

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอด ในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

กัลชนา ศรีพรหม, พย.ม.<sup>1</sup> นิภาวรรณ สามารถกิจ, Ph.D.<sup>2\*</sup> เขมรติ มาสิงบุญ, D.S.N.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกที่มีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดที่ไม่เหมาะสมจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ ปอดติดเชื้อได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด ความวิตกกังวล และความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกที่เข้าพักรักษา ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 84 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม 2561 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการปวด แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอด แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดในระดับน้อย ( $M = 4.72, SD = 1.67$ ) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในระดับต่ำ ( $M = 7.19, SD = 4.21$ ) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดในระดับต่ำ ( $M = 11.00, SD = 4.54$ ) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในระดับปานกลาง ( $M = 30.27, SD = 7.59$ ) อาการปวดและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.34, p < .05$ ;  $r = -.21, p < .01$  ตามลำดับ) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ( $r = .06, p > .05$ ) ผลจากการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินอาการปวดและความวิตกกังวล และการจัดการอาการปวดและความวิตกกังวลให้มีประสิทธิภาพในระยะเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** อาการปวด ความวิตกกังวล ความรู้ พฤติกรรม การฟื้นฟูสภาพปอด บาดเจ็บทรวงอก ท่อระบายทรวงอก

<sup>1</sup> นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\* ผู้เขียนหลัก e-mail: nsmarkit@gmail.com

# Factors related to Lung Rehabilitation Behavior in Chest Trauma Patients with Intercostal Chest Drainage

Kanchana Sriprom, M.N.S.<sup>1</sup>, Niphawan Samartkit, Ph.D.<sup>2\*</sup>, Khemaradee Masingboon, D.S.N.<sup>2</sup>

## Abstract

Chest trauma patients with intercostal chest drainage who have ineffective lung rehabilitation behavior are at risk for lung atelectasis and infections. This research aimed to examine relationships among pain, anxiety, knowledge and lung rehabilitation behavior in chest trauma patients with intercostal chest drainage. Sample were 84 chest trauma patients with intercostal chest drainage from Sappasitthipasong Ubonratchathani hospital. Data were collected from March to December 2018. Research instruments included personal information record form, pain questionnaire, anxiety subscale of hospital anxiety and depression Scale [HADS-A], knowledge about lung rehabilitation and lung rehabilitation behavior questionnaires. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient were used to analyze data.

The results revealed that samples had low level of pain, anxiety, and knowledge about lung rehabilitation ( $M = 4.72$ ,  $SD = 1.67$ ;  $M = 7.19$ ,  $SD = 4.21$ ;  $M = 11.00$ ,  $SD = 4.21$  respectively), and moderate level of lung rehabilitation behavior ( $M = 30.27$ ,  $SD = 7.59$ ). There was significantly negatively correlation between pain and anxiety with lung rehabilitation behavior. ( $r = -.34$ ,  $p < .01$ ,  $r = -.22$ ,  $p < .05$  respectively). There was no association between knowledge of lung rehabilitation and lung rehabilitation behavior ( $r = .06$ ,  $p > .05$ ). The findings suggested that healthcare providers should assess pain and anxiety and provide effective pain and anxiety management in acute phase in order to enhance continuity of effective lung rehabilitation behavior in chest trauma patients with intercostal chest drainage.

**Keywords:** pain, anxiety, knowledge, behavior, lung Rehabilitation, chest trauma Patients, intercostal chest drainage

---

<sup>1</sup> Master of Nursing Science in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

\* Corresponding author e-mail: nsmarkit@gmail.com

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บทรวงอกเป็นอุบัติเหตุที่พบบ่อยและเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต (Lewis, Heitkemper & Dirkson, 2000) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร (National statistical office, 2016) ซึ่งส่งผลให้ผู้บาดเจ็บบาดเจ็บทรวงอกเกิดภาวะเลือดหรือลมในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ถึงร้อยละ 70 (Munroe, 2011) ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่จากการสูญเสียความดันลบในช่องเยื่อหุ้มปอด ส่งผลให้เกิดภาวะปอดแฟบ การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและทันเวลา อาจทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Lewis, Heitkemper & Dirkson, 2000) การรักษาส่วนใหญ่ร้อยละ 85-90 ผู้บาดเจ็บบาดเจ็บทรวงอกจำเป็นต้องใส่ท่อระบายทรวงอก เพื่อระบายเลือดหรือลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Munroe, 2011) อย่างไรก็ตามแม้ว่าการใส่ท่อระบายทรวงอกจะมีประโยชน์ในการรักษา แต่ในขณะเดียวกันก็นำมาซึ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Pitukung, 2011)

