

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความปวดในผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนFactors Associated with Pain Level Among Community-Dwelling
Dependency Older Adultsกฤตพัทธ์ ฝึกฝน^{1*} อภิชาติ ใจใหม่² สิริสุดา เตชะวิเศษ¹
Krittapat Fukfon^{1*} Apichart Chaimai² Sirisuda Techavises¹¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดพะเยา¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Phayao, Thailand.²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย²Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Chiang Rai, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: krittapat.f@bcnpy.ac.th

*Corresponding author: krittapat.f@bcnpy.ac.th

Received 1 November 2021 • Revised 4 February 2022 • Accepted 4 February 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของความปวดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน **วิธีการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 84 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม หรือเป็นโรคเมเร็ง มีความปวดเรื้อรังตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-ธันวาคม 2562 โดยใช้แบบประเมินความปวดของแมคกิลล์แบบย่อ ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย สถิติไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน **ผลการศึกษา:** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.90 อายุเฉลี่ย 79.67 ปี ($SD = 9.28$) ลักษณะของความปวดมีตำแหน่งความปวดที่หนึ่งและสองตำแหน่งมากที่สุด (41.67%) มีการบรรยายลักษณะของความปวดด้านความรู้สึกสูงสุด คือ ปวดตื้อๆ (47.60%) และด้านอารมณ์ คือ รู้สึกไม่สบายมากที่สุด (52.40%) ส่วนใหญ่มีความปวดในปัจจุบันในระดับปวดพอรำคาญ (31.00%) มีความปวดโดยเฉลี่ยในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.21$, $SD = 2.02$) ปัจจัยการมีโรคประจำตัวและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความปวด (Fisher's exact = 0.016, $p < 0.05$, $r = 0.48$, $p < 0.01$ ตามลำดับ) และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความปวด ($r = -0.52$, $p < 0.01$) **สรุป:** ทีมสุขภาพควรมีการประเมินความปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และให้การจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความปวด; ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน; ภาวะซึมเศร้า; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

Objective: This descriptive research aimed to examine pain characteristics and factors associated with pain level among community-dwelling dependency older adults. **Methods:** Samples were 84 dependent older adults living in Maung District, Phayao Province. The sample were recruited using the inclusion criteria as follows: aged over 60 years old without dementia and cancer, experiencing pain more than 3 months. Data collection was done between March - December 2019. The research instruments were the Thai Short-form McGill Pain Questionnaire, the Barthel Activities of Daily Living Thai-version, and the 9Q Depression Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and Spearman rank correlation coefficient. **Results:** The study showed that most of the subjects were female (67.90%) with a mean age of 79.67 years ($SD = 9.28$). Most samples reported that they had one or two sites of pain (41.70%). They reported the sensory pain descriptors as throbbing (47.60%) the affective pain descriptor as sickening (52.40%). The present pain intensity (PPI) was discomforting (31.00%). The mean score of pain severity (NRS) was at a moderate level ($\bar{X} = 5.21$, $SD = 2.02$). The underlying diseases and depression had a positive correlation with pain levels (Fisher's exact = 0.016 $p < 0.05$, $r = 0.48$ $p < 0.01$ respectively) whereas levels of activities of daily living had a negative association with pain levels ($r = -0.52$, $p < 0.01$). **Conclusion:** This study recommends that healthcare providers should perform pain assessment continuously for community-dwelling dependency older adults and provide the effective pain management.

Keywords: pain; activities of daily living; depression; dependent older adults

ความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ¹ ผู้สูงอายุไม่ได้รับการจัดการกับความเจ็บปวดที่เหมาะสม^{2,3} โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่ไม่สามารถเข้าถึงการตรวจรักษาได้ตามความต้องการ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 40-73 ที่ต้องเผชิญกับปัญหาความปวด⁴⁻⁶ ผู้สูงอายุทั่วไปจะมีความปวดหลายตำแหน่ง และเป็นความปวดเรื้อรัง (chronic pain) ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความผิดปกติของระบบกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ^{3,7-9} ที่เป็นต้นเหตุของความรูสึกปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (nociceptive pain) เช่น ข้อเสื่อม ข้ออักเสบรูมาตอยด์ ความผิดปกติของกระดูกสันหลัง และความปวดจากความผิดปกติของปลายประสาท (neuropathic pain) เช่น การปวดปลายประสาทจากโรคเบาหวาน และอาการปวดศีรษะจากหลอดเลือดสมองตีบตัน เป็นต้น^{1,5,10} ผู้สูงอายุมักได้รับผลกระทบจากความปวดมากเมื่อเทียบกับความปวดที่เกิดขึ้นในบุคคลวัยอื่น² เนื่องจากผู้สูงอายุมีระดับขีดกันความปวด (pain threshold) ในระดับต่ำ และมีความอดทนต่อความปวด (pain tolerance) ที่ลดลง ร่วมกับความเสื่อมทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ เช่น ความเสื่อม

