



Pain Experiences and Management Among Persons with Stroke*

ประสบการณ์อาการปวดและการจัดการในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง*

พวงเพชร	โนราช**	Puangpath	Norach**
ชมพูนุท	ศรียรัตน์***	Chompoonut	Srirat***
จินดารัตน์	ชัยอาจ***	Jindarat	Chaiard***

Abstract

Persons with stroke have physical limitations and residual disabilities. Pain has been found to be an important problem, affecting patients in many aspects. The objectives of this descriptive research were to study pain symptoms and management, and its outcomes among persons with stroke. The participants consisted of both males and females, 3-12 months after a stroke, who were purposively selected. Research instruments included: 1) a general and clinical data record form, and 2) a pain experience and management interview form. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results demonstrated that the 3 most frequent characteristics of pain symptoms that participants experienced were 1) cramping, 2) dull pain, and 3) aching. Cramping was managed using non-steroidal anti-inflammatory drugs, Thai massage, and opioid drugs. The results of these methods showed that pain could be relieved. Management of dull pain involved participants applying non-steroidal anti-inflammatory drugs, opioid drugs, and Thai massage, and these methods could relieve participants' pain perception. The management of aching included applying non-steroidal anti-inflammatory drugs, and opioid drugs, and these methods could relieve pain perception.

The results of this study provide basic information for nurses and health care providers to use for providing suggestions regarding pain management or alternative appropriate care for managing pain symptoms in persons after stroke and their caregivers.

Keywords: Pain experience; Pain management; Stroke

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Adult and Gerontology, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science program in Adult and Gerontology, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: Angel15032521@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing Chiang Mai University

Received 21 April 2023; Revised 17 August 2023; Accepted 18 August 2023



บทคัดย่อ

ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อจำกัดด้านร่างกายและความพิการหลงเหลืออยู่พบว่า ปัญหาอาการปวดเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการปวด และการจัดการอาการปวดรวมทั้งผลลัพธ์ ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ 3 ถึง 12 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิง เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ 2) แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการปวดและการจัดการอาการปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะอาการปวดที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) อาการปวดเกร็ง 2) อาการปวดหนัก ๆ และ 3) อาการปวดตื้อ ๆ การจัดการและผลของการจัดการอาการปวดเกร็ง ได้แก่ เลือกการจัดการโดยใช้ยากลุ่มต้านการอักเสบ นวดแผนไทย และใช้ยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟิน ผลการจัดการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดบรรเทาลง การจัดการและผลของการจัดการอาการปวดหนัก ๆ ได้แก่ เลือกการจัดการโดยใช้ยากลุ่มต้านการอักเสบ ยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟิน และ นวดแผนไทย ผลการจัดการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดบรรเทาลง การจัดการและผลของการจัดการอาการปวดตื้อ ๆ ได้แก่ เลือกการจัดการโดยใช้ยากลุ่มต้านการอักเสบ และใช้ยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟิน ผลการจัดการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดบรรเทาลง

ผลการศึกษาให้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ ในการให้คำแนะนำหรือเป็นทางเลือกในการจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้นให้แก่ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ประสบการณ์อาการปวด การจัดการอาการปวด โรคหลอดเลือดสมอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: Angel15032521@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองนับว่ารุนแรง องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization [WSO], 2017) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก คือ 6.5 ล้านคนต่อจำนวนประชากร 17 ล้านคน ในประเทศแถบเอเชีย โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่าโรคหัวใจ จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากรทั่วโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการตีบอุดตันหรือแตกของหลอดเลือดสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ส่งผลให้เซลล์สมองตาย ก่อให้เกิดความผิดปกติต่อกล้ามเนื้อ ระบบประสาทส่วนกลาง ไขสันหลัง หรือจอประสาทตา โดยมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่าหรือเท่ากับ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีความพิการของร่างกาย รวมถึงอาการปวดที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบในด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ (Chakraborty et al., 2016) ด้านครอบครัวและผู้ดูแล (Prombut et al., 2014) ดังนั้นการเข้าใจถึงประสบการณ์และการจัดการอาการปวดจึงมีความสำคัญ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีปัญหาข้อบกพร่องด้านการรับรู้และการสื่อสาร มีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวร่างกายและข้อบกพร่องด้านการสื่อสาร ส่งผลให้การประเมินอาการปวด ทำได้ค่อนข้างยากลำบาก และไม่สามารถกระทำด้วยตนเองได้ทั้งหมดในผู้ป่วยกลุ่มนี้