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก เมื่อแพทย์พิจารณาพบว่าไม่มีเลือดหรือลมคั่งค้างในช่องเยื่อหุ้มปอดและปอดขยายตัวได้เต็มที่ ผู้ป่วยควรได้รับการเอาท่อระบายทรวงอกออกโดยเร็วที่สุด เนื่องจากการคาท่อระบายทรวงอกไว้นาน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ ปอดอักเสบได้ (Ritkeaw, 2010) จากการศึกษาปัจจัยในการเกิดหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก พบว่าจำนวนวันในการใส่ท่อระบายทรวงอกที่นานมากกว่า 6 วัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (Eren, Esme, Sehilogullari & Durkan, 2008) การคั่งค้างของเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดหลังใส่ท่อระบายทรวงอก มีความสัมพันธ์กับการเกิดหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ถึงร้อยละ 33 (Karmy-Jones, Holevar, Sullivan, Fleisig & Jurkovich, 2008) และสาเหตุการเกิดหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดร้อยละ 7.5 เกิดจากการระบายสิ่งตกค้างในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ไม่ดี ทำให้ต้องใส่ท่อระบายทรวงอกไว้นาน (Mohammed, 2014)

ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถเอาท่อระบายทรวงอกออกได้เร็ว ทีมบุคลากรสุขภาพ

จะเน้นการดูแลระบบระบายทรวงอกให้มีประสิทธิภาพ (Laura, 2009) ตลอดจนสอน ส่งเสริม และกระตุ้นให้ผู้บาดเจ็บบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ปฏิบัติฟื้นฟูสภาพปอดตั้งแต่ในระยะแรกอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการฝึกการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ อย่างเต็มที่ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการบริหารหายใจร่วมกับบริหารข้อไหล่ แต่การฟื้นฟูของปอดที่กลับคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพและความสามารถในการฟื้นฟูสภาพปอดของผู้ป่วย (Sumonwong, 2017)

ผู้ป่วยที่ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพปอดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะแรก จะทำให้เลือดหรือลมที่คั่งค้างในช่องเยื่อหุ้มปอดระบายออกได้ดี ปอดขยายตัวได้เต็มที่ส่งผลให้สามารถเอาท่อระบายทรวงอกออกได้เร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (Ritkeaw, 2010) ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติฟื้นฟูสภาพปอดอย่างต่อเนื่องในระยะยาว อาจทำให้เกิดการอุดตันของท่อระบายทรวงอก จนต้องได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกใหม่หรือต้องได้รับการผ่าตัดเปิดทรวงอก ซึ่งจะเพิ่มการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยมากขึ้น ระยะเวลาการใส่ท่อระบายทรวงอกและการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ต้องหยุดงานและขาดรายได้ มีภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (Prompak, 2012) แม้พยาบาลจะสอนการบริหารหายใจให้กับผู้ป่วยแล้ว แต่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการบริหารหายใจถึงร้อยละ 55.2 ส่งผลให้การระบายออกของเลือดหรือลมในช่องเยื่อหุ้มปอดไม่ดี ระยะเวลาการใส่ท่อระบายทรวงอกคาไว้นานเฉลี่ยมากกว่า 7 วัน (Tung, Jan, Huaung, Shin, Chang & Liao, 2011) ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ตามมา จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก พบข้อสังเกตว่า แม้ผู้ป่วยจะได้รับการสอน ส่งเสริม และกระตุ้นให้มีการปฏิบัติฟื้นฟูสภาพปอดทุกราย แต่พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติฟื้นฟูสภาพปอดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยบางประการ ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บบาดเจ็บทรวงอกไม่มีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ อาการปวด ซึ่งเกิดจากเนื้อเยื่อ

เซลล์บริเวณทรวงอกถูกทำลายหรือบอบช้ำ เนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจะปล่อยสาร Prostaglandins ไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดทำให้เกิดความเจ็บปวดและความเจ็บปวดจะรุนแรงขึ้นเมื่อเคลื่อนไหวร่างกายผู้ป่วยจึงมักนอนนิ่ง ๆ และมักจะไม่เคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวเพื่อการฟื้นฟูสภาพปอด เนื่องจากการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ หรือการไอ จะทำให้เยื่อหุ้มปอดมีการเสียดสีกับสายท่อระบายทรวงอก ทำให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะวันแรกของการใส่ท่อระบายทรวงอก ผู้ป่วยมักมีอาการปวดบริเวณบาดแผลที่ใส่ท่อระบายทรวงอก (Ritkeaw, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Laws, Neville & Duffy (2003) ที่พบว่าหลังการใส่ท่อระบายทรวงอกในวันแรก ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดในระดับ 9-10 ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นฟูสภาพปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การระบายออกของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดในวันแรกได้ไม่ดี ความวิตกกังวลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก โดยเฉพาะการใส่ครั้งแรกผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจะกังวลใจ รู้สึกไร้ค่า ต้องคอยระมัดระวัง ไม่สะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพราะกลัวสายหลุด กลัวขูดแตก กลัวอากาศเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด กลัวต้องใส่ท่อระบายทรวงอกใหม่ ทำให้ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Prasittipath, 2008) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอด (Unhasuta, 2003) แม้ว่าจะได้รับการสอนแล้วทุกราย แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีข้อจำกัดในการรับรู้และเข้าใจในการฟื้นฟูสภาพปอดในระยะเวลาอันสั้น และในระยะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีสมาธิที่จะเรียนรู้ และจดจำสิ่งต่าง ๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดได้ครบถ้วน (Prompak, 2012)

จากสถิติโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2558 ถึง 2560 พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก มีจำนวน 730 ราย พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดอักเสบ จำนวน 120 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.44 ภาวะหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด จำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.42 และภาวะปอดแฟบ จำนวน 4 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 0.55 ซึ่งจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการใส่ท่อระบายทรวงอกและการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด ความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดกับพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก เพื่อนำผลการศึกษามาออกแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดที่มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและสม่ำเสมอตั้งแต่ในระยะแรก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายได้เร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถกลับไปปฏิบัติหน้าที่และดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการปวด ความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอด และพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด ความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอด กับพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

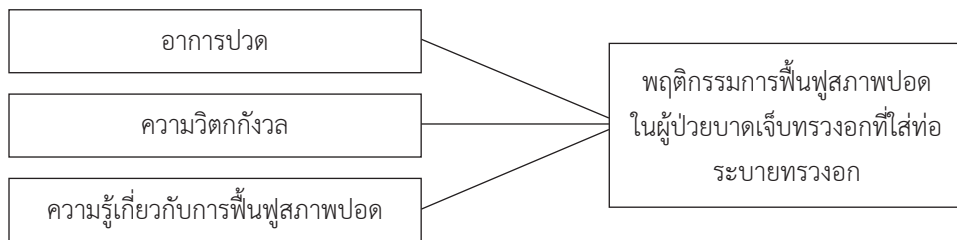
## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งทฤษฎีอธิบายถึงประสบการณ์การเกิดอาการ ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ตามปกติ อาการมักเกิดขึ้นร่วมกันมากกว่า 1 อาการเสมอ อาการที่เกิดขึ้นมักมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมา โมโนทัศน์ในทฤษฎีประกอบด้วย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ ปัจจัยทั้ง 3 มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและมีอิทธิพลต่อประสบการณ์การรับรู้อาการในทุกมิติ ส่วนผลที่ตามมาจากการเกิดอาการคือ การปฏิบัติ

หน้าที่ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้คือพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอด ซึ่งผลที่ตามมาแล้วยังส่งผลย้อนกลับไปยังประสบการณ์อาการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการทั้ง 3 ด้าน ซึ่งพบได้บ่อยในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกภายหลังได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย คือ อาการปวด ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการปวดภายหลังการบาดเจ็บ และจากการค้างคาท่อระบายทรวงอกไว้ (Ritkeaw, 2010) ปัจจัยด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวล เนื่องจากการใส่ท่อระบาย

ทรวงอก เป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน และเป็นการใส่ท่อระบายครั้งแรก ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับการคาท่อระบายทรวงอกไว้ (Sumonwong, 2017) และปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอด ซึ่งผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกมีภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวหลังใส่ท่อระบายทรวงอกไม่ถูกต้อง สาเหตุมาจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอด (Unhasuta, 2003) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกข้างเดียวหรือสองข้างเป็นครั้งแรก ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับการรักษา หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก และหลอดเลือด และหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึง ธันวาคม 2561 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G\*Power3.1.2 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง .30 (Srisatidnarakul, 2010) ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจการทดสอบ .80 สุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Jirawatkul, 2014) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกมาแล้ว

24-48 ชั่วโมงแรกและมีสัญญาณชีพคงที่ 3) ไม่มีภาวะเนื้องอกซ้ำ ไม่มีภาวะอกรวน ไม่ได้รับการรักษาโดยผ่าตัดเปิดทรวงอก 4) ไม่มีการบาดเจ็บร่วม ได้แก่ การบาดเจ็บกระดูกสันหลัง กระดูกต้นคอหรือกระดูกต้นขาหัก การบาดเจ็บบริเวณช่องท้องจนได้รับการผ่าตัดหรือมีข้อห้ามในการเคลื่อนไหว 5) รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ วัดโดย Glasgow coma score 15 คะแนน 6) สามารถสื่อสาร อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ และ 7) ไม่มีประวัติป่วยเป็นมะเร็งปอด โรคหัวใจในระยะเวลาแพร่เชื้อ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ลักษณะครอบครัว บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือขณะอยู่โรงพยาบาล ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา บุคคลที่สอนฟื้นฟูสภาพปอด การเจ็บป่วยในอดีต ส่วนที่ 2 สาเหตุของการบาดเจ็บ