ถอยของโครงสร้างกระดูกสันหลัง ที่จะกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดจากการบาดเจ็บ (nociceptors) ทำให้เกิดความรู้สึกปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อได้ง่าย⁹

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เป็นผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) ลดลง มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างจำกัด ต้องนั่งหรือนอนบนเตียงตลอดเวลา ความปวดจึงเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากนั้นการไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นระยะเวลานานยังจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง ท้องผูก และติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น¹¹ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความปวดได้ นอกจากนี้ พบว่า ความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคซึมเศร้าที่มักพบได้บ่อยในวัยสูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความปวดในผู้สูงอายุ¹²

ความปวดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความปวดหลายตำแหน่งความปวดจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ความสามารถ

ในการช่วยเหลือตนเองลดลง เครียด วิตกกังวล อารมณ์ไม่คงที่ และมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นลดน้อยลง¹³ ผู้สูงอายุที่กำลังเผชิญกับความปวดนั้น จะต้องใช้วิธีการจัดการกับความปวดหรือปรับตัวกับความปวดให้ได้ หากไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการแก้ไขปัญหาได้ ก็จะทำให้เกิดผลกระทบ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตัวเองลดลง ตลอดจนผลกระทบด้านจิตใจ อาจเกิดความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว แยกตัว หรือเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น¹⁴

นอกจากนั้น ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับความปวดในผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงในชุมชน โดยพบว่า อุบัติการณ์ความปวดจะพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย^{13,15} ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะพบความปวดสูง¹⁶ และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับที่ต่างกันจะมีความปวดที่แตกต่างกัน¹⁵ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินความปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องอยู่เป็นประจำ ตลอดจนการประเมินปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดความปวดมากยิ่งขึ้น การทราบปัจจัยที่แน่ชัดที่ทำให้เกิดความปวดทำให้สามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทย พบการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความปวดในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน¹⁷ วิธีการควบคุมและลดอาการปวดในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม¹⁸ และการศึกษาความปวดและการจัดการความปวดของผู้สูงอายุในชุมชน¹³ ซึ่งทั้งหมดเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับดี แต่การศึกษาถึงความปวดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนยังมีจำกัด จึงทำให้องค์ความรู้เรื่องความปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดยังมีไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาลักษณะความปวด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการประเมินและจัดการความปวดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีลักษณะความปวดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะความปวดของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และภาวะซึมเศร้ากับระดับความปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

รูปแบบการศึกษา

สมมติฐาน

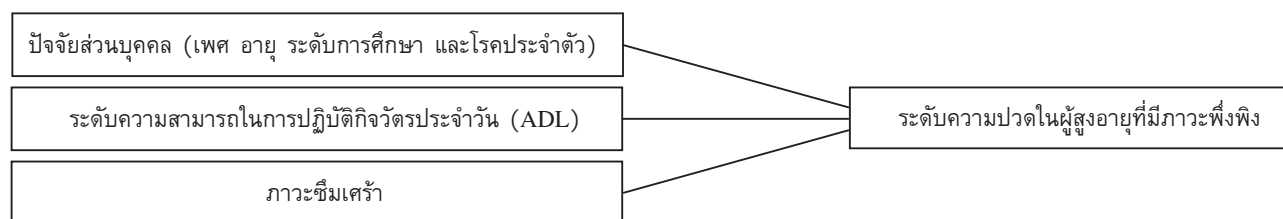
ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับความปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีควบคุมประตูความเจ็บปวด (Gate Control Theory) ของ Melzack and Wall¹⁹ ที่อธิบายความปวดเกิดจากการกระตุ้นปลายประสาท (peripheral nerve) แล้วผ่านไปยังประตูควบคุมความปวด เพื่อที่จะส่งสัญญาณความปวดผ่านเส้นประสาทไขสันหลังไปยังสมอง แล้วแปลเป็นความรู้สึกปวด หากประตูควบคุมความปวดเปิด ความปวดก็จะถูกส่งไปยังสมองได้เร็ว และจะทำให้เกิดความรู้สึกปวด ในทางตรงกันข้ามหากประตูควบคุมความปวดถูกปิด การส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองก็จะถูกปิดกั้นทำให้ความปวดลดลง กลไกการเปิดหรือปิดของประตูความปวด เกี่ยวข้องกับ 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการรับรู้แยกแยะ (sensory factors) ได้แก่ การบาดเจ็บ การไม่เคลื่อนไหว และความผิดปกติของโครงสร้างร่างกาย เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านความคิด (cognitive factors) ได้แก่ ประสบการณ์ความปวด และการให้ความหมายที่เลวร้ายกับความปวด และ 3) ปัจจัยด้านอารมณ์ (emotional

factors) เช่น ภาวะซึมเศร้า ความโกรธ และความวิตกกังวล เป็นต้น¹⁹ โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งบอกถึงระดับความสามารถเคลื่อนไหวที่มีข้อจำกัดมีผลต่อการหาวิธีการลดปวดของผู้สูงอายุได้ ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้แยกแยะและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยด้านอารมณ์เป็นตัวแปรต้นที่

