

ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

เทวารัตน์ แพงคำดี พย.บ.*

ชนิชา ธนโชติชลิกุล พย.บ.*

อิสรา ศรีทอง พย.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 198 คน สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามระดับความปวดและปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ และแบบประเมินสภาวะจิตใจ และความวิตกกังวล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และหาค่าความตรงด้านเนื้อหาได้เท่ากับ 0.80 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมผู้ใหญ่ ร้อยละ 87.87 มีประสบการณ์ความปวด โดยมีความปวดระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 63.21 และความปวดระดับเล็กน้อยร้อยละ 36.78 กิจกรรมที่ทำให้มีความปวดมากที่สุด คือ ด้านหัตถการ การใส่/ถอดท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 89.40 ด้านกิจกรรมการพยาบาลการดูแลหัตถการ ร้อยละ 88.90 และปัจจัยที่มีผลต่อความปวดโดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวด คือ ปัจจัยส่วนบุคคล โดยผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.20, p = 0.005$) ปัจจัยสภาวะการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง คือ การใส่/ถอดสาย NG tube ($r = 0.46, p = 0.001$) ปัจจัยกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับการรักษาที่ MICU มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางคือ การอาบอาบน้ำนึ่งเตียง ($r = 0.44, p = 0.001$) และการเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัว ($r = 0.43, p = 0.001$) ส่วนปัจจัยความรู้สึกและสภาวะจิตใจสำหรับผู้ป่วยวิกฤตไม่มีความสัมพันธ์กับความปวด

คำสำคัญ: ความปวด ผู้ป่วยวิกฤต กิจกรรมการพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

รับบทความ: 15 มีนาคม 2567 แก้ไขบทความ: 3 เมษายน 2567 รับผิดชอบบทความ: 23 เมษายน 2567

Factors Affecting to Pain in Adult Patient with Critical Care Illness in Medical Intensive Care Unit, Sakon Nakhon Hospital

Tewarat Pangkumdee B.N.S.*

Chanicha Thanachotchaleekun B.N.S.*

Isara Srithong B.N.S.**

Abstract

This research was the descriptive study aimed to investigate the factors affecting pain in adult critical patients. The sample group consisted of 198 patients admitted to medical intensive care unit (MICU), Sakon Nakhon hospital, selected through purposive sampling. The research instruments were the questionnaires for general information, pain level and factors affecting pain in adult critical patients, as well as the assessments of mental state and anxiety. The content validity was assessed by five experts, with content validity index of 0.80 and 0.96, respectively. Data analysis employed statistics included frequency, percentage, mean and standard deviation. The factors affecting pain were analyzed using Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that 87.87% of patients experienced pain, mostly 63.21% had the moderate pain level and 36.78% had mild pain level. The activities caused the most pain were the procedures such as intubation or extubating (89.40%) and suctioning (88.90%). The factors affecting pain that correlated positively with pain including personal factors, comorbidities showed low correlation with pain ($r = 0.20$, $p = 0.005$), while the illness severity factors, insertion or removal of NG tubes showed moderate correlations with pain ($r = 0.46$, $p = 0.001$). The nursing activities factors during MICU admission that showed positively moderate correlations with pain were bed bathing ($r = 0.44$, $p = 0.001$) and repositioning ($r = 0.43$, $p = 0.001$). However, the factors in emotional and mental states of critical patients did not show correlation with pain.

Keywords: Pain, Critical patients, Nursing activities

* Registered Nurse (Professional Level), Medical Intensive Care Unit, Sakon Nakhon Hospital

** Registered Nurse (Senior Professional Level), Head of Medical Intensive Care Unit, Sakon Nakhon Hospital

บทนำ

การเจ็บป่วยระยะวิกฤตเป็นความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต เป็นปัญหาที่ต้องการความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การได้รับการผ่าตัด หรือกิจกรรมการรักษารักษาอื่นๆ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิต และการทำกิจกรรมการพยาบาล เป็นต้น ความปวดของผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 100 มีความปวดหรืออาการปวดเกิดขึ้นในระดับปานกลางถึงขั้นมีอาการปวดรุนแรงในช่วง 72 ชั่วโมงแรก ทั้งนี้อาจเกิดจากประสบการณ์การทนต่อความปวดของแต่ละบุคคล และความกังวลของแต่ละบุคคลที่มีอยู่ก่อนแล้ว¹ ซึ่งความปวดที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เช่น การเห็นภาพหลอน ภาพลวงตา หลงผิด เพ้อ และการมีประสาทสัมผัสที่ผิดปกติ เป็นต้น² ดังนั้นการจัดการต่อความปวดจึงจำเป็นต้องมีการค้นหาปัจจัยต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้น พยาบาลจึงต้องมีเครื่องมือในการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อค้นหาปัจจัย/สาเหตุต่อความปวดของผู้ป่วยวิกฤต และเป็นการประเมินถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อความปวด รวมทั้งระดับความปวดของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการจัดการที่ดีและเหมาะสมต่ออาการปวดของผู้ป่วย³

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ซ้ำซ้อนและคุกคามต่อชีวิต ให้บริการผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สถิติผู้ป่วยปี พ.ศ. 2562–2564 เท่ากับ 472 ราย 493 ราย และ 426 ราย ตามลำดับ⁴ โดยเป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 80 และผู้ป่วยทำหัตถการ ร้อยละ 90 ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวส่งผลต่อความเจ็บปวด จากการสังเกตขณะปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงเจ็บปวดขณะทำกิจกรรม และได้สอบถามผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยบอกว่า “เจ็บหลายตอนใส่ท่อช่วยหายใจ” “เจ็บตอนดูดเสมหะ” “มันทรมานตอนพลิกตะแคงตัว” อีกทั้งได้มีการสอบถามสิ่งที่ทำให้ปวดในผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) หอผู้ป่วยหนักระบบทางเดินหายใจ (RICU) หอผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท (NSICU) หอผู้ป่วยวิกฤต