ทรวงอก การวินิจฉัยโรค วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล จำนวน  
ข้างที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ระยะเวลาการใส่ท่อระบาย  
ทรวงอก วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล

2. แบบสอบถามอาการปวด ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน  
อาการปวด (The Brief Pain Inventory) ของกลุ่มวิจัย  
ความปวดภาควิชาประสาทวิทยา มหาวิทยาลัยวิสคอนซิน  
เมดิสัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ฉบับภาษาไทย (Khlongyant,  
2001) มีคำถาม 17 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่  
ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับการรับรู้อาการปวดขณะคาท่อ  
ระบายทรวงอก ณ ปัจจุบันมีจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำถาม  
เป็นแบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ มีอาการปวดและไม่มีอาการ  
ปวด ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการประเมินอาการปวดขณะ  
คาท่อระบายทรวงอกในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงแรก  
หลังได้รับบาดเจ็บและใส่ท่อระบายทรวงอก ลักษณะ  
คำถามเป็นแบบเลือกตอบตามตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก  
จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดด้วยสายตา (Visual  
analogue scale) แทนค่าคะแนนเป็น 0-10 โดยคะแนน  
0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และคะแนน 10 หมายถึง มี  
อาการปวดมากที่สุด แปลผลคะแนนด้วยคะแนนรวมเฉลี่ย  
ถ้าคะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อ  
ระบายทรวงอกมีอาการปวดขณะคาท่อระบายทรวงอกมาก  
และได้แบ่งระดับคะแนนเพื่อการพรรณนาความรุนแรงของ  
อาการปวดเป็น 4 ระดับ (Wongrattana, 2001) ดังนี้  
ไม่มีอาการ = 0 คะแนน ปวดระดับน้อย = 0.1-4.99 คะแนน  
ปวดระดับปานกลาง = 5.00-6.99 คะแนน ปวดระดับมาก  
= 7.00-10 คะแนน การศึกษาครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่นของ  
ครอนบาคเท่ากับ .93 (n = 84)

3. แบบสอบถามความวิตกกังวล ใช้แบบประเมิน  
Hospital anxiety and Depression scale (HADS)  
(Zigmond & Snaith, 1983) โดยใช้เฉพาะส่วนแบบ  
ประเมินความวิตกกังวล (Hospital anxiety: HADS-A)  
จำนวน 7 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับการวัดลิเคิร์ต (Likert  
scale) 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน 0 หมายถึง  
ผู้ป่วยรับรู้ต่อความวิตกกังวลในระดับต่ำ และ 3 คะแนน  
หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ความวิตกกังวลสูงมากขึ้น คะแนนรวม  
อยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยการหาค่า  
เฉลี่ยผลรวมคะแนนอาการวิตกกังวล คะแนนเฉลี่ยที่สูง  
หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ต่ออาการวิตกกังวลมาก และได้แบ่ง

ระดับคะแนนเพื่อการพรรณนาเป็น 4 ระดับ โดยกำหนด  
ช่วงคะแนน ดังนี้ (Nilchaikovit, Sukying, Silpakit, 1996)  
คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล คะแนนช่วง 1-7  
คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ คะแนนช่วง  
8-14 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง  
คะแนนช่วง 15-21 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลใน  
ระดับสูง การศึกษาครั้งนี้มีความเชื่อมั่นของครอนบาค  
เท่ากับ .84 (n = 84)

4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ  
ปอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงาน  
วิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้ นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ  
จำนวน 5 ท่าน ที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถ  
ในด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ด้านกายภาพบำบัด และด้าน  
การพยาบาลศัลยกรรมทรวงอกตรวจสอบความตรงตาม  
เนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 ประกอบ  
ด้วยคำถาม 22 ข้อ เป็นคำถามด้านลบจำนวน 8 ข้อ ได้แก่  
ข้อ 2, 4, 8, 12, 13, 14, 17, 22 ข้อคำถามเป็นแบบ  
เลือกตอบ มี 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ โดยกำหนด  
ค่าคะแนนดังนี้ ตอบคำถามถูกให้ 1 คะแนน ตอบคำถาม  
ผิดหรือไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน คะแนนที่สูงหมายถึงมีความรู้  
เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดดี การแปลผลคะแนนจาก  
คะแนนรวมเฉลี่ยซึ่งอยู่ในช่วง 0-22 คะแนน ซึ่งคะแนน  
เฉลี่ยที่สูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดดี  
นอกจากนี้ได้แบ่งระดับคะแนนเพื่อการพรรณนาเป็น  
3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom (1968) ดังนี้ คะแนน  
18-22 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนน  
เต็ม) หมายถึง มีระดับความรู้ในระดับดี คะแนน 14-17  
คะแนน (ร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีระดับ  
ความรู้ในระดับปานกลางคะแนน 0-13 คะแนน (น้อยกว่า  
ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีระดับความรู้  
ในระดับต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่น  
Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ .77