กระตุ้นให้มีการเปิดของประตูความปวด ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความปวดในผู้สูงอายุ^{13,15,16} ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าว ร่วมเป็นตัวแปรต้นของกรอบแนวคิดการศึกษาดังแผนภาพ 1



แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการประเมินระดับ ADL จากหน่วยงานสาธารณสุขและขึ้นทะเบียนเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา (คะแนนรวมของการประเมินน้อยกว่า 12 คะแนน) และอาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ได้คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป และไม่ได้เป็นโรคมะเร็ง มีความปวดเรื้อรังหรือปวดเป็นๆ หายๆ กับอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งของร่างกาย ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย และยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง G*Power 3.1.9.6 สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความสัมพันธ์ โดยกำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ระดับ 0.80 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลางเท่ากับ 0.30²⁰ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพเคราะห์ เลขที่ REC 002/62 ลงวันที่ 7 มกราคม 2562 โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการยินยอมเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ทั้งนี้การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ก็จะไม่มีผลต่อการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะลงลายมือชื่อแสดงความยินยอม ในกรณีที่ไม่สามารถลงนามได้ กลุ่มตัวอย่างจะลงลายมือโดยวิธีพิมพ์ลายนิ้วมือในการลงนามยินยอมร่วมมือ การวิจัยทุกรายจะมีพยานเป็นผู้ดูแล บุคคลใกล้ชิด ญาติ หรือสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นชอบทุกครั้ง และหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว จะได้รับการอธิบายขั้นตอนและกระบวนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียดจากผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ เป็นการนำเสนอโดยภาพรวม และเป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และการมีหรือไม่มีโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามอาการปวด ข้อคำถามเกี่ยวกับ อาการปวดเกิดขึ้นตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยให้ตอบใช่หรือไม่ใช่ และจำนวนตำแหน่งของอาการปวดเรื้อรังตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

3. แบบประเมินความปวดของ McGill ฉบับภาษาไทย (Thai Short-form McGill Pain Questionnaire: Th-SFMPQ)⁹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะอาการปวด (pain descriptor) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นด้านความรู้สึก (sensory score) 11 ข้อ และด้านอารมณ์ (affective score) 4 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่ปวด/รู้สึก 2) ปวด/รู้สึกเล็กน้อยไม่รบกวนชีวิตประจำวัน 3) ปวด/รู้สึกปานกลางรบกวนชีวิตประจำวัน และ 4) ปวด/รู้สึกมากจนทนไม่ได้ โดยให้คะแนนจาก 0 ถึง 3 คะแนน ตามลำดับ โดยมีคะแนนรวมคือ sensory score รวมกับ affective score มีคะแนนเต็ม 45 คะแนน ค่าคะแนนมากหมายถึง ความปวดรบกวนชีวิตประจำวันมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความเจ็บปวดในปัจจุบัน (present pain intensity: PPI) เป็นข้อคำถามที่ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ เรียงลำดับจาก ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดพอรำคาญ ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำรงชีวิต ปวดจนทุกข์ทรมาน และ ปวดมากจนทนไม่ได้ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ระดับความเจ็บปวดโดยใช้ระดับตัวเลข (numeric rating scale: NRS) เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ²¹ ที่ประเมินระดับความปวดโดยใช้ระดับตัวเลข โดยแบ่งเส้นตรงเป็น 10 ช่อง ช่องละ 1 เซนติเมตร เริ่มตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่ปวด ไปจนถึง 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด โดยให้กลุ่มตัวอย่างขีดบนตัวเลข แทนระดับความปวดที่เกิดขึ้น

4. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล (Barthel's Activities of Daily Living, Barthel's ADL) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุใน 10 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร

การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การเคลื่อนย้าย (ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน และคะแนนเต็ม 20 คะแนน²² การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพา โดยสมบูรณ์ คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพา รุนแรง คะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพา ปานกลาง และคะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เป็นภาวะพึ่งพา

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ 9 คำถาม (The 9 Questions Depression Rating Scale, 9Q) ของกรมสุขภาพจิต ที่พัฒนาขึ้นโดย Lotrakul, Sumrithe and Saipanish²³ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน 1-7 วัน เป็นบ่อย > 7 วัน และเป็นทุกวัน โดยได้คะแนน 0-3 ตามลำดับ การแปลผล แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนนรวม < 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีหรือมีอาการซึมเศร้าระดับน้อยมาก 2) คะแนนรวม 7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย 3) คะแนนรวม 13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 4) คะแนนรวม ≥ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมิน Th-SFMPQ ได้มีการทดสอบหาความตรงตามเนื้อหา และมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .78⁹ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุปัจจุบันได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในประเทศไทย โดยต้นฉบับได้มีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชนสลัมคลองเตย พบว่า มีความเหมาะสมในการประเมินระดับการพึ่งพิงในผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบระหว่างผู้ประเมินและการทดสอบซ้ำ เท่ากับ .79 และ .68 ตามลำดับ²² ส่วนแบบประเมิน 9Q เป็นแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าที่ถูกใช้อย่างแพร่หลาย โดยมีค่า Cronbach's alpha ของต้นฉบับเท่ากับ .79²³

