการทำงานของไตเพื่อที่เลือกหรือปรับขนาดยา ยาที่ต้องพิจารณาของการทำงาน ของไตของผู้ป่วย เช่น เมื่อใช้ยา กลุ่ม NSAIDs มอร์ฟีน Meperidine (Pethidine) และ Gabapentin (Meperidine ไม่เหมาะสมใช้ในผู้ป่วยสูงอายุเนื่องการ สะสมมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง)²⁴

กลุ่ม NSAIDs ในผู้สูงอายุต้องระวังอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหาร อาจจะทำให้เกิดปัญหา Dyspepsia แผลในกระเพาะอาหาร เลือดออกในระบบ ทางเดินอาหาร และเกิดการทะลุได้ ผลต่อไตที่เกิดขึ้นคือการคลังของน้ำ hyperkalemia เกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ ดังนั้นการให้ยา NSAID เพื่อจัดการความปวดในผู้สูงอายุจึงต้องระวังเป็นพิเศษ¹⁵

การดูดซึมของยาบรรเทาความปวดในผู้สูงอายุ การใช้ Fentanyl transdermal (Fentanyl แผ่นแปะติดที่ผิวหนัง) ในผู้สูงอายุ พบว่าระดับความเข้มข้นในเลือดสูงใน ผู้ป่วยสูงอายุเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหลังจากใช้ Fentanyl transdermal เป็นเวลา 24 ชั่วโมง การบริหาร Transdermal fentanyl ในผู้สูงอายุต้องติดตาม อาการข้างเคียง Opioid toxicities¹⁴ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไวต่อคุณสมบัติของ ยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงของ Opioids ควรเริ่มต้นใช้ยาที่ขนาดมีต่ำ และเพิ่ม ความระมัดระวังในการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาด้วยยา Opioid มีอาการข้างเคียงที่ ทำให้ท้องผูก ควรให้ยาป้องกันทันทีเมื่อให้ Opioids ยาที่แนะนำเพื่อป้องกันและ แก้ปัญหาภาวะท้องผูกคือ ยาระบายชนิดกระตุ้น เช่นมะขามแขก (Senna) ยาที่ทำให้ อุจจาระอ่อนตัว (Sodium docusate) ควรเลี่ยงยากลุ่ม Bulk-forming agents เช่น Psyllium ในอาการท้องผูกที่เกิดจากการใช้ opioid⁷

สรุป

ความปวดในผู้สูงอายุ เกิดได้หลายประเภท ประกอบด้วย ความปวด เฉียบพลัน เรื้อรัง หรือ Nociceptive pain และ Neuropathic pain การจัดการ ความปวดที่มีประสิทธิภาพเริ่มจากการประเมินความปวด ดังนั้นการประเมิน ความปวดจึงมีความสำคัญ พยาบาลต้องเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือประเมิน การบอกความปวดด้วยตนเองเป็นมาตรฐานของการประเมินความปวด ในผู้สูงอายุ สมองเสื่อมไม่สามารถบอกความปวดได้ การสังเกตพฤติกรรมที่บ่งชี้ความปวด เป็นเครื่องมือที่ถูกลำมาไว้ในทางปฏิบัติ การจัดการความปวดด้วยยาเป็น

ทางเลือกแรกในการจัดการความปวด การใช้บรรเทาความปวดในผู้สูงอายุต้องมีความระมัดระวัง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทางเภสัชวิทยาและสรีรวิทยา การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บทบาทของพยาบาลในการประเมินและจัดการความปวดในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ

อ้างอิง

1. Molton IR, Terrill AL. Overview of persistent pain in older adults. *Am Psychol* 2014;69:197-207.
2. Patel KV, Guralnik JM, Dansie EJ, Turk DC. Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. *Pain* 2013;154:2649-57.
3. รังสิยา นารินทร์, วิลาวณิชย์ เตือนราษฎร์, วราภรณ์ บุญเชียง. การพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *พยาบาลสาร* 2558;42:170-81.
4. พุทธิพร พิธานธนาคุณ, ปัทมา สุริต. การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2554;29:58-68.
5. ธนบดี ชุ่มกลาง, รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบรรเทาความปวดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัย มข. (บศ.)* 2555;12:46-56.
6. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing* 2013;42 (Suppl):i1-57.
7. Sawas SM, Gibson SJ. Overview of pain management in older adults. *Clin Geriatr Med* 2016;32:635-50.
8. Merskey H. Logic, truth and language in concepts of pain. *Quality of Life Research* 1994;3(Suppl.1):S69-S76.
9. Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model in pain. In: Kenshalo

- DRJ, editor. The skin senses: Proceedings. Springfield (Illinois): Charles C. Thomas; 1968. p.63.
10. McCaffery M. Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions: University of California Print. Office; 1968.
 11. Woolf CJ. Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management. *Ann Intern Med* 2004;140:441-51.
 12. Hallingbye T, Martin J, Viscomi C. Acute postoperative pain management in the older patient. *Aging Health* 2011;7:813-28.
 13. Bruckenthal P, Reid MC, Reisner L. Special issues in the management of chronic pain in older adults. *Pain Medicine*. 2009;10(suppl_2):S67-S78.
 14. Persons O. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1331-46.
 15. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *Jama* 2014;312:825-37.
 16. Bruce J, Quinlan J. Chronic post surgical pain. *Reviews in pain* 2011;5:23-9.
 17. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *The Lancet* 2006;367:1618-25.
 18. McAuliffe L, Nay R, O'Donnell M, Fetherstonhaugh D. Pain assessment in older people with dementia: literature review. *Journal of advanced nursing* 2009;65:2-10.
 19. McCaffery M, Pasero C. Pain assessment and pharmacologic management. St Louis: Mosby; 2011.
 20. Reid MC. Expanding Targets for Intervention in Later Life Pain: What Role Can Patient Beliefs, Expectations and Pleasant Activities Play?. *Clin Geriatr Med* 2016;32:797-805. doi: 10.1016/j.cger.2016.06.009

21. Horgas AL, Elliott AF, Marsiske M. Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship Between Self-Report and Behavioral Observation. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:126-32.
22. Herr K. Pain assessment strategies in older patients. *J Pain* 2011;12(Suppl.1):S3-S13.
23. Reinhard SC, Levine C, Samis S. Home alone: Family caregivers providing complex chronic care: AARP Public Policy Institute Washington, DC; 2012.
24. Guerriero F, Bolier R, Van Cleave JH, Reid MC. Pharmacological approaches for the management of persistent pain in older adults: What nurses need to know. *J Gerontol Nurs* 2016;42:49-57.
25. Wood BM, Nicholas MK, Blyth F, Asghari A, Gibson S. Assessing pain in older people with persistent pain: the NRS is valid but only provides part of the picture. *J Pain* 2010;11:1259-66.
26. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:170-92.
27. Cleeland C, Ryan K. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore* 1994;23:129-38.
28. Keller S, Bann CM, Dodd SL, Schein J, Mendoza TR, Cleeland CS. Validity of the brief pain inventory for use in documenting the outcomes of patients with noncancer pain. *Clin J Pain* 2004;20:309-18.
29. Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, et al. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs* 2006;7:44-52.
30. Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs* 2011; 12:230-50.

31. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003;4:9-15.
32. Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. *Ochsner J* 2010;10:179-87.