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอด  
ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย  
ที่เกี่ยวข้อง และได้ นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน  
5 ท่าน ที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถในด้าน  
เวชศาสตร์ฟื้นฟู ด้านกายภาพบำบัด และด้านการพยาบาล  
ศัลยกรรมทรวงอก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

(Content Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (1 = ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึงไม่เคยมีพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพปอด, 2 = ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-3 รอบต่อวัน, 3 = ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 4-5 รอบต่อวัน, และ 4 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 6 รอบขึ้นไปต่อวัน) แผลผลพฤติกรรม การฟื้นฟูสภาพปอดจากคะแนนรวมเฉลี่ย ซึ่งคะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมฟื้นฟูสภาพปอดดี นอกจากนี้ ได้แบ่งระดับคะแนนเพื่อการพรรณนาเป็น 4 ระดับ (Karnasuta, 1995) ดังนี้ 1-12 คะแนน = ไม่มีพฤติกรรม การฟื้นฟูสภาพปอด 13-24 คะแนน = มีพฤติกรรมในระดับต่ำ 25-36 คะแนน = มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง และ 37-48 คะแนน = มีพฤติกรรมในระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ .90

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 08-11-2560 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ตามรหัส เอกสารรับรอง 011/2561 แล้ว ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแบบสอบถาม การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนออกจากการวิจัย สามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยเรียบร้อยแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในการวิจัย

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนธันวาคม 2561 ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผู้วิจัยติดต่อฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำตึก เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในการวิจัย จากนั้นขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยเรียงลำดับการตอบแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการปวด แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามพฤติกรรม การฟื้นฟูสภาพปอด และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอด โดยใช้เวลารวมประมาณ 30 นาทีต่อครั้งต่อคน ภายหลังได้แบบสอบถามครบผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติพรรณนา โดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด ความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดกับพฤติกรรม การฟื้นฟูสภาพปอด ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients)

#### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.3 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ร้อยละ 53.6 มีอายุเฉลี่ย 40.06 ปี (SD = 15.05) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.3 บทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 51.2 ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 56 บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือขณะอยู่โรงพยาบาล เป็นบิดา/มารดาและสามี/ภรรยา ร้อยละ 35.7 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.8 ประกอบอาชีพทำงานรับจ้าง ร้อยละ 46.4 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.9 สิทธิการรักษาครั้งนี้ ใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยทางบก ร้อยละ 46.4 รองลงมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 29.8 สาเหตุของการบาดเจ็บทรวงอกเกิดจากอุบัติเหตุทางการจราจร ร้อยละ 59.2 การวินิจฉัยมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ร้อยละ 38.9 รองลงมามีเลือดในช่อง

เยื่อหุ้มปอด ร้อยละ 28.6 ใส่สายท่อระบายทรวงอกจำนวน 1 สาย ร้อยละ 94 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.1 ได้รับการสอนฟื้นฟูสภาพปอดโดยนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 47.6 รองลงมาได้รับการสอนจากพยาบาล ร้อยละ 39.3 ระยะการใส่ท่อระบายทรวงอกอยู่ในช่วง 3-22 วัน เฉลี่ย 7.20 วัน (SD = 4.42)

คะแนนเฉลี่ยอาการปวดในระดับน้อย ( $M = 4.72$ ,  $SD = 1.67$ ) ความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ ( $M = 7.19$ ,  $SD = 4.21$ ) ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดมีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ ( $M = 11.00$ ,  $SD = 4.54$ ) และพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพปอด มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ( $M = 30.27$ ,  $SD = 7.59$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยร้อยละของอาการปวด ความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดและพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 84$ )

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	M	SD	ระดับ
อาการปวด	0-10	1-10	4.72	1.67	น้อย
ความวิตกกังวล	0-21	0-21	7.19	4.21	ต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอด	0-22	3-20	11.00	4.54	ต่ำ
พฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพปอด	12-48	15-48	30.27	7.59	ปานกลาง