แนวคิดการจัดการอาการ (symptom management model) ที่พัฒนาโดย ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย องค์ประกอบทางการพยาบาล (nursing domain) 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านบุคคล (person domain) องค์ประกอบด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (health and illness domain) และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) โดยมีอิทธิพลต่อโมเดลหลักของแบบจำลองการจัดการอาการที่ประกอบด้วย 3 โมโนมิติ คือ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) การจัดการอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ (outcome) ทั้ง 3 โมโนมิติหลัก มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Dodd et al., 2001) ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่แสดงถึง ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การรับรู้ความรู้สึก ประกอบด้วย 1) การรับรู้อาการ (perception of symptom) 2) การประเมินอาการ (evaluation of symptom) และ 3) การตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) ประสบการณ์อาการปวดของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการบาดเจ็บหรือรอยโรคที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดความรู้สึกปวด (neuropathic pain) ผ่านใยประสาทไขสันหลัง (spinothalamic tract) ลักษณะการปวดจะเป็นแบบปวดแสบปวดร้อน ปวดตื้อ ๆ ปวดแบบถูกบีบอัด ปวดแบบตะคริว ปวดตื้อ ๆ ปวดแปลบ และปวดเหมือนถูกแทง เป็นต้น (Oh & Seo, 2015)

อาการปวดในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะมีอาการปวดจากการอักเสบของกล้ามเนื้อ (Dromerick et al., 2008) หรือการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ขึ้นอยู่กับความเร็วของการตอบสนองของกล้ามเนื้อ (tonic stretch reflexes) ทำให้เกิดอาการกระตุกของเส้นเอ็นเป็นเวลานาน (Trompetto et al., 2014) และเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาท (neuropathic pain) จากการบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดการปิดกั้นช่องโซเดียม (voltage-gate calcium channel blocker) และช่องทางแคลเซียม (voltage-gated calcium channel) เปิดออก เกิดการเหนี่ยวนำของประจุทั้งสอง ผ่านกระแสรับรู้ความเจ็บปวดของเส้นประสาทเชื่อมต่อกับเซลล์ประสาทด้านหลังของไขสันหลัง (dorsal horn cells of spinal cord) ผ่านปมรากประสาทด้านหลัง (dorsal root ganglion) โดยมีการแตกแขนงของเส้นใยประสาทซิมพาเทติก (sympathetic sprouting) เกิดการรับรู้อาการแสบร้อนหรือเย็น จากบริเวณที่มีพยาธิสภาพ ส่งกระแสความเจ็บปวดสู่สมองส่วนทาลามัส (thalamus) และส่งต่อเปลือกสมอง (cerebral cortex) เพื่อระบุตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ (Finnerup et al., 2016) ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีประสบการณ์อาการปวด และมีกลวิธีการจัดการอาการเพื่อบรรเทาอาการ จากการศึกษาของ แฮริสัน และฟิลด์ (Harrison & Field, 2015) ซึ่งศึกษาวิธีประเมินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลา 3 เดือนถึง 2 ปี ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีวิธีจัดการอาการ



ปวด โดยการใช้วิธีการรู้คิด การแก้ปัญหาทางด้านอารมณ์ โดยการพักผ่อนในสถานที่เงียบสงบ การใช้ยาบรรเทาความรู้สึกเฉพาะที่ หรือกายภาพบำบัด โดยการจัดท่าและการเคลื่อนไหว เพื่อการลดอาการปวดและบวม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการอาการปวดประกอบด้วย 2 วิธี ได้แก่ 1) การใช้ยา และ 2) ไม่ใช้ยา หรือเลือกแพทย์ทางเลือก โดยเลือกวิธีแบบไม่ใช้ยาก่อน เป็นอันดับแรก หากยังไม่สามารถลดอาการเกร็งได้ จึงพิจารณาการใช้ยาหรือวิธีการอื่น ๆ ร่วมด้วย สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ยังมีการศึกษาอยู่น้อยและการศึกษาที่ผ่านมา ทำการศึกษากลุ่มอาการปวดในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่ทำการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งมีการจัดการอาการปวดแบบองค์รวม ในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยเริ่มจากการประเมินอาการ การเลือกใช้เครื่องมือประเมินอาการปวด การเลือกใช้วิธีการจัดการอาการปวด เพื่อให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยหลังจากเกิดอาการทางสมอง ยังต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ด้วยมีพยาธิสภาพสมอง ทำให้มีความพิการที่หลงเหลืออยู่ ได้แก่ อ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว เป็นต้น ทั้งนี้ยังมีปัญหาบกพร่องด้านการรับรู้และการสื่อสาร มีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน (Posai, 2021)

จากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล และกลุ่มที่มีอาการ 3 เดือน ถึง 2 ปี และอาการปวดเกิดได้ทั้ง 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน ระยะหลังจากเกิดอาการ และระยะฟื้นฟู ด้วยอาการปวดดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การทำกายภาพบำบัด (Hansen et al., 2012) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 3 เดือนถึง 2 ปี พบลักษณะอาการปวดที่แตกต่างกันและเกิดอาการปวดอย่างต่อเนื่อง (Widar et al., 2002) ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์อาการปวด ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 3 ถึง 12 เดือน หลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยระยะเวลาดังกล่าว พบลักษณะอาการปวดมีความแตกต่างกันมากที่สุด และเกิดอาการปวดอย่างต่อเนื่อง (Widar et al., 2002) โดยศึกษาครอบคลุมลักษณะอาการปวด ที่มีความแตกต่างตามตำแหน่งของร่างกาย ได้แก่ ศีรษะ แขน ขา ซีกซ้ายและซีกขวา แผ่นอกและแผ่นหลัง เพื่อให้การจัดการอาการปวดมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการปวด การจัดการและผลของการจัดการอาการปวดในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยการเรียนรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลเกิดการประเมินและมีการตอบสนองต่ออาการตามมา ได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการด้วยความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการปวด และบุคคลจะพยายามแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการปวด โดยมี ใครเป็นคนจัดการกับอาการ (who) ทำเพื่อใคร (whom) วิธีการจัดการคืออะไร (what) จัดกระทำเมื่อไหร่ (when) ทำอย่างไร (how) ทำที่ไหน (where) ทำเพราะเหตุใด (why) และระยะเวลาที่ใช้มากน้อยเพียงใด (how much) โดยบอกถึงตำแหน่งของการเกิดอาการ และอธิบายลักษณะอาการปวด ด้านกลวิธีการจัดการ และผลของการจัดการอาการ เพื่อผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการนำไปวางแผนการพยาบาล เพื่อลดอาการปวดในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 3 เดือนไม่เกิน 12 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลานาน 3 เดือนถึง 12 เดือน ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมองและแผนกกายภาพบำบัดฟื้นฟู โรงพยาบาลน่าน มีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่

1. อายุ 30 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีปัญหาด้านการรับรู้ โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ฉบับย่อ (A Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) มีคะแนนการทดสอบตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป
3. เคยมีอาการปวดระหว่างการรักษา
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
5. ยินยอมและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติจากโรคอื่น ๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการปวดมาก่อนหน้า

