การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน*

พุทธิพร พิธานธนานุกูล พย.ม.** ปัทมา สุริต DNSc.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปวดเรื้อรังในด้านประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง วิธีจัดการ ผลลัพธ์ของการจัดการ มโนมติของศาสตร์ทางการพยาบาลด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 166 คน โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัยมีดังนี้ 1) ด้านบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง เป็นผู้สูงอายุวัยกลางและผู้สูงอายุวัยปลาย ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสหม้าย และโสด มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า2,000บาทและอาศัยอยู่คนเดียวส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง 2)ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคประจำตัว 1 โรค 2 โรค และมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง 3) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง 4) ประสบการณ์ความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ตำแหน่งที่มีความปวด คือ ข้อเข่า มีความปวดเรื้อรังมาเป็นระยะเวลา 1-5 ปี เป็นความปวดชนิดที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และระบบประสาท มีความรุนแรงของความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนใหญ่มีรูปแบบของความปวด คือ ความปวดเกิดขึ้นเป็นพัก ๆ มีระยะเวลาเป็นนาที และเกิดขึ้นทุกวันซึ่งส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวและอารมณ์มากที่สุด 5) วิธีจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการความปวดมากกว่า 1 วิธี โดยเป็นวิธีใช้ยาร่วมกับวิธีไม่ใช้ยา ซึ่งวิธีใช้ยาที่ส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ ยานวด ส่วนวิธีไม่ใช้ยาที่ส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ การบีบนวดเอง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลในการเลือกวิธีจัดการความปวดจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทำด้วยตนเอง ทำที่บ้าน คิดว่าปฏิบัติแล้วอาการปวดดีขึ้น ทำเมื่อมีอาการปวด และระยะเวลาที่เริ่มใช้วิธีจัดการความปวด คือ 1-5 ปี 6) ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ พบว่าไม่ว่าผู้สูงอายุมีความปวดในตำแหน่งใดก็ตาม หลังจากใช้วิธีจัดการความปวดแล้ว ส่วนใหญ่ความรุนแรงของความปวดลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย

คำสำคัญ: การจัดการความปวดเรื้อรัง ผู้สูงอายุ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่มักมีความปวดมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง[1] และเป็นความปวดเรื้อรังมากกว่าความปวดเฉียบพลัน[2] นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมักจะได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวดเรื้อรังมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดความปวดเรื้อรัง[3] มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ปานกลางถึงมาก มีอาการเป็นอยู่นาน เกิดได้หลายตำแหน่ง และมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง[4] ซึ่งความปวดเรื้อรังเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและปัญหาด้านจิตสังคม[3,5] และจากการที่ผู้วิจัยได้ฝึกปฏิบัติในวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ในชุมชนโนนม่วง

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จังหวัดขอนแก่น ได้ทำการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ ความปวดเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง และตำแหน่งที่มีความปวดมาก ได้แก่ ข้อเข่า เอว หลัง ข้อนิ้วมือ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุของความปวดมักเกิดจากโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ลักษณะงานที่ทำทั้งในอดีตและปัจจุบัน และการมีอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุมีความปวดเป็นระยะเวลานาน และส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ลุกยืนลำบาก เดินได้ลดลง ทำงานได้น้อยลง นอนไม่หลับ เป็นต้น ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ไม่สุขสบาย รู้สึกทรมาน หงุดหงิดง่าย เป็นต้น ซึ่งเมื่อมีความปวดเกิดขึ้นผู้สูงอายุมักจะหาวิธีจัดการด้วยตนเองก่อนที่จะมาพบแพทย์ และมักจะใช้หลายวิธี เช่น การใช้ยาแก้ปวด ยานวด ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร การฝังเข็ม การนวดแผนไทย การใช้ลูกประคบ การหยุดเคลื่อนไหวบริเวณที่มีความปวด การออกกำลังกาย และการใช้อุปกรณ์ช่วย เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยเห็นว่าความปวดเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุในชุมชนและส่งผลกระทบหลายด้าน รวมทั้งผู้สูงอายุบางรายมีวิธีจัดการความปวดที่ไม่ถูกต้อง หากความปวดนั้นไม่ได้รับการประเมินและจัดการดูแลในระยะเริ่มต้น ก็จะกลายเป็นปัญหาเรื้อรังอันนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพในอนาคตได้ รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวกับความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนโนนม่วง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาเรื่องความปวดเรื้อรังและมีผู้สูงอายุอยู่เป็นจำนวนมาก โดยใช้รูปแบบการจัดการอาการของดอดต์ และคณะ[6] มาเป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากการจัดการความปวดเรื้อรังเป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละบุคคล มีความซับซ้อน และแตกต่างกันไป รูปแบบการจัดการอาการของดอดต์[6]และคณะนี้มุ่งเน้นที่การรับรู้ของบุคคลเป็นหลักและสามารถอธิบายประสบการณ์อาการ วิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการของบุคคลได้ รวมทั้งนักวิจัยหลายท่านใช้รูปแบบการจัดการอาการของดอดต์และคณะมาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย ซึ่งผลของงานวิจัยดังกล่าวสนับสนุนว่ารูปแบบการจัดการอาการของดอดต์และคณะ สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการของบุคคลได้ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้จะช่วยให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในทีมสุขภาพชุมชนเข้าใจถึงการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ และอาจนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือบรรเทาความปวดหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีวิธีจัดการความปวดเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเกี่ยวกับมโนมติของศาสตร์ทางการพยาบาลในด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง วิธีจัดการความปวดเรื้อรัง และผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการจัดการอาการของดอดต์ และคณะ[6] ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องจาก The British Pain Society เรื่องการประเมินความปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ[7] (ภาพที่ 1)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนโนนม่วง หมู่ที่ 3, 12 และ 27 ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) มีความปวดเรื้อรังระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป 3) ไม่มีสาเหตุของความปวดจากโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น 4) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรของการประมาณค่าเฉลี่ย[8] คือ