ผลการศึกษาพบว่า อาการปวดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.34$ ,  $p < .01$ ) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟู

สภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.21$ ,  $p < .05$ ) ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ( $r = .06$ ,  $p > .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวด ความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดกับพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ( $n = 84$ )

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก
อาการปวด	-.34**
ความวิตกกังวล	-.21*
ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอด	.06

\*\*  $p < .05$ , \*  $p < .01$

### อภิปรายผล

อาการปวดใน 2 วันแรกของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.3 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง 35-60 ปี มีลักษณะรูปร่างที่แข็งแรง และมีความทนต่อ

ความเจ็บปวดได้มากกว่าเพศหญิง (Sawangsri, 2017) และจากพยาธิสภาพของโรคพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะลมและเลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.3 มีเพียงร้อยละ 10.7 ที่มีกระดูกซี่โครงหักร่วมด้วย จึงส่งผลให้มีคะแนนอาการปวดอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้เนื่องจาก



กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมนอนนิ่ง ๆ ไม่ค่อยมีการขยับตัวหรือลุกเดิน เพราะการทำกิจกรรมเหล่านั้นทำให้เพิ่มความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมการบริหารปอด เช่นการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ การไอ เพราะจะทำให้ท่อระบายทรวงอกมีการเสียดสีกับผิวหนังด้านนอก ทำให้ระคายเคืองเยื่อหุ้มปอด เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยมีการขยับตัวจึงทำให้ไม่ค่อยมีอาการปวด และสอดคล้องกับข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 70.2 ไม่ได้ขยับยาบรรเทาปวด

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างพักรักษาตัวในหน่วยงานศัลยกรรมทรวงอกซึ่งเป็นหอผู้ป่วยเฉพาะทางที่รับผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกจำนวนมาก ทั้งจากการผ่าตัดเปิดทรวงอกและจากอุบัติเหตุ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เห็นการฟื้นฟูของผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกคนอื่น ๆ ประกอบกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 58.3 โดยมีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดขณะอยู่โรงพยาบาล ซึ่งคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.9 ซึ่งไม่ได้มีความเร่งรีบและข้อจำกัดที่จะต้องกลับไปทำงาน ผู้ป่วยจึงไม่ค่อยมีความวิตกกังวล

ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกครั้งแรกรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่น่ากลัว ไม่เคยรับรู้ และไม่เคยพบมาก่อน ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะรับรู้ข้อมูลได้อย่างเต็มที่ ทำให้ความสามารถในการรับรู้คำแนะนำหรือคำอธิบายต่าง ๆ ลดลง (Unhasuta, 2003) แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการสอนให้ฟื้นฟูสภาพปอด โดยสหสาขาวิชาชีพไม่ว่าจะเป็น นักกายภาพบำบัด พยาบาล และแพทย์ แต่เนื้อหาในการสอนอาจมีความแตกต่างกันและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากไม่มีแนวปฏิบัติและเนื้อหาความรู้ที่ครอบคลุม ทำให้ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับไม่เพียงพอและมีความหลากหลาย ข้อมูลการสอนจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับท่าทางการบริหารต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการให้ข้อมูลในด้านการศึกษาตนเองขณะฟื้นฟูสภาพปอด ประโยชน์ของการฟื้นฟูสภาพปอด และการไออย่างมีประสิทธิภาพ และนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา

ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.8 ถึงแม้ว่าจะได้รับการสอนในเรื่องการฟื้นฟูสภาพปอด แต่การรับรู้และความเข้าใจในการฟื้นฟูสภาพปอดในระยะเวลานอนสั้น และระยะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยจึงไม่มีสมาธิที่จะเรียนรู้และจดจำสิ่งต่าง ๆ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดได้ครบถ้วน จึงทำให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดมีคะแนนในระดับต่ำ

พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยยังมีความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บและจากการได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก การเสียดสีของสายท่อระบายทรวงอกกับผิวหนังด้านนอก การระคายเคืองเยื่อหุ้มปอดขณะหายใจเข้าออกลึก ๆ (Lewis, 2000) และความเจ็บปวดจากการไอ ทำให้ผู้ป่วยไอเบา ๆ ในลักษณะการกระแอม เพราะกลัวสายหลุด กลัวปอดแตก และกลัวความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น (Prasittipath, 2008) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการไออย่างมีประสิทธิภาพในระดับต่ำหรือจะปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 ( $SD = 0.93$ ) ซึ่งพฤติกรรมการไออย่างมีประสิทธิภาพเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงไม่ค่อยปฏิบัติ และพฤติกรรมการใช้มือประคองแผลท่อระบายทรวงอกขณะไอมีค่าเฉลี่ยในระดับที่ต่ำสุดเท่ากับ 1.89 ( $SD = 1.14$ ) เนื่องจากผู้ป่วยไม่ค่อยมีพฤติกรรมการไอจึงมีพฤติกรรมการใช้มือประคองแผลท่อระบายทรวงอกขณะไออยู่ในระดับต่ำด้วย ส่วนพฤติกรรมนอนท่าศีรษะสูงเพื่อให้เลือดหรือลมไหลลงขวตรงรองรับสารเหลวได้ดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.45 ( $SD = 0.77$ ) รองลงมาคือ พฤติกรรมเตรียมความพร้อมก่อนทำการฟื้นฟูสภาพปอดโดยการดูแลสายท่อระบายทรวงอกไม่ให้ดึงรั้ง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 ( $SD = 0.86$ ) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเฉพาะบนเตียงไม่ค่อยมีการขยับตัวหรือลุกเดิน จึงเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติบ่อย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกมักนอนนิ่ง ๆ นอนท่าเดียวนาน ๆ ถึงแม้จะปวดเมื่อยและท่านอนไม่เหมาะสมก็ยอมทน (Prasittipath, 2008)

อาการปวดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก

ที่ใส่ท่อระบายทรวงอกมีอาการปวดทำให้ผู้ป่วยมักนอนเกร็ง และมีอาการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ผู้ป่วยบางรายไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายหรือไม่ปฏิบัติตามการฟื้นฟูสภาพปอด เพราะการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว การหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ หรือการไอ จะทำให้เยื่อหุ้มปอดมีการเสียดสีกับสายท่อระบายทรวงอก ทำให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมหายใจสั้น ๆ และไม่กล้าไอ โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก (Unhasuta, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า วันแรกของการใส่ท่อระบายทรวงอก ผู้ป่วยมักมีอาการปวดบริเวณบาดแผลที่ใส่ท่อระบายทรวงอก จึงไม่สามารถฟื้นฟูสภาพปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Oksue, 2012) ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งอธิบายได้ว่าอาการปวดเป็นปัจจัยด้านร่างกายซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่คือพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกมีความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เพราะผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไร้ค่า กังวลใจจากการใส่ท่อระบายทรวงอกที่ค่าใช้จ่ายสูง รู้สึกว่ากะกะทำอะไรไม่ได้ตั้งใจ ต้องคอยระมัดระวัง เพราะกลัวสายหลุด กลัวขูดแตก กลัวอากาศเข้าช่องเยื่อหุ้มปอด กลัวต้องใส่ท่อระบายทรวงอกใหม่ ทำให้ไม่สะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือฟื้นฟูสภาพปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Prasittipath, 2008) ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งอธิบายได้ว่าความวิตกกังวลเป็นปัจจัยด้านจิตใจซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่คือพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก สามารถอธิบายได้ว่า ด้วยเหตุที่ในหอผู้ป่วยมีผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกจำนวนมาก ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีระยะเวลาฟื้นฟูที่แตกต่างกัน ผู้ป่วย

บางรายอยู่ในระยะฟื้นฟูที่สามารถลุกเดินทำกิจวัตรประจำวันหรือมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดได้ดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจมีการซักถาม พูดคุย หรือสังเกตพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดและปฏิบัติตามผู้ป่วยคนอื่น ๆ โดยที่ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีความรู้ก็ได้ และข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดที่ผู้ป่วยได้รับในหน่วยงาน จะเป็นท่าทางการบริหารการหายใจเป็นส่วนใหญ่ แต่ข้อมูลในด้านการดูแลตนเองขณะฟื้นฟูสภาพปอด ประโยชน์ของการฟื้นฟูสภาพปอดและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะได้รับเฉพาะในรายที่มีปัญหาแทรกซ้อนหรือมีโอกาสดังกล่าว แทรกซ้อนเท่านั้น และเนื้อหาในการสอนฟื้นฟูสภาพปอดอาจแตกต่างกัน และไม่ไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ทำให้ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับไม่เพียงพอและมีความหลากหลาย พฤติกรรมการปฏิบัติฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยจึงปฏิบัติแค่เป็นบางครั้งถึงปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจถึงความสำคัญในการปฏิบัติที่ต่อเนื่องอย่างเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับ Health Education Division (2018) ได้กล่าวไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำถึงระดับพอใช้ ทำให้ไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ยั่งยืน ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ครอบคลุมและมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษา บุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินอาการปวดและความวิตกกังวล รวมทั้งการจัดการอาการปวดและความวิตกกังวลให้มีประสิทธิภาพในระยะเฉียบพลัน และการสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นระบบและครอบคลุมเนื้อหาการสอนฟื้นฟูสภาพปอดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดที่มีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาการใส่ท่อระบายทรวงอก ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและในหน่วยงาน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทางด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจเกี่ยวข้องกับความรู้ในการฟื้นฟูสภาพปอด