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากจำนวนประชากรและขนาดประชากร มีจำนวน 1,418 คน จึงใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Akakun, 2000) จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ พัฒนาโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลมีจำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามลักษณะปลายปิด จดบันทึกโดยผู้วิจัยประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลสุขภาพมีจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย ชนิดของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัว และยาที่ใช้ปัจจุบัน

2. แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการปวดและการจัดการอาการปวดในผู้ที่หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมด้านความรุนแรง ความถี่ และความทุกข์ทรมาน แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 ตำแหน่งของอาการปวด โดยแสดงรูปภาพ ส่วนด้านหน้า และด้านหลังของร่างกาย

องค์ประกอบที่ 2 ลักษณะอาการปวด โดยการสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการปวด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความรุนแรง 2) ความถี่ และ 3) ความทุกข์ทรมาน โดยให้กลุ่มตัวอย่าง บอกระดับของอาการปวดด้วยตนเอง มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต (likers rating scale) 5 ระดับได้แก่

ด้านความรุนแรง ประกอบด้วย 0 (ไม่ปวด) 1 (ปวดน้อย) 2 (ปวดปานกลาง) 3 (ปวดมาก) และ 4 (ปวดมากที่สุด)

ด้านความถี่ 0 (ไม่เกิดขึ้นหรือไม่มีอาการ) 1 (เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้งหรือ 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 (เกิดขึ้นบางครั้งหรือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์) 3 (เกิดขึ้นบ่อยหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) และ 4 (เกิดขึ้นมากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์)

ด้านความทุกข์ทรมาน 0 (ไม่ทุกข์ทรมาน) 1 (ทุกข์ทรมานน้อย) 2 (ทุกข์ทรมานปานกลาง) 3 (ทุกข์ทรมานมาก) และ 4 (ทุกข์ทรมานที่สุด)

แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการปวด เป็นแบบรายการตรวจสอบ (check list)



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการปวดและการจัดการอาการปวดในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด 1 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ท่าน และอาจารย์อายุรแพทย์โรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน จากนั้นนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับและนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ราย

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการปวด และการจัดการอาการปวดในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยให้ตอบแบบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ห่างกัน 7 วัน นำคะแนนที่ได้รับจากแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ครั้ง ไปคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการปวดและการจัดการอาการปวด ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้เท่ากับ .92 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่รับรอง 2563-109/ Study Code: 2563-EX084 และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลน่าน เลขที่รับรอง COA No.001 ก่อนดำเนินการวิจัย ได้ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการรวบรวมข้อมูล การให้ความยินยอม และให้อิสระในการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวหรือขอยกเลิกจากการเข้าร่วมการวิจัย ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย นักวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล สัมภาษณ์และการจัดการอาการปวด การเก็บรวบรวมข้อมูลทำในสถานที่ ที่มีความเป็นส่วนตัว โดยใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวนความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 ราย มีอายุระหว่าง 51-70 ปี ($M = 62.64$, $SD = 12.085$) เป็นเพศชาย ร้อยละ 53 เป็นกลุ่มหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ตีบ/ตัน) ร้อยละ 87.10 และกลุ่มหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 12.90 เป็นมานาน 3 เดือน ร้อยละ 22.90 ระยะเวลา 4 เดือน ร้อยละ 19.30 และ 7 เดือน ร้อยละ 12.70

ตำแหน่งที่เกิดอาการปวดมากที่สุดคือ แขนขวา ร้อยละ 21.40 รองลงมาคือ แขนซ้าย ร้อยละ 20.70 และ ศีรษะ ร้อยละ 15.70 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของตำแหน่งที่ปวดของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามการเกิดอาการระดับความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการปวด (n = 140)