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}{e^2}$$

ซึ่งได้ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 10[8] ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ 166 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง ประเมินด้านการรับรู้การประเมิน และการตอบสนองต่อความปวดเรื้อรัง ซึ่งระดับความรุนแรงของความปวดประเมินโดยใช้มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข (Numeric Rating Scales) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ประเมินโดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ประเมินโดยใช้ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) ส่วนที่ 2 วิธีจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ และส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุ ประเมินระดับความรุนแรงของความปวดหลังจากใช้วิธีจัดการความปวดโดยใช้มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินรูปแบบการจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มาตรวัดความปวดชนิดตัวเลขนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และดัชนีจุฬาเอดีแอล นำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง วิธีจัดการความปวดเรื้อรัง และผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรัง โดยใช้ค่าสถิติความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ด้านบุคคล

1.1 เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหญิง ซึ่งมีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 54.6) เนื่องจากการที่เพศหญิงต้องเผชิญกับประสบการณ์ความปวดมาตลอดช่วงชีวิต เช่น การมีประจำเดือน การคลอดบุตร เป็นต้น ซึ่งมีผลให้เพศหญิงมีการรับรู้ต่อความปวดมาก[9] ในขณะที่ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 53.4) อธิบายได้จากลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมที่คาดหวังให้เพศชายมีความแข็งแรงอดทน รวมทั้งการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กที่เด็กผู้หญิงสามารถแสดงออกถึงความปวดได้ ในขณะที่เด็กชายต้องอดทนต่อความปวดมากกว่า ทำให้เพศชายมีระดับความทนต่อความปวดสูง[10] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu et al.[11] และ Dorner et al.[12] ที่พบว่า เพศหญิงมีระดับความรุนแรงของความปวดมากกว่าเพศชาย

1.2 อายุ พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 50.0) ส่วนผู้สูงอายุวัยกลางและผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 50.8 และ 65.2 ตามลำดับ) ซึ่งอธิบายได้ว่าอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุก็มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวด เช่น โรคข้อเสื่อม โรคกระดูกสันหลังเสื่อม โรคกระดูกพรุน และโรคปลายประสาทอักเสบจากเบาหวาน[7] และผลจากกระบวนการชราที่ระบบประสาทส่วนกลางทำหน้าที่ยับยั้งสัญญาณความปวดได้น้อยลง (Impaired descending inhibition) อันเนื่องจากหลายปัจจัย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ร่วมกับเส้นใยประสาทเอ เดลตาทำหน้าที่ได้ลดลง จึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ความปวดเพิ่มขึ้น[13]

1.3 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือและผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 66.7 และ 51.7 ตามลำดับ) ส่วนผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 55.6) สอดคล้องกับการศึกษาของ Blyth et al.[14] และ Jordan et al.[15] ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีการรับรู้ต่อความปวดลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถเข้าถึงข่าวสารและข้อมูลจากสื่อต่าง ๆได้ดี จึงเลือกวิธีจัดการความปวดได้หลากหลาย[16]

1.4 สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 52.9) ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย และโสดส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 59.7 และ 66.7 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Blyth et al.[14] และ Yu et al.[11] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า/แยก มีความปวดเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ เนื่องจากสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม คู่สมรสอาจช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความปวดเรื้อรังนั้นได้[11]