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานหรือ

เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 2) ผู้วิจัยติดต่อขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่บ้านโดยการประสานงานนัดหมายจากผู้ดูแล (Care Giver: CG) เพื่ออธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และการยินยอมเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง 3) กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอีกครั้ง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอล 4) กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน < 11 คะแนน ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม 5) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมิน Th-SFMPQ และแบบประเมิน 9Q โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามแบบสอบถาม ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างไปจนกระทั่งได้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามที่กำหนด

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Mac version 28.0.0.0 (190) โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา โรคประจำตัว และข้อมูลความปวด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว กับระดับความปวดโดยสถิติไคร์สแควร์ Fisher's exact test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า กับระดับความปวด (NRS) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากตัวแปรทุกตัวของการศึกษามีการกระจายตัวแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 57 คน (ร้อยละ 67.90) เพศชาย 27 คน (ร้อยละ 32.10) อายุเฉลี่ย 79.67 ปี (SD = 9.28 อายุต่ำสุด 63 ปี อายุสูงสุด

99 ปี) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี และ 80-89 ปี ในจำนวนเท่ากันคือ 27 คน คิดเป็นร้อยละ 32.14 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน (ร้อยละ 19.05) ช่วงอายุน้อยที่สุดคือ อายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 16.67) กลุ่มตัวอย่าง 47 คน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56 และอีก 37 คน หรือร้อยละ 44 ไม่ได้เรียนหนังสือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 72 คน มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 85.70) และ 12 คน (ร้อยละ 14.30) ไม่มีโรคประจำตัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีตำแหน่งความปวดที่ 1 และ 2 ตำแหน่งสูงสุด ในจำนวนเท่ากันคือ 35 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 และกลุ่มตัวอย่าง 14 คน มีตำแหน่งของความปวดมากกว่า 2 ตำแหน่ง คิดเป็นร้อยละ 16.66 ลักษณะอาการปวด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะของอาการปวดมากที่สุด คือ ปวดตื้อๆ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 47.60 รองลงมา มีลักษณะความปวดแบบปวดจี๊ดและปวดเกร็งอย่างละ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 30.90 รองลงมา เป็นลักษณะปวดเหมือนถูกแทง 25 คน ร้อยละ 29.70 และปวดตื้อๆ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 27.40 ตามลำดับ ส่วนลักษณะอาการปวดที่พบน้อยที่สุด คือ อาการปวดเหมือนแตกออกเป็นเสี่ยง ที่พบในกลุ่มตัวอย่างเพียง 6 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 7.20 ด้านความรู้สึกของอาการปวดที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่สบายมากที่สุด จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 52.40 รองลงมา คือ รู้สึกเหนียวล้า จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 45.20 และรู้สึกทรมาน จำนวน 22 คน หรือร้อยละ 26.20 กลุ่มตัวอย่าง 10 คน มีความรู้สึกหวาดกลัวความเจ็บปวดเท่ากับร้อยละ 11.90 เมื่อสอบถามระดับความปวดในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดพอรำคาญ ปวดระดับเล็กน้อย ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำรงชีวิต ไม่มีอาการปวด และปวดจนทุกข์ทรมาน จำนวนร้อยละ 31 28.60 27.40 7.10 และร้อยละ 4.80 ตามลำดับ มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 รายที่มีระดับความปวดในระดับปวดมากจนทนไม่ได้หรือเท่ากับร้อยละ 1.20 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของอาการปวดจำแนกตาม ตำแหน่งของการปวด ลักษณะการปวด ความรู้สึกของอาการปวด และระดับความเจ็บปวดในปัจจุบัน

อาการปวด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งของการปวด		
1 ตำแหน่ง	35	41.67
2 ตำแหน่ง	35	41.67
มากกว่า 2 ตำแหน่ง	14	16.66
ลักษณะการปวด*		
ปวดตื้อๆ	40	47.60
ปวดจี๊ด	26	30.90
ปวดเกร็ง	26	30.90
ปวดเหมือนถูกแทง	25	29.70
ปวดตื้อๆ	23	27.40
ปวดแปลบ	22	26.20
กดเจ็บ	21	25.00
ปวดหนั๊กๆ	20	23.80
ปวดเหมือนถูกแตะ	18	21.40
ปวดแสบปวดร้อน	10	8.40
ปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยง	6	7.20
ความรู้สึกของอาการปวด*		
รู้สึกไม่สบาย	44	52.40
รู้สึกเหนื่อยล้า	38	45.20
รู้สึกทรมาน	22	26.20
รู้สึกกลัวความเจ็บปวด	10	11.90
ระดับความเจ็บปวดในปัจจุบัน (PPI)		
ไม่ปวด	6	7.10
ปวดเล็กน้อย	24	28.60
ปวดพอรำคาญ	26	31.00
ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำรงชีวิต	23	27.40
ปวดจนทุกข์ทรมาน	4	4.80
ปวดจนทนไม่ได้	1	1.20