ตำแหน่ง	มิติ			
	การเกิดอาการ	ความถี่	ความรุนแรง	ความทุกข์ทรมาน
	จำนวน (ร้อยละ)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
แขนขวา	30 (21.40)	2.40 (0.49)	2.47 (0.50)	2.50 (0.50)
แขนซ้าย	29 (20.70)	2.31 (0.54)	2.41 (0.50)	2.31 (0.47)
ศีรษะ	22 (15.70)	2.14 (0.35)	2.14 (0.35)	2.14 (0.35)
ไหล่ขวา	9 (6.40)	2.67 (0.50)	2.78 (0.44)	2.78 (0.44)
ไหล่ซ้าย	9 (6.40)	2.44 (0.52)	2.56 (0.52)	2.56 (0.52)
มือขวา	9 (6.40)	2.33 (0.50)	2.33 (0.50)	2.33 (0.50)
ขาขวา	3 (2.10)	2.33 (0.50)	2.44 (0.52)	2.44 (0.52)
เท้าซ้าย	3 (2.10)	2.44 (0.52)	2.44 (0.52)	2.44 (0.52)
แผ่นหลัง	3 (2.10)	2.50 (0.54)	2.50 (0.54)	2.50 (0.54)
สะโพกซ้าย	3 (2.10)	2.14 (0.35)	2.14 (0.35)	2.14 (0.35)
สะโพกขวา	3 (2.10)	2.14 (0.35)	2.14 (0.35)	2.14 (0.35)
เข่าขวา	2 (1.40)	2.33 (0.50)	2.33 (0.50)	2.33 (0.50)
เท้าขวา	2 (1.40)	2.33 (0.50)	2.44 (0.52)	2.44 (0.52)
เข่าซ้าย	1 (0.70)	2.44 (0.52)	2.44 (0.52)	2.44 (0.52)
น่องซ้าย	1 (0.70)	2.14 (0.35)	2.33 (0.50)	2.33 (0.50)

สำหรับข้อมูลประสบการณ์อาการปวด พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอาการปวดที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) อาการปวดเกร็ง (ร้อยละ 35.00) 2) อาการปวดหนัก ๆ (ร้อยละ 23.60) และ 3) อาการปวดตื้อ ๆ (ร้อยละ 15.70) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์อาการปวดแยกตามระดับความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน (n = 140)

ลักษณะอาการปวด	มิติ			
	การเกิดอาการ	ความถี่	ความรุนแรง	ความทุกข์ทรมาน
	จำนวน (ร้อยละ)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
ปวดเกร็ง	49 (35.00)	2.51 (0.54)	2.63 (0.48)	2.59 (0.50)
ปวดหนัก ๆ	33 (23.60)	2.45 (0.50)	2.55 (0.50)	2.30 (0.50)
ปวดตื้อ ๆ	22 (15.70)	2.14 (0.35)	2.14 (0.35)	2.14 (0.35)

กลุ่มตัวอย่างเลือกการจัดการแบบใช้ยา ร้อยละ 65.70 การจัดการโดยไม่ใช้ยา ร้อยละ 34.30 และเลือกใช้ทั้งการใช้ยาร่วมกับการไม่ใช้ยา ร้อยละ 5 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จัดการอาการแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา

การจัดการอาการปวด	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการจัดการแบบใช้ยา	93	65.70
1. กลุ่มยาแก้ปวดต้านการอักเสบ	41	44.10
2. กลุ่มยาแก้ปวดมอร์ฟีน	20	21.50
3. กลุ่มยารักษาโรคลมชัก	6	6.50



ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จัดการอาการแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา (ต่อ)

การจัดการอาการปวด	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการจัดการแบบไม่ใช้ยา	47	34.30
1. นวดแผนโบราณ/แผนไทย	27	57.40
2. ประคบเย็นหรือแผ่นประคบเย็น	3	6.40
3. อื่น ๆ		
นอนพัก	12	25.50
ลูบบริเวณที่ปวด	4	8.51
เลือกทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา	7	5.00