1.5 ศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.4) เนื่องจากผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธจะมีการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา คือ การไปวัดทำให้ต้องนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิเป็นเวลานาน ๆ ร่วมกับภาวะเสื่อมของข้อในวัยสูงอายุ จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรังโดยเฉพาะในตำแหน่งข้อเข่าได้[16]

1.6 รายได้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาทส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 58.9) ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,001-5,000 บาท และมากกว่า 5,001 บาทส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 55.6 และ 65.1 ตามลำดับ) เนื่องจากรายได้สามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ได้ ดังนั้นการมีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีจะเอื้ออำนวยให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ในการดูแลตนเอง เข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ในการอำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น[17]

1.7 ลักษณะของครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 52.1) เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นการแสดงถึงการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเมื่อเกิดความปวดขึ้นจะมีการจัดการล่าช้าและความปวดที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมจนกลายเป็นปัญหาเรื้อรังในที่สุด[11]

1.8 อาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 62.7) เป็นอาชีพที่ต้องใช้กำลัง และตรากตรำ ลักษณะของการทำงาน เช่น การยกของหนัก อยู่ในอิริยาบถที่ต้องมีการก้มตัวและทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้โครงสร้างของร่างกายมีการทรุดโทรมและเสื่อมถอยได้มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น โดยเฉพาะโครงสร้างที่ต้องรับน้ำหนักมาก เช่น ข้อเข่า หลังส่วนล่าง จึงมีผลต่อการเกิดอาการปวดเรื้อรังในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ[18] ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าตำแหน่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการปวด คือ ข้อเข่าและเอว

2. ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย

2.1 โรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ โรคเกาต์ โรคข้อเสื่อม โรคกระดูกพรุน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคกระดูกกดทับเส้นประสาท และโรคกระดูกสันหลังเสื่อม รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 55.4) ส่วนผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคประจำตัว 1 โรค 2 โรค และมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 56.5, 53.1 และ 71.4 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Leong et al.[19] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคประจำตัวมากมีผลต่อระดับความรุนแรงของความปวดที่เพิ่มขึ้น

2.2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อความปวด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความปวดหลายอย่าง เช่น การอยู่ในอิริยาบถเดียวนาน ๆ (ร้อยละ 62.3) การยกของหนัก (ร้อยละ 28.1) การนั่งยอง ๆ (ร้อยละ 19.3) และการก้ม ๆเงย ๆ (ร้อยละ 15.3) ตามลำดับ เนื่องจากการใช้งานของกระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้กล้ามเนื้อต้องเกร็งตัวมากเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีอาการปวดและมีความเสื่อมของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นมากขึ้น[16]

3. ด้านสิ่งแวดล้อม

3.1 สิทธิการรักษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษา คือ บัตรทอง (ร้อยละ 71.7)

3.2 แหล่งบริการทางสุขภาพที่ใช้เป็นประจำเมื่อเจ็บป่วยส่วนมาก คือ โรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 84.9) รองลงมา คือ สถานีอนามัย (ร้อยละ 79.5) และผู้สูงอายุประเมินว่ามีความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพ (ร้อยละ 94.0) และจากผลการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่สะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อย (ร้อยละ 50.0) ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพทุกคนมีระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (ร้อยละ 100.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ Blyth et al.[14] และ Jordan et al.[15] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ หรือไม่สะดวกในการไปใช้แหล่งบริการทางสุขภาพมีความปวดเรื้อรังมาก เนื่องจากการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ[20] จึงมีทางเลือกในการจัดการความปวด

3.3 ความเชื่อเกี่ยวกับความปวด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าความปวดเกิดจากอายุมาก (ร้อยละ 59.0) และปฏิบัติตามความเชื่อ คือ กินยาแก้ปวด (ร้อยละ 39.2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อว่าความปวดเรื้อรังเกิดจากอายุที่มากขึ้น[21,22] นอกจากนี้ความเชื่อเกี่ยวกับความปวดของผู้สูงอายุยังมีผลต่อการรับรู้และการจัดการความปวด เช่น กลัวการรักษา กลัวการได้รับยาหลาย ๆ ชนิดเพื่อบรรเทาความปวด กลัวการติดยาแก้ปวด ความเกรงใจ ไม่ต้องการรบกวนบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ดูแล เป็นต้น ความเชื่อดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพได้[23]

4. ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง

4.1 การรับรู้ความปวดเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความปวดเรื้อรังมาเป็นระยะเวลา 1-5 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของอมรพันธ์ ธานีรัตน์[16] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่มีความปวดในช่วง 1-10 ปี