หมายเหตุ *กลุ่มตัวอย่าง 1 คนมีอาการปวดได้มากกว่า 1 ลักษณะ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยลักษณะของความปวด ด้านความรู้สึก เท่ากับ 3.98 คะแนนต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 0 และ 16 ตามลำดับ ส่วนด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 มีคะแนนต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 0 และ 9 ตามลำดับ คะแนนความปวดรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.95 โดยมีคะแนน

ต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 0 และ 25 ตามลำดับ ส่วนระดับ อาการปวดในปัจจุบันขณะที่ถูกประเมิน (PPI) พบว่ามี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 มีคะแนนต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 0 และ 5 ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยความปวดของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (N = 84) จากแบบประเมิน Th-SFMPQ

ลักษณะความปวด	ค่าเฉลี่ย	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด
ด้านความรู้สึก (sensory score; 0-33)	3.98	0-16
ด้านอารมณ์ (affective score; 0-12)	1.98	0-9
คะแนนรวม (total score; 0-45)	5.95	0-25
ระดับอาการปวดในขณะที่ถูกประเมิน (PPI; 0-5)	1.98	0-5
ระดับความปวด (NRS; 0-10)	5.21	1-10

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดจากการประเมิน NRS เท่ากับ 5.21 คะแนน จัดอยู่ในระดับปานกลาง (SD = 2.02) โดยมีระดับความปวดสูงสุด 10 คะแนน และรับความปวดน้อยที่สุด 1 คะแนน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน หรือ ร้อยละ 47.60 มีระดับความปวดอยู่ใน

ระดับปานกลาง รองลงมา มีระดับความปวดในระดับเล็กน้อยจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 38.10 โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 14.30 มีระดับความปวดในระดับรุนแรง ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของระดับความปวดของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (N = 84) โดยการใช้แบบประเมิน NRS

ระดับความปวด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปวดเล็กน้อย (mild pain)	32	38.10
ปวดปานกลาง (moderate pain)	40	47.60
ปวดรุนแรง (severe pain)	12	14.30

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความปวด พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($\chi^2 = 0.016$, $p < .05$) กับระดับความปวด

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรด้าน เพศ ช่วงอายุ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความปวด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (N = 84)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความปวด			χ^2	p-value
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	รุนแรง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
หญิง	20(23.81)	28(33.33)	9(10.71)	0.786	.695
ชาย	12(14.29)	12(14.29)	3(3.57)		
อายุ					
60-69 ปี	6(7.14)	6(7.14)	2(2.38)		.997*
70-79 ปี	10(11.90)	13(15.48)	4(4.76)		
80-89 ปี	9(10.71)	14(16.67)	4(4.76)		
90 ปีขึ้นไป	7(8.33)	7(8.33)	2(2.38)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้ศึกษา	13(15.48)	17(20.24)	7(8.33)	1.185	.574
ประถมศึกษา	19(22.62)	23(27.38)	5(5.95)		
โรคประจำตัว					
มี	23(27.38)	37(44.05)	12(14.29)		.016*
ไม่มี	9(10.71)	3(3.57)	0(0.00)		

*Fisher's exact test

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความปวด ($r_s = -0.52, p < .01$)

และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความปวด ($r_s = 0.48, p < .01$) ดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และระดับความปวด ในผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง (N = 84)

ตัวแปร	1	2	3
1. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1.00		
2. ภาวะซึมเศร้า	-0.27	1.00	
3. ระดับความปวด	-0.52**	0.48**	1.00

**p < .01

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงมีประสบการณ์ของความปวด มีตำแหน่งของความปวดมากกว่าหนึ่งตำแหน่งขึ้นไป โดยพบว่า มีตำแหน่งของความปวด 2-3 และมากกว่า 3 ตำแหน่ง ร้อยละ 58.30 สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown, et al.³ ที่พบว่าผู้สูงอายุจะมีความปวดหลายตำแหน่ง โดยเฉพาะปวดกล้ามเนื้อและกระดูกที่เป็นความปวดเรื้อรังที่เป็นๆ หายๆ ต่อเนื่องมานานมากกว่า 3 เดือน⁷ ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากความผิดปกติของระบบกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ เช่น ข้อเสื่อม ข้ออักเสบรูห์มาตอยด์ การปวดปลายประสาทจากโรคเบาหวาน เป็นต้น¹⁰