การจัดการ อาการปวดเกร็ง กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ยาต้านการอักเสบร้อยละ 36.73 ยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟิน ร้อยละ 12.24 และนวดแผนไทย/แผนโบราณ ร้อยละ 10.20 สำหรับอาการปวดหนัก ๆ กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ยาต้านการอักเสบ ร้อยละ 42.42 ยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟิน และนวดแผนไทย/แผนโบราณ ร้อยละ 21.21 และ 12.12 ตามลำดับ และสำหรับอาการปวดตื้อ ๆ กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการจัดการแบบใช้ยาต้านการอักเสบ ร้อยละ 27.30 และยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟิน ร้อยละ 18.20 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะอาการปวด 3 ลักษณะ โดยเลือกใช้ วิธีการใช้ยาไม่ใช้ยาและการใช้ยาร่วมกับไม่ใช้ยา

ลักษณะอาการปวด	ปวดเกร็ง n (49)	ปวดหนักๆ n (33)	ปวดตื้อๆ n (22)
วิธีการจัดการ	n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)
1. ยาบรรเทาอาการปวดกลุ่มต้านการอักเสบ	18 (36.73)	14 (42.42)	6 (27.30)
2. กลุ่มยาแก้ปวดมอร์ฟิน	6 (12.24)	7 (21.21)	4 (18.20)
3. นวดแผนไทย/แผนโบราณ	10 (20.40)	4 (12.12)	0

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาลักษณะและการจัดการอาการปวดในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดประสบการณ์และการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่สามารถอธิบายการรับรู้ อาการ ระดับความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานและการจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างได้ จากการสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการปวด และการจัดการอาการปวดของกลุ่มตัวอย่างพบว่า การเผชิญกับอาการปวด และวิธีการจัดการแก้ไขเพื่อบรรเทาอาการปวดของแต่ละคน มีความแตกต่างกัน พบอาการปวดเกิดขึ้นบ่อยกับ แขนขวา แขนซ้าย ศีรษะ ไหล่ซ้าย ไหล่ขวา มือขวาและขาซ้ายตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ แฮริสัน และฟิลด์ (Harrison & Field, 2015) ซึ่งพบว่าอาการปวด มีความสัมพันธ์กับการเกิดพยาธิสภาพ ด้านที่มีอาการอ่อนแรง โดยร้อยละ 100 ปวดข้อศอก ร้อยละ 72 เกิดอาการเกร็ง และร้อยละ 33 ปวดข้อมือ (Harrison & Field, 2015)

จากการศึกษานี้ พบอาการปวดแบบเกร็งเกิดขึ้นมากที่สุดที่แขนซ้ายและขวา ซึ่งเกิดจากการดึงรั้งของรยางค์ส่วนบน มักเกิดกับผู้ที่เป็นอัมพาตครึ่งซีก โดยความผิดปกติ แขนงอต้านแรงโน้มถ่วงของโลก ซึ่งตรงกับการศึกษาของ แฮริสัน และฟิลด์ (Harrison & Field, 2015) ที่อธิบายว่า อาการปวดเกิดจากกล้ามเนื้อเป็นพังผืด ทำให้เกิดอาการปวดมาก ดังนั้นจึงเลือกใช้ยาลดอาการปวดเกร็งกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) กลุ่มโอปิ-



ออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (weak opioids) ซึ่งออกฤทธิ์ระงับอาการปวดระดับปานกลางไปถึงรุนแรง และกลุ่มยากันชักเช่น กาบาเพนติน โดยการออกฤทธิ์จะไปปิดกั้นช่องทางของแคลเซียม ที่ทำหน้าที่ในการปล่อยสารความปวด (Kim, 2016) ทำให้อาการปวดของกลุ่มตัวอย่างลดลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการให้ยาระงับปวด ในกลุ่มที่มีอาการปวดเรื้อรังของ ศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล และ อรพิชญา ไกรฤทธิ์ (Ruangritchankul & Krairit, 2018) พบว่า มีการใช้ระดับของอาการปวดในการเลือกใช้ยาให้เหมาะสมตามระบบ 3 ขั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ ขั้นที่ 1 อาการปวดน้อยถึงปานกลาง ใช้ยาไมใช่โอปิออยด์ (non opioid) ได้แก่ พาราเซตามอล (paracetamol) แอสไพริน (aspirin) และเอ็นเสด (NSAIDS) โดยให้ร่วมกับ ยาเสริม (adjuvant) ได้แก่ ยาสเตียรอยด์ ขั้นที่ 2 อาการปวดปานกลางถึงรุนแรง ใช้ยาโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioid) ได้แก่ ทามาดอล (tramadol) เมื่ออาการปวดไม่ดีขึ้นด้วยกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์และยาเสริมร่วมด้วย ขั้นที่ 3 ระยะเวลาปวดรุนแรงมาก และอาการปวดไม่ทุเลาในขั้นที่ 2 ให้ใช้โอปิออยด์ (opioid) ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioid) ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) โดยมีการใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและนำมาปรับใช้ตามความเหมาะสมกับอาการปวด (World Health Organization [WHO], 2017)