4.2 การประเมินความปวดเรื้อรัง พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง (ร้อยละ 68.7) สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ[11,14,16,24] เนื่องจากในการศึกษานี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรคข้อเสื่อม โรคเกาต์ และโรคกระดูกพรุน เป็นต้น มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพได้หลายตำแหน่ง[25] และมีอาชีพเดิม คือ เกษตรกร ซึ่งเป็นอาชีพที่ออกแรงมาก ทำงานติดต่อกันเป็นเวลานานในแต่ละวัน และต้องอยู่ในอิริยาบถเดิม ๆ คือ ก้มเงย ทำให้โครงสร้างของร่างกายเกิดความเสื่อม โดยเฉพาะส่วนที่ต้องรับน้ำหนักมาก เช่น ข้อเข่า หลังส่วนล่าง เป็นต้น[18] โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดใน 3 ตำแหน่ง คือ ข้อเข่า (ร้อยละ 63.9) หลังส่วนล่าง (ร้อยละ 52.4) และขา (ร้อยละ 34.9) เนื่องจากผลของกระบวนการชราทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภายในข้อโดยเฉพาะกระดูกอ่อนจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเสื่อม[26] โดยข้อที่มีโอกาสเกิดความเสื่อมมาก เช่น ข้อเข่า ข้อกระดูกสันหลัง[27] ร่วมกับผู้สูงอายุยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความปวด เช่น อยู่ในอิริยาบถเดียวนาน ๆ (เช่น นั่ง ยืน เดิน) นั่งยอง ๆ จึงกระตุ้นให้มีอาการปวดจากการใช้งานของข้อเข่าและขา การก้ม ๆ เงย ๆ ทำให้มีการหมุนหรือบิดของลำตัวซ้ำ ๆ และมากเกินไป ส่วนการยกของหนักทำให้เกิดการกดเบียดหมอนรองกระดูกสันหลังจนโป่งนูนไปกดรากประสาทบริเวณใกล้เคียง จึงทำให้เกิดอาการปวดหลัง[24]

ลักษณะของความปวด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกข้อความในการบอกลักษณะของความปวดคือปวดขัด ๆ ปวดหนัก ๆ ปวดแปลับ ๆ ปวดตึง ๆ และปวดออกร้อน ซึ่งลักษณะของความปวดสามารถบอกถึงพยาธิสภาพหรือชนิดของความปวดได้[28] โดยลักษณะความปวดแบบปวดตื้อ ๆ ปวดแปลับ ๆ ปวดขัด ๆ แสดงว่าเป็นความปวดที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ คือ โรคข้อเสื่อม โรคเกาต์ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคกระดูกพรุน จึงเกี่ยวข้องกับการทำลายและการอักเสบของเนื้อเยื่อ[29] ส่วนลักษณะความปวดแบบปวดออกร้อน ปวดจี๊ด ๆ เหมือนถูกเข็มแทง แสดงว่าเป็นความปวดที่มีสาเหตุจากการมีพยาธิ

สภาพในระบบประสาทชนิด Peripheral neuropathy ซึ่งเกิดจากโรคเบาหวาน[30]

ระดับความรุนแรงของความปวด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ที่พยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป[16] และมีความปวดมาเป็นระยะเวลานานจึงเกิดการเรียนรู้ที่จะใช้วิธีจัดการความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อบรรเทาความปวดที่มี รูปแบบของความปวด พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความปวดเกิดขึ้นเป็นพัก ๆ ระยะเวลาที่มีความปวดแต่ละครั้งเป็นนาที และความถี่ของความปวด คือ ทุกวัน ซึ่งรูปแบบของความปวดเรื้อรังนั้นอาจเกิดตลอดเวลาหรือเกิดเฉพาะช่วงเวลาก็ได้[31]

ปัจจัยที่ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น พบว่าส่วนใหญ่ คือ การก้ม ๆ เงย ๆ การอยู่ในอิริยาบถเดียวนาน ๆ เช่น นั่งพับเพียบ ส่วนปัจจัยที่ทำให้ความปวดบรรเทาลงพบว่าส่วนใหญ่ คือ การนั่งพัก/นอนพัก เนื่องจากเป็นการลดแรงกระทำต่อข้อ และลดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กไม่ให้ส่งสัญญาณความปวด จึงทำให้ความปวดบรรเทาลง[16]

4.3 การตอบสนองต่อความปวดเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบต่อการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 88.6) ได้แก่ ลุกยืนลำบาก ต้องใช้เวลามากกว่าเดิมเพื่อที่จะเปลี่ยนจากท่านั่งเป็นยืน เดินได้ช้ากว่าเดิม เดินลำบาก และเดินได้ในระยะทางไม่ไกลเท่าเดิม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดที่ตำแหน่งข้อเข่าและเอว ซึ่งเป็นบริเวณข้อที่รับน้ำหนักของร่างกาย จึงส่งผลกระทบต่อการลุกยืนและการเดิน[32] และผลกระทบต่ออารมณ์ คือ รู้สึกหงุดหงิด (ร้อยละ 78.3) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai et al.[32] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความปวดเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์

5. วิธีจัดการความปวดเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการความปวดเรื้อรังมากกว่า 1 วิธี (ร้อยละ 95.2) และเป็นวิธีใช้ยาร่วมกับวิธีไม่ใช้ยา (ร้อยละ 86.2) สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่าผู้สูงอายุใช้วิธีจัดการความปวดเรื้อรังมากกว่า 1 วิธี[33, 34] เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความปวดเรื้อรังมาเป็นระยะเวลานาน เกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการบรรเทาความปวดหลากหลายวิธี ทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา[16] โดยวิธีจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ยานวด (ร้อยละ 56.0) รองลงมา คือ การใช้ยาพาราเซตตามอล (ร้อยละ 50.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ Barry et al.[34] และ Tsai et al.[32] ที่พบว่าวิธีจัดการความปวดที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ การใช้ยาแก้ปวด เนื่องจากการใช้ยามีประสิทธิภาพช่วยบรรเทาอาการปวด สามารถหาซื้อได้สะดวก โดยผู้สูงอายุบางส่วนมีพฤติกรรมการใช้ยา คือ รับประทานยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดจนทนไม่ได้ บางส่วนรับประทานยาแก้ปวดต่อเนื่องทุกวัน ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาดังกล่าวอาจส่งผลเสียต่อผู้สูงอายุได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเภสัชจลนศาสตร์ เภสัชพลศาสตร์ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค จึงมีการใช้ยามากกว่า 1 ชนิด ทำให้มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาและการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้มากขึ้น[20] ในขณะที่ผู้สูงอายุบางคนไม่กินยาแก้ปวดเพราะกลัวติดยา หรือมีความเชื่อว่ายาแก้ปวดจะมีผลรบกวนต่อประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัวของตนเอง ส่วนวิธีไม่ใช้ยาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ การบีบนวดเอง (ร้อยละ 78.3) รองลงมา คือ การนั่งพัก/นอนพัก (ร้อยละ 37.3) การบริหาร/ออกกำลังกาย (ร้อยละ 32.5) การเปลี่ยนอิริยาบถ (ร้อยละ 19.3) และการใช้ยาชุด (ร้อยละ 18.7) ตามลำดับ การบีบนวดเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุเลือกใช้มากที่สุด เนื่องจากสามารถทำได้ด้วยตนเอง และการนวดมีผลต่อการยับยั้งเซลล์ที่ทำหน้าที่ส่งสัญญาณความปวดไปยังสมอง กล่าวคือ การนวดทำให้มีการหลั่งสารเอนเคฟาลีนและเอนดอร์ฟีนออกมา ยับยั้งการทำงานของสารพี ทำให้ไม่มีอาการปวด[35] สอดคล้องกับการศึกษาของประทีป กาลเขว้า[33] พบว่าการบีบนวดเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุเลือกใช้มากที่สุด (ร้อยละ 69.7) ถ้าหากผู้สูงอายุมีความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจะเลือกใช้วิธีไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการดูแลตนเองและการรักษาแบบทางเลือกในขั้นต้น แต่ถ้าผู้สูงอายุเริ่มมีความปวดในระดับรุนแรง จะไปพบแพทย์เพื่อรักษาและใช้ยาแก้ปวด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุ

ที่มีความปวดเรื้อรังเป็นระยะเวลานานจะมีวิธีจัดการความปวดที่หลากหลายทั้งการรักษาแผนปัจจุบันและการรักษาแบบทางเลือกตามความเชื่อ ผู้สูงอายุประเมินว่ายาแผนปัจจุบันช่วยบรรเทาอาการปวดได้ แต่อาการปวดก็กลับเป็นขึ้นมาอีก จึงต้องแสวงหาวิธีจัดการความปวดอย่างอื่น ๆ ร่วมด้วย อย่างไรก็ตามพบว่าบางวิธีที่ผู้สูงอายุเลือกใช้เป็นวิธีจัดการที่ไม่เหมาะสม คือ การใช้ยาชุด (ร้อยละ 18.7) และยาลูกกลอน (ร้อยละ 1.2) โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวบางคนเลือกใช้ยาชุดแทนยาแผนปัจจุบันที่ใช้ในการรักษาทั้งหมด เพราะประเมินว่ายาชุดสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดีกว่ายาแผนปัจจุบัน