ลักษณะอาการปวดที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ได้แก่ อาการปวดตื้อๆ ปวดจี๊ด ปวดเกร็ง และปวดเหมือนถูกแทงและปวดตื้อๆ ตามลำดับ ซึ่งเป็นลักษณะของอาการปวดที่พบได้ในผู้สูงอายุ⁹ ที่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ส่วนการปวดลักษณะปวดจี๊ด ปวดเหมือนถูกแทงเป็นลักษณะความปวดของความผิดปกติจากพยาธิสภาพของระบบประสาท (neuropathic pain)⁹ และในการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงส่วนมาก ร้อยละ 85.70 มีโรคประจำตัว ส่วนลักษณะการปวดที่พบน้อยที่สุด คือ ปวดเหมือนแตกเป็นเสี่ยง ผลการศึกษาลักษณะความปวดครั้งนี้แตกต่างไปจากการศึกษาความปวดของ Kitisomprayoonkul⁹ ที่ใช้แบบประเมินความปวดเดียวกันกับการศึกษานี้ และพบว่า อาการปวดที่พบบ่อย ได้แก่ กัดเจ็บ ปวดเกร็ง ปวดตื้อๆ และปวดหนักๆ ตามลำดับ เนื่องจากการประเมินความปวดในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบประสาทหรือโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทำให้พบลักษณะของการปวดกัดเจ็บเป็นลักษณะเด่น นอกจากนี้ในการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงมีความรู้สึกปวดในลักษณะของความรู้สึกไม่

สุขสบายรองลงมา คือ รู้สึกเหนื่อยล้า รู้สึกทรมานและความรู้สึกหวาดกลัวความเจ็บปวดตามลำดับใกล้เคียงกับการศึกษาของ Vibulchai, Srikeaw and Menasantiruk²⁴ ที่ศึกษาความปวดจากปลายประสาทอักเสบในผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มตัวอย่าง 130 คน โดยใช้แบบประเมินความปวดของ McGill ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่าคุณลักษณะอาการปวดด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ รู้สึกเหนื่อยล้าและรองลงมาคือรู้สึกไม่สบาย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงส่วนใหญ่มีอาการปวดในปัจจุบันระดับปวดพอรำคาญ เมื่อวิเคราะห์ระดับความปวดโดยใช้แบบประเมิน NRS พบว่า มีค่าเฉลี่ยความปวดในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความปวดในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยที่พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความปวดในระดับปานกลาง⁹ เมื่อพิจารณารายละเอียดตามระดับความปวด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดในระดับเล็กน้อย รองลงมาคือระดับความปวดปานกลาง และระดับรุนแรง ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของความปวดเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนประเทศจีนที่พบว่า ความชุกของความปวดในระดับเล็กน้อย ปวดปานกลาง และปวดรุนแรง เท่ากับร้อยละ 56.40 9 และ 7.60 ตามลำดับ และการศึกษาของ Sharpe, et al.²⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความปวดเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย (mild pain) เมื่อประเมินความปวดด้วยแบบประเมินความปวด และการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุประเทศอิหร่านที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความปวดส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 13.20 มีความปวดในปัจจุบันในระดับเล็กน้อยเท่ากับ 2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10¹³ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงหรือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีข้อจำกัดด้านความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อความปวดในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการอยู่ในอิริยาบถเดียวเป็นเวลานาน การนั่งยอง การก้มๆ เงยๆ หรือการยกของที่ผิดวิธี ส่งผลให้เกิดทำงานของกล้ามเนื้อและข้อที่ไม่ถูกต้อง ทำให้การเสื่อมของกล้ามเนื้อ การติดของข้อ และทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้นได้¹¹

ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความปวดของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างทุกรายทั้งเพศชายและหญิงล้วนมีปัญหาความปวดเรื้อรัง ในระดับเล็กน้อย มีอายุใกล้เคียงกัน และมีการศึกษาอยู่ในระดับน้อย คือ ไม่ได้เรียนหนังสือและระดับประถมศึกษา ประกอบกับผู้สูงอายุมีประสบการณ์กับความปวดในระดับเล็กน้อย ทำให้สามารถปรับตัวกับความปวดได้ จึงไม่พบความแตกต่างของความปวดในแต่ละกลุ่มเพศ อายุ และระดับการศึกษา และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของสาเหตุความปวด โดยพบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความปวดของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitantanakul and Surit⁸ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรค ขึ้นไป มีระดับความรุนแรงของความปวดสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Si, et al.⁵ ที่พบว่า โรคหรือความเจ็บป่วยร่วม (comorbidity) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวดของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุไม่มีโรคร่วม ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป โดยเฉพาะโรคข้ออักเสบ โรคกระดูกพรุน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความปวด²⁵

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยหรือมีภาวะฟุ้งฟิงมากจะมีความปวดในระดับสูง อธิบายได้ว่าการไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นปัจจัยหนึ่งของการกระตุ้นการรับรู้ความปวด (sensory factor) การไม่เคลื่อนไหวร่างกายหรือความผิดปกติของโครงสร้างร่างกายจะทำให้การรับรู้ความปวดเพิ่มขึ้น