ที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดที่  
ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

### Reference

- Bloom, B. S. (1968). Learning of mastery. *Evaluation Comment, 1*(2), 29-62.
- Eren S., Esmel H., Sehitogullari A., & Durkan A. (2008). The risk factors and management of posttraumatic empyema in trauma patients. *Injury, 39*, 44-49.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, G. A., & Buchner, A. (2007). G\*Power: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.
- Health Education Division, Ministry of Public Health. (2018). *Health literacy and health behaviors*. Nonthaburi: Health Education Division. [In Thai]
- Jirawatkul, A. (2014). *Statistics in research appropriate selection*. Bangkok: Witthayaphat. [In Thai]
- Karmy-Jones, R. K., Holevar, M., Sullivan, V., Fleisig, A., & Jurkovich, G. J. (2008). Residual hemothorax after chest tube placement correlates with increased risk of empyema following traumatic injury. *Canadian Respiratory Journal, 15*(5), 255-258.
- Karnasuta, P. (1995). *Behavioral Science Research*. (2<sup>nd</sup> ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. [In Thai]
- Khlongyant, P. (2001). *Pain Experiences, Depression, and Pain Management in the Hospitalized Elderly Patients*. Mahidol University. Bangkok. (in Thai)
- Laura, D. C. (2009). Guidelines for the insertion and management of chest drains. *Doncaster and Bassetlaw Hospitals, 1*, 1-14.
- Laws, D., Neville, E., & Duffy, J. (2003). BTS guidelines for the insertion of a chest drain. *Thorax, 58*, 53-59.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science, 19*(3), 14-27.
- Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., & Dirksen, S. R. (2000). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems*. (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Mosby.
- Mohammed, H. M. (2014). Chest tube care in critically ill patient: A comprehensive review. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis, 64*, 849-855.
- Munroe, B. (2011). Assessment, monitoring and emergency nursing care in blunt chest injury: A case study. *Australasian Emergency Nursing Journal, 14*, 257-263.
- National statistical office. (2016) [Cited 18 October 2017]. Available from: [http://www.otp.go.th/uploads/tiny\\_uploads/PDF/2560-10/25601018-Safty2559.pdf](http://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2560-10/25601018-Safty2559.pdf)
- Oksue, N. (2012). Effects of Pulmonary Rehabilitation Program on Fluid Drainage and Satisfaction with Care in Patient with Intercostal Close Drainage. *Chest Disease Institute Journal, 10*(2): 19-29. [In Thai]
- Pitukung, A. (2011). The study of anxiety, stress and information required of the preoperative outpatients. *Siriraj Nursing Journal, 4*(1), 35-42. [In Thai]
- Prasittipath, T. (2008). The Experiences of Chest Drainage of Persons with Chest Trauma. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 16*(1), 51-62. [In Thai]

- Prompak, P. (2012). Effectives of Social Support Program for Lung Rehabilitation in chest Trauma Patients with Chest Tube Drainage. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 20*(2), 45-58. [In Thai]
- Ritkeaw, K. (2010). The Alteration of the Pulmonary Mechanics among Chest Injured Patient in Critical Phase: A Literature Review. *Thai Journal of Nursing Council, 25*(3), 78-87. [In Thai]
- Sawangsrri, K. (2017). Pain management in patients undergoing open heart surgery. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 28*(1), 2-15. (In Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The Methodology in Nursing Research*. (5<sup>th</sup> ed.). Bangkok: You and I Inter media. [In Thai]
- Sumonwong, W. (2017). *Nursing care for the patients with chest trauma*. (3<sup>rd</sup> ed.). Chonburi: Trio advertising and media Co. Ltd. [In Thai]
- Tung, H. H., Jan, M. S., Huaung, C. M., Shin, C. C., Chang, C. Y., & Liao, C. Y. (2011). Using the theory of planned behavior to predict the use of incentive spirometry among cardiac surgery patients in Taiwan. *Heart & Lung, 40*(5), 440-447.
- Unhasuta, K. (2003). The Effects of Patient's Participation in Nursing Care on Pulmonary Rehabilitation in Chest Injured Patients with Chest Drainage. *The Thai Journal of Nursing Council, 18*(1), 1-15. [In Thai]
- Wongrattana, C. (2001). *Statistical methods Research*. 8<sup>th</sup> ed. Bangkok: P.B. Foreign Book Centre. [In Thai]
- Zigmond, A. S., & Snith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.