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาของข้อมูลในการเลือกวิธีจัดการความปวดจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (ร้อยละ74.7) และครอบครัว/ญาติ (ร้อยละ 27.1) ส่วนเหตุผลในการเลือกปฏิบัติ คืออาการปวดดีขึ้น (ร้อยละ 95.2) ผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติคือ ทำเอง (ร้อยละ 96.4) สถานที่ปฏิบัติ คือ ที่บ้าน (ร้อยละ 96.4) และเวลาที่ปฏิบัติ คือ เมื่อมีอาการปวด (ร้อยละ 84.3) ระยะเวลาที่เริ่มใช้วิธีจัดการความปวด คือ 1-5 ปี (ร้อยละ 61.4) เนื่องจากในการศึกษานี้วิธีจัดการความปวดส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุเลือกใช้เป็นวิธีใช้ยาร่วมกับไม่ใช้ยา คือ การใช้ยานวด กินยาแก้ปวด บีบนวดเอง จึงเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้เอง สามารถปฏิบัติที่บ้านและจะปฏิบัติเฉพาะเมื่อมีอาการปวด รวมทั้งระยะเวลาที่เริ่มใช้วิธีจัดการความปวดใกล้เคียงกับระยะเวลาที่เริ่มมีความปวด

6. ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดเรื้อรัง พบว่าไม่ว่าผู้สูงอายุมีความปวดในตำแหน่งใดก็ตาม หลังจากใช้วิธีจัดการความปวดแล้ว ส่วนใหญ่ความรุนแรงของความปวดลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย เนื่องจากความปวดเรื้อรังมีรูปแบบของความปวดที่เกิดขึ้นเป็นพัก ๆ หรือตลอดเวลา ความรุนแรงของความปวดมีหลายระดับ มักไม่ตอบสนองต่อการรักษาและฟื้นหายช้า ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีชีวิตอยู่กับความปวดนั้นเป็นเวลานาน[36] รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีความปวดเรื้อรังในการศึกษานี้มีอาการปวดมาเป็นระยะเวลานาน และมีความปวดมากกว่า 1 ตำแหน่ง ถึงแม้ว่าจะเลือกใช้วิธีจัดการความปวดหลากหลายวิธี ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกตามความเชื่อ ก็เพียงแค่บรรเทาอาการปวดชั่วคราวเท่านั้น ไม่ได้ทำให้หายขาด

จากผลการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีวิธีจัดการความปวดที่หลากหลาย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และมีอาการปวดมาเป็นระยะเวลานาน จึงเรียนรู้ที่จะหาวิธีจัดการความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ถ้าผู้สูงอายุมีความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจะเลือกใช้วิธีไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นการดูแลตนเองและการรักษาแบบทางเลือกในขั้นต้น แต่ถ้าผู้สูงอายุเริ่มมีความปวดในระดับรุนแรงจะไปพบแพทย์เพื่อรักษาและใช้ยาแก้ปวด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความปวดเรื้อรังเป็นระยะเวลานานจะมีวิธีจัดการความปวดทั้งการรักษาแผนปัจจุบันและการรักษาแบบทางเลือกตามความเชื่อ ผู้สูงอายุประเมินว่ายาแผนปัจจุบันช่วยบรรเทาอาการปวดได้ แต่อาการปวดก็กลับเป็นขึ้นมาอีก จึงต้องแสวงหาวิธีจัดการความปวดอย่างอื่น ๆ ร่วมด้วย อย่างไรก็ตามพบว่าบางวิธีที่ผู้สูงอายุเลือกใช้เป็นวิธีจัดการที่ไม่เหมาะสม คือ การใช้ยาแก้ปวดชนิดเดิมทุกวันและติดต่อกันเป็นเวลานานหลายปีซึ่งอาจจะมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคต บางคนไม่ได้ใช้ยาแผนปัจจุบันแต่เลือกใช้ยาอื่น เช่น ยาชุด ยาลูกกลอน ซึ่งก็อาจจะส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ หรือบางส่วนอดทนไม่ใช้วิธีการใด ๆ เลย ซึ่งก็อาจจะทำให้ความปวดนั้นกลายเป็นปัญหารุนแรงขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชนควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