ส่งผลให้เปิดประตูความปวดและนำกระแสประสาทความรู้สึกปวดผ่านไขสันหลังไปยังสมองให้เกิดความปวดขึ้นได้¹⁹ ประกอบกับข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุเหล่านั้นที่ต้องนั่งหรือนอนบนเตียงตลอดเวลา ความปวดจึงเกิดขึ้นได้ง่าย นอกจากนั้นการไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นระยะเวลานานยังจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง ท้องผูก และติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น¹¹ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความปวดได้

ภาวะซึมเศร้า เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงว่าในผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะมีระดับความปวดที่รุนแรงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยด้านอารมณ์ (emotional factor) ที่มีผลต่อการส่งสัญญาณความปวดผ่านไขสันหลังไปยังสมองและนำสัญญาณความปวดจากสมองผ่านลงมาทางไขสันหลังให้รู้สึกปวด¹⁹ โดยภาวะซึมเศร้าสามารถทำให้เกิดความปวด และความปวดก็สามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน²⁶ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความปวดเรื้อรังที่ไม่มีสาเหตุจากโรคหัวใจในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่²⁷ และผลการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุของบราซิลที่รายงานว่า ผู้สูงอายุที่มีความปวดและไม่มีความปวดจะมีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001²⁸ เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เป็นกลุ่มที่มีภาวะฟุ้งฟิงโดยสมบูรณ์ และฟุ้งฟิงอย่างรุนแรง จำนวนถึง 56 คน คิดเป็นร้อยละ 67.70 ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลตลอดเวลา ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การเคลื่อนย้ายตนเอง และข้อจำกัดด้านการควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะอุจจาระ จึงเป็นปัจจัยเกี่ยวเนื่องที่ทำให้ผู้สูงอายุที่ต้องฟุ้งฟิงมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ตำแหน่งที่ปวดและสาเหตุของการปวดซึ่งอาจมีผลต่อระดับความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ และการวิจัยนี้ไม่ได้ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในการอธิบายลักษณะความปวดที่อาจจะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่มี

ความปวดในชุมชน

2. การศึกษาค้นคว้านี้ศึกษาเฉพาะในพื้นที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยาและใช้การสัมภาษณ์อย่างง่ายซึ่งอาจจะไม่สามารถอธิบายลักษณะความปวดไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในภาพรวมของทั้งประเทศได้

3. การศึกษาค้นคว้านี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการไม่มีการตรวจร่างกายกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าตำแหน่งของการปวดนั้นเกิดจากความผิดปกติของอวัยวะใดหรือโรคประจำตัวชนิดใด

สรุป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นลักษณะความปวดของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีระดับความปวดในปัจจุบันในระดับปวดพอรำคาญ และมีค่าเฉลี่ยความปวดในระดับปานกลาง มีตำแหน่งของความปวดมากกว่า 1 ตำแหน่งขึ้นไป และมีความปวดในลักษณะของการปวดเรื้อรัง ได้แก่ อาการปวดตื้อๆ ปวดจี๊ด ปวดเกร็ง และปวดเหมือนถูกแทงและปวดตื้อๆ โดยแสดงออกในลักษณะของความรู้สึกไม่สบายมากที่สุด ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความปวด พบว่า การมีโรคประจำตัวและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับระดับความปวด และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ในทางลบกับระดับความปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนควรกำหนดให้มีการประเมินและวางแผนจัดการความปวดอย่างเหมาะสมทุกครั้งเพื่อให้บริการสุขภาพที่บ้าน

2. ควรประเมินหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของโรคประจำตัว ตำแหน่งที่ปวด สาเหตุของความปวด และระดับความปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่ออธิบายลักษณะ วิธีการจัดการความปวดของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนโครงการวิจัย การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และการเขียนบทความวิจัย นักวิจัยทุกคนได้ร่วมมือกันในการปรับปรุงแก้ไขบทความวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้ประสานงานในพื้นที่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ที่สนับสนุนงบประมาณบางส่วนเพื่อการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Ruangritchankul S, Krairit O. Chronic pain assessment in the elderly. *Rama Med J*. 2018; 41(3): 92-9. doi: <https://doi.org/10.14456/rmj.2018.24>. Thai.
2. Otones RP, Garca PE, Pedraz MA. Chronic pain and frailty in community-dwelling older adults: A systematic review. *Pain Manag Nurs*. 2019; 20(4): 309-15. doi: 10.1016/j.pmn.2019.01.003.
3. Brown ST, Kirkpatrick MK, Swanson MS, et al. Pain experience of the elderly. *Pain Manag Nurs*. 2011; 12(4): 190-96. doi: 10.1016/j.pmn.2010.05.004.
4. Makino K, Lee S, Bae S, et al. Pain characteristics and incidence of functional disability among community-dwelling older adults. *PLoS One*. 2019; 14(4): e0215467. doi: 10.1371/journal.pone.0215467.
5. Si H, Wang C, Jin Y, et al. Prevalence, factors, and health impacts of chronic pain among community-dwelling older adults in China. *Pain Manag Nurs*. 2019; 20(4): 365-72. doi: 10.1016/j.pmn.2019.01.006.
6. Thakral M, Shi L, Foust JB, et al. Persistence of pain quality in community-dwelling older adults with chronic non-cancer pain. *Geriatr Nurs*. 2018; 39(4): 450-6. doi: 10.1016/j.gerinurse.2018.01.001.
7. Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of chronic pain for the International classification of diseases (ICD-11). *Pain*. 2019; 160(1): 19-27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
8. Pitantanakun P, Surit P. Chronic pain management of older persons living in a community. *Journal of Nursing and Health Care*. 2011; 29(4): 58-68. Thai.
9. Kitisomprayoonkul W, Klaphajone J, Kovindha A. Thai short-form McGill pain questionnaire. *J Med Assoc Thai*. 2006; 89(6): 846-53. Thai.
10. Bicket MC, Mao J. Chronic pain in older adults. *Anesthesiology Clinics*. 2015; 33(3): 577-90. doi: 10.1016/j.anclin.2015.05.011.
11. Guedes LPCM, Oliveira MLCd, Carvalho GdA. Deleterious effects of prolonged bed rest on the body systems of the elderly-a review. *Revista Brasileira de Geriatria e*