การนวดแผนไทยเป็นทางเลือกที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ ส่งผลให้อาการบรรเทาลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กรองแก้ว โตชัยวัฒน์ และคณะ (Tochaiwat et al., 2019) ที่ศึกษาผลของการนวดต่ออาการเกร็งในผู้ป่วยระบบประสาท พบว่าการนวดไทยแบบราชสำนัก ทำให้เพิ่มระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ลดอาการเกร็งและส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของ เดวิด ซิบบริทท์ และคณะ (Sibbritt et al., 2012) ที่ศึกษาเรื่องการนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพรช่วยลดอาการปวดข้อและกล้ามเนื้อ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้การนวดแผนไทยช่วยในการบรรเทาปวด และผลการจัดการทำให้อาการปวดลดลงได้ และจากศึกษาของ จิรายุ ชาติสุวรรณ และคณะ (Chartsuwan et al., 2017) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัด กับการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดแผนไทย ต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ พบว่า การทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดแผนไทย มีประสิทธิผลในการฟื้นฟูร่างกาย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนบน การรับรู้ความรู้สึก พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ทั้งการลดอาการปวดตามข้อดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว

การศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดตื้อ ๆ ปวดแปลบ ๆ และปวดเหมือนเข็มทิ่ม อาการปวดจะมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวและสภาพอุณหภูมิเปลี่ยนแปลง และเป็นลักษณะอาการปวดที่แยกยาก ขึ้นอยู่กับประสบการณ์อาการปวดของแต่ละบุคคล ดังนั้นการรักษาส่วนใหญ่จึงเลือกใช้ยาบรรเทาอาการปวดทั่วไป เช่น ยาบรรเทาอาการปวดพาราเซตามอล และนอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังเลือกใช้วิธีการพักผ่อน การลูบบริเวณที่ปวด และรับรู้ผลของการเลือกใช้การจัดการดังกล่าวว่า อาการปวดลดลงบ้าง ซึ่งเป็นทางเลือกในการจัดการกับอาการปวดในกลุ่มนี้ได้อีกทางเลือกหนึ่ง

ผลการศึกษาประสบการณ์อาการปวดและการจัดการในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นถึงการรับรู้การปวดที่มีความหลากหลาย ตามพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาของการเกิดโรคมีผลต่อระดับความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่าง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่จัดการได้ ส่งผลให้อาการรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงได้ โดยการจัดการ มีทั้งในรูปแบบของการใช้ยาและไม่ใช้ยาจากแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ซึ่งมีความหลากหลายมากขึ้น รวมทั้งมีเทคโนโลยีใหม่ ๆ เกิดขึ้น ทั้งนี้พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำอย่างเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีอาการปวดได้



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาล หรือบุคลากรสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมิน วิเคราะห์ชนิดและสาเหตุของอาการปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีการจัดการอาการปวด รวมทั้งผลของการจัดการ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล แนะนำหรือส่งเสริมการจัดการอาการปวดในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสบการณ์อาการปวดและการจัดการในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 12 เดือน รวมทั้งประเมินผลของการจัดการ และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการปวด

References

- Akakun, T. (2000). *Research methodology in behavioral sciences and social sciences*. UbonRatchathani Rajabhat University. (in Thai)
- Chakraborty, S., Basu, R., Jana, A. K., Banerjee, M., & Sanyal, D. (2016). Prevalence of post stroke depression in male and female patients visiting a rural hospital outpatient. *International Journal of Innovative Research in Medical Sciences*, 1(6), 294-302. (in Thai)
- Chartsuwan, J., Peanpadungrat, P., Itharat, A., & Panichakarn, N. (2017). Comparative study on efficacy of physiotherapy and physiotherapy combined with Thai massage on rehabilitation outcome and quality of life of ischemic stroke patients with hemiplegia. *Thammasat Medical Journal*, 17(3), 356-364. (in Thai)
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dromerick, A. W., Edwards, D. F., & Kumar, A. (2008). Hemiplegic shoulder pain syndrome: Frequency and characteristics during inpatient stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(8), 1589-1593.
- Finnerup, N. B., Haroutounian, S., Kamerman, P., Baron, R., Bennett, D. L. H., Bouhassira, D., Cruccu, G., Freeman, R., Hansson, P., Nurmikko, T., Raja, S. N., Rice, A. S. C., Serra, J., Smith, B. H., Treede, R. D., & Jensen, T. S. (2016). Neuropathic pain: An updated grading system for research and clinical practice. *Pain*, 157(8), 1599-1606.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000492>
- Hansen, A. P., Marcussen, N. S., Klit, H., Andersen, G., Finnerup, N. B., & Jensen, T. S. (2012). Pain following stroke: A prospective study. *European Journal of Pain*, 16(8), 1128-1136.
- Harrison, R. A., & Field, T. S. (2015). Post stroke pain: Identification, assessment, and therapy. *Cerebrovascular Diseases*, 39(3-4), 190-201.
- Kim, J. S. (2016). Post-stroke mood and emotional disturbances: Pharmacological therapy based on mechanisms. *Journal of Stroke*, 18(3), 244-255.
- Oh, H., & Seo, W. (2015). A comprehensive review of central post-stroke pain. *Pain Management Nursing*, 16(5), 804-818.



- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Williams & Wilkins.
- Posai, V. (2021). Management of post-stroke pain. *Biomedical Sciences and Clinical Medicine*, 60(4), 841-854. (in Thai)
- Prombut, P., Piaseu, N., & Sakulhongsopon, S. (2014). Factors related to stress of family caregiver of patients with stroke at home. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(1), 89-96. (in Thai)
- Ruangritchankul, S., & Krairit, O. (2018). Chronic pain assessment in the elderly: Review article. *Ramathibodi Medical Journal*, 41(3), 92-99. (in Thai)
- Sibbritt, D., Van Der Riet, P., Dedkhard, S., & Srithong, K. (2012). Rehabilitation of stroke patients using traditional Thai massage, herbal treatments and physical therapies. *Journal of Chinese Integrative Medicine*, 10(7), 743-750.
- Tochaiwat, K., Predeekanit, K., Udom, T., Srisubat, A., & Thaiyakul, A. (2019). Massage therapy for spastic neurological patients: A systematic review. *Ministry of Public Health*, 44(1), 42-46. (in Thai)
- Trompetto, C., Marinelli, L., Mori, L., Pelosin, E., Currà, A., Molfetta, L., & Abbruzzese, G. (2014). Pathophysiology of spasticity: Implications for neurorehabilitation. *BioMed Research International*, 2014, Article ID 354906. <https://doi.org/10.1155/2014/354906>
- Widar, M., Samuelsson, L., Karlsson-Tivenius, S., & Ahlstrom, G. (2002). Long-term pain conditions after a stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(4), 165-170.
- World Stroke Organization. (2017). *World Stroke Organization (WSO) annual report 2017*. http://www.worldstroke.org/assets/downloads/WSO_2019_Annual_Report_online.pdf