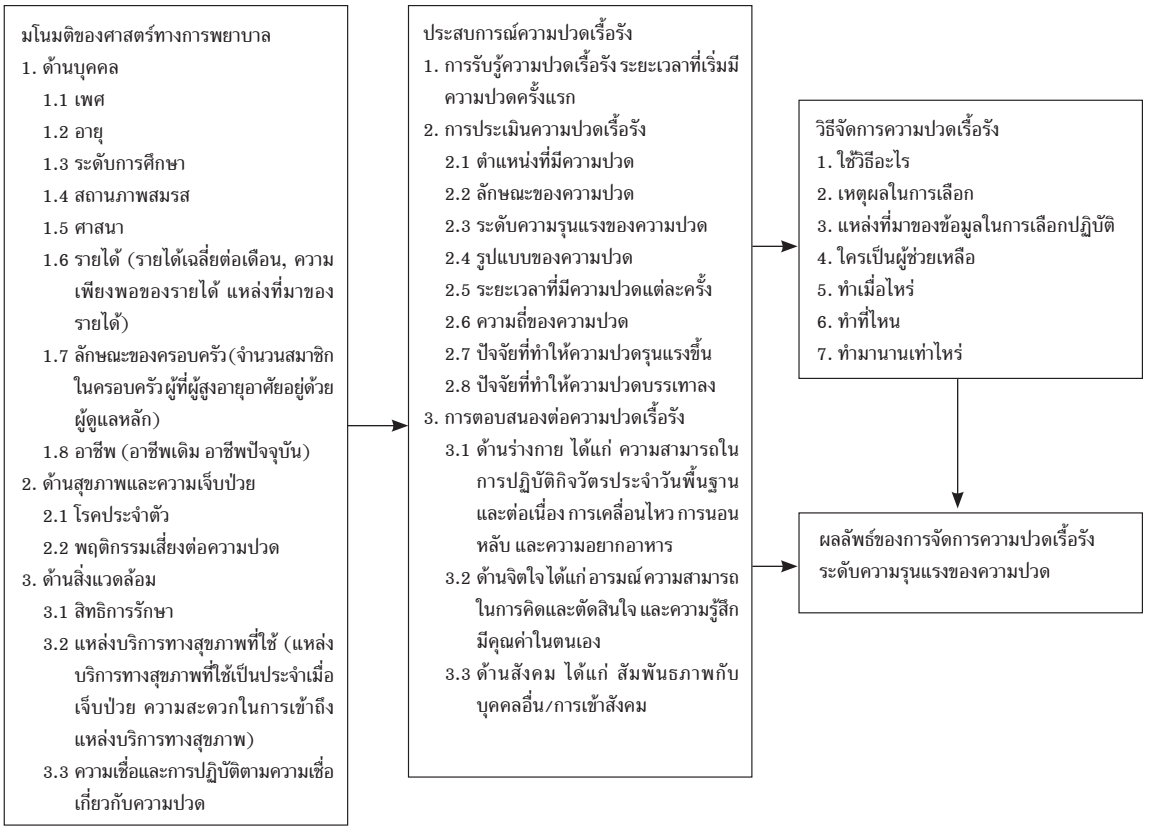
2. เจ้าหน้าที่สุขภาพชุมชนควรมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก เพื่อให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจที่จะเลือกใช้อย่างปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

3. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมความรู้สึก และพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความปวดได้

เอกสารอ้างอิง

1. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยสูงอายุร่วมกับทีมสหวิทยาการหรือทีมร่วมวิทยาการ. ใน ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ. (หน้า 101-110). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2550.
2. สมบูรณ์ เทียนทอง. การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ. ใน ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ. (หน้า 87-100). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2550.
3. American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. Journal of American Geriatric Society 2002; 50: 205-224.
4. Schofield PA. The management of pain in older people. Chichester: John Wiley & Sons; 2007.
5. Horgas AL. Pain management in elderly adults. Journal of the Infusion Nursing 2003; 26: 161-165.
6. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing 2001; 33(5): 668-676.
7. The British Pain Society. Guidance on: The assessment of pain in older people 2007. [online] 2007 [cited 2009 January 5]. Available from: http://www.bgs.org.uk/Publications/Publication%20Downloads/Sep2007PainAssessment.
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2552.
9. Chesterton LS, Barlas P, Foster NE, Baxter GD & Wright CC. Gender difference in pressure pain threshold in health humans. Pain 2003; 101: 259-266.
10. Yip KS. Gender differences in mental illness in Hong Kong. Administration and Policy in Mental Health 2003; 30: 361-368.
11. Yu HS, Tang FI, Kuo BI, Yu S. Prevalence, interference, and risk factors for chronic pain among Taiwanese community older people. Pain Management Nursing 2006; 7(1): 2-11.
12. Dorner TE, Muckenhuber J, Stronegger WJ, Rasky E, Gustorff B & Freidl W. The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain. European Journal of Pain 2011; 15: 103-109.
13. Karp JF, Shega JW, Morone NE, Weiner DK. Advance in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. British Journal of Anaesthesia 2008; 101(1): 111-120.
14. Blyth FM, March LM, Brnabic A-JM, Jorm LR, Williamson M, Cousins M. Chronic pain in Australia: A prevalence study. Pain 2001; 89: 127-134.
15. Jordan KP, Thomas E, Peat G, Wilkie R, Croft P. Social risk for disabling pain in older people: A prospective study of individual and area characteristics. Pain 2008; 137: 652-661.
16. อมรพันธุ์ ธานีรัตน์. ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง (วิทยานิพนธ์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
17. ศุภร เธียรมนตรี. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (วิทยานิพนธ์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
18. มธุรส ณัฏฐารมณ์. รูปแบบการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่ที่บ้าน (วิทยานิพนธ์). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.