- Gerontologia. 2018; 21(4): 499-506. doi: 10.1590/1981-22562018021.170167.
12. Wang XX, Lin WQ, Chen XJ, et al. Multimorbidity associated with functional independence among community-dwelling older people: A cross-sectional study in Southern China. *Health Qual Life Outcomes*. 2017; 15: 73. doi: 10.1186/s12955-017-0635-7.
13. Foroughan M, Shahboulaghi FM, Jafari Z, et al. Pain characteristics of older residents in Iranian nursing homes. *East Mediterr Health J*. 2019; 25(3): 205-12. doi: 10.26719/emhj.18.045.
14. Ho LYW. A concept analysis of coping with chronic pain in older adults. *Pain Manag Nurs*. 2019; 20(6): 563-71. doi: 10.1016/j.pmn.2019.03.002.
15. Mallon T, Ernst A, Brettschneider C, et al. Prevalence of pain and its associated factors among the oldest-olds in different care settings-results of the AgeQualiDe study. *BMC Fam Pract*. 2018; 19: 85. doi: 10.1186/s12875-018-0768-8.
16. Choi NG, Snow AL, Kunik ME. Pain severity, interference, and prescription analgesic use among depressed, low-income homebound older adults. *Aging Ment Health*. 2016(8); 20: 804-13. doi: 10.1080/13607863.2015.1037244.
17. Bunthan W, Chumpathat N, Namjuntra R, et al. Relationship among pain, stiffness, function of knee joint and balance in community-dwelling elderly people with knee osteoarthritis at Bangsaothong Municipal District, Bangsaothong District Samutprakarn Province. *HCU Journal*. 2016; 19(38): 1-12. Thai.
18. Leularb K, Choowattanapakorn T. Effects of information-motivation-behavioral skill program on the severity of knee osteoarthritis and body weight on overweight older persons with knee osteoarthritis. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2016; 23(2): 143-64. Thai.
19. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. *Science*. 1965; 150(3699): 971-9. doi: 10.1126/science.150.3699.971.
20. Vorapongsathorn T, Vorapongsathorn S. Sample size calculation for research using G*Power. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*. 2018; 41: 11-21. Thai.
21. Nimmaanrat S, Tipchatyotin S. Measuring pain intensity in older patients. *PSU Medical Journal*. 2021; 1(2): 77-81. doi: <https://doi.org/10.31584/psumj.2021247735>. Thai.
22. Jitapunkul S, Kamolrattanakul P. Disability among the elderly living in Klong Toey Slum. *J Med Assoc Thai*. 1994; 77(5): 231-8. Thai.
23. Lotrakul M, Sumrithe S, Srikaew R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 46. doi: 10.1186/1471-244X-8-46.
24. Vibulchai N, Srikaew S, Menasantiruk A, et al. Pain assessment of diabetic neuropathy among diabetic patients. *SCNJ*. 2017; 4(Suppl): 292-304. Thai.
25. Sharpe L, McDonald S, Correia H, et al. Pain severity predicts depressive symptoms over and above individual illnesses and multimorbidity in older adults. *BMC Psychiatry*. 2017; 17: 166. doi: 10.1186/s12888-017-1334-y.
26. Prasertsri N. Pain management in the elderly. *JHBCNSP*. 2019; 1: 1-19. Thai.
27. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, et al. Consequences of chronic non-cancer pain in adulthood. scoping review. *Rev Saude Publica*. 2020; 54: 39. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001675.
28. Morete MC, Solano JPC, Boff MS, et al. Resilience, depression, and quality of life in elderly individuals with chronic pain followed up in an outpatient clinic in the city of Sao Paulo, Brazil. *J Pain Res*. 2018; 11: 2561-66. doi: 10.2147/jpr.S166625.