19. Leong IY, Farrell MJ, Helme R, Gibson SJ. The relationship between medical co-morbidity and self-rated pain, mood disturbance, and function in older people with chronic pain. The Journals of Gerontology 2007; 62(5): 550-555.
20. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ความปวดกับการบำบัดความปวด. ใน การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. (หน้า 116-166). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2548
21. นาตยา วงศ์ยะรา. กระบวนการแสวงหาการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
22. Zanocchi M et al. Chronic pain in a sample of nursing home residents: Prevalence, characteristics, influence on quality of life. Gerontology and Geriatrics 2008; 47: 121-128.
23. ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์. การประเมินความปวดในผู้สูงอายุ. วิทยาสารพยาบาล 2547; 29(2): 202-206.
24. Jones GT, Macfarlane GJ. Epidemiology of pain in older persons. In Gibson, S.J. & Weiner, D.K. (Eds.). Pain in older persons. (pp.3-22). Seattle: IASP press; 2005.
25. Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: Cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). Pain 2004; 110: 361-368.
26. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
27. วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. การพยาบาลผู้สูงอายุความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2551.
28. Kelly AM, Whitaker B. Evaluation of pain. In Mace SE, Ducharme J & Murphy MF. (Eds.). Pain management and sedation. (pp 59-73). NewYork: MaGraw-Hill; 2006.
29. Sikorski KA, Barker DM. Clients with pain. In Black JM & Hawks JH. (Eds.). Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes. (pp. 440-485). Philadelphia: Saunders; 2005.
30. ก้องเกียรติ กูณฑ์กันทราทร. โรคเส้นประสาทเหตุเบาหวาน 2551. [ออนไลน์] 2551 [อ้างเมื่อ 22 มีนาคม 2554]. จาก http://www.doctor.or.th/node/7094.
31. Dewar A. Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. Australian Journal of Advanced Nursing 2006; 24(1): 33-38.
32. Tsai YF, Liu LL, Chung SC. Pain prevalence, experience, and self-care management strategies among community-dwelling elderly in Taiwan. Journal of Pain and Symptom Management 2010; 40(4): 575-581.
33. ประทีป กาลเขว้า. การรักษาอาการปวดเมื่อยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
34. Barry LC, Gill TM, Kerns RD, Reid MC. Identification of pain-reduction strategies used by community-dwelling older person. The Journal of Gerontology 2005; 60(12): 1569-1575.
35. อรสา กาฬรัตน์. ผลการนวดแผนไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (วิทยานิพนธ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
36. Mitchbell C. Assessment and management of chronic pain in elderly people. British Journal of Nursing 2001; 10: 296-304.



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

Chronic Pain Management of Older Persons Living in a Community*

Puttiporn Pitantananukune M.N.S.** Pattama Surit DNSc.***

Abstract

This descriptive research aimed to study chronic pain experiences, management strategies and outcomes, personal domain, health and illness domain and environmental domain of older persons living in a community. The sample were selected by purposive sampling 166 older persons living in a community of Khon Kaen province, experiencing chronic pain more than 3 months. Data was collected by interviewing. The questionnaire were used including personal data and chronic pain management. The data were analyzed using frequency and percentage.

The results of this study are as follow: 1) Personal domain: The most of female, medium-old and old-old, illiterate and had a primary school education level, widowed, divorced/separated and single, average income per month less than 2,000 baths and living alone had moderate pain intensity. 2) Health and illness domain: The most of the sample that had medical co-morbidity 1 disease, 2 diseases and more than 3 diseases had moderate pain intensity. 3) Environmental domain: The most of the sample that poorer accessed to health care service had moderate pain intensity. 4) The most of the sample had pain more than one site, knee were the most commonly described pain site, the pain intensity were mild to moderate pain, The most qualities of pain reported by the samples were nociceptive pain and neuropathic pain, the pain was intermittent everyday, onset of pain perception was 1-5 years, duration of pain reported by the samples were minutes. Most samples reported pain impact were in hard to standing and moody. 5) The most of the sample used more than one pain management strategies, combined pharmacological method and non-pharmacological method. The most pharmacological method was analgesic ointment. The most non-pharmacological method was massage. Most samples received information about pain management strategies from health care professionals, self care, do at home. They believed that pain management strategies reduce pain intensity, do it when pain occurred and onset of pain management was 1-5 years. 6) The most of the sample reported the pain intensity was mild pain after used pain management strategies.

Keywords: chronic pain management, older persons

---

*Thesis of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Student of Master of Nursing Science, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University