โรคหัวใจ (CICU) หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ (ICUCVT) จำนวน 30 ราย พบว่า เกิดจากการดูดเสมหะร้อยละ 80 การใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 60 การใส่ท่อระบายทรวงออกร้อยละ 50 การทำแผลร้อยละ 40 การทำกิจกรรมทางการพยาบาล ร้อยละ 30 ในผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการสื่อสารไม่สามารถบอกความเจ็บปวดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับภาวะเจ็บปวดที่ไม่ได้รับการแก้ไข และความปวดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูงมากกว่าปกติ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น หายใจหอบ กล้ามเนื้อและหลอดเลือดแดงหดเกร็ง เป็นต้น ทำให้ต่อผู้ป่วยต้องรักษาในหอผู้ป่วยหนักนาน และสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยพบว่า ความปวดจากการหัตถการพบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต โดยมีความรุนแรงของความปวดในระดับปานกลางถึงมาก⁵ ความปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤต สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการทำหัตถการทั้งการแพทย์และการพยาบาล ระดับความปวดจากการทำหัตถการเพื่อการรักษาและหัตถการทางการพยาบาล ได้แก่ การทำแผล การถอดสายระบายจากแผล การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า การถอดสายสวนหลอดเลือดที่ขาหนีบ และการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ⁶ ดังนั้นการจัดการทางการพยาบาล จึงมีความจำเป็นต้องทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวด และระดับความปวดเพื่อบรรเทาและวางแผนจัดการความปวดที่เหมาะสม อีกทั้งยังพบว่าที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยทั่วไป แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่ออาการปวดในวิกฤตผู้ใหญ่ เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความปวดและจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มระดับคุณภาพการบริการ และพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU)

โรงพยาบาลสกลนคร

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม
หัตถการ ความรุนแรงของผู้ป่วยแรกรับ กิจกรรมการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

1. เพศ
2. อายุ
3. โรคร่วม
5. หัตถการ
4. ความรุนแรงของผู้ป่วยแรกรับ
5. กิจกรรมการพยาบาล
6. ความรู้สึกและสภาวะจิตใจสำหรับผู้ป่วยวิกฤต

ระดับความปวดผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565 ถึงเดือนสิงหาคม 2566 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 198 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบบเจาะจงผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ได้เข้ารับการรักษาในห้วงเวลาดังกล่าว โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ เป็นผู้ป่วย 1) ผู้ป่วยเพศชายหรือหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score: GCS) < 8 คะแนน 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดทุกชนิดมาก่อนที่จะเก็บข้อมูล และเกณฑ์ยุติการถอนตัวจากการศึกษา (Discontinuation) คือ ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการต่อหลังจากเข้าร่วมโครงการมาระยะหนึ่ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนประชากรขนาดเล็ก⁷ โดยแทนค่าสูตรของขนาดประชากร คือ จำนวนผู้ป่วยในหอผู้ป่วย MICU ในปีที่ผ่านมา ปี 2564 เท่ากับ 426 ราย และอ้างอิงค่าอัตราความชุกจากการศึกษาอัตราการเกิดความปวดในผู้ป่วยของอดโตและคณะ⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีความปวดร้อยละ 28

พยาบาล และความรู้สึกสภาวะจิตใจ มีความสัมพันธ์กับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลสกลนคร

ดังนั้นจึงกำหนดให้ค่า $p = 0.28$ และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 0.05 คำนวณขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 179.60 ราย อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามที่กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ดังนั้นเพื่อลดอัตราการสูญเสียของข้อมูลที่ได้กลับคืนมา จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ขนาดตัวอย่างจึงรวมเป็น 198 ราย

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยเลขที่ SKNH REC No.015/2564 ลงวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาที่จะเข้าร่วมในการวิจัยตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ ไม่มีผลเสียใดๆ และข้อมูลในการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัจจัยด้านสภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรคหลัก โรคร่วม หัตถการ กิจกรรมการพยาบาล ลักษณะของแผล หัตถการที่ได้รับ กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ และระยะ

เวลาที่นอนในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรุนแรงการปวด โดยประเมินระดับความปวดมากที่สุดที่ผู้ป่วยเผชิญขณะนอนในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale : NRS)⁹ การแปลผลคะแนนจาก 0–10 ตามเกณฑ์การแบ่งระดับของเซอร์ลิน และคณะ¹⁰ มาใช้ในการกำหนดและแปลความหมายโดยสเกลของระดับความปวดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ มีค่าคะแนนระหว่าง 0–3 คะแนน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนระหว่าง 4–6 คะแนน และระดับสูง มีค่าคะแนนระหว่าง 7–10 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสภาวะจิตใจและความวิตกกังวล ประยุกต์จากแบบสอบถาม Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT Tool) ของ Department of Mental Health. Resilience quotient assessment¹¹

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย วิทยาลัยแพทย์ 1 คน แพทย์เวชบำบัดวิกฤต 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (เชี่ยวชาญด้านความปวด) 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 คน จากนั้นคำนวณค่า Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.8 การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์ ปรับปรุงให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ ตรวจสอบความสอดคล้องภายในของข้อคำถามส่วนที่ 2–3 ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 และ 0.96 ตามลำดับ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. นำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสกลนคร

2. หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยจัดประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามมีการทดลองใช้เครื่องมือจริงจนเข้าใจอย่างถ่องแท้

3. ผู้ร่วมวิจัยจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร ที่รับผิดชอบการเก็บข้อมูล ซึ่งต้องไม่ใช่เจ้าของไข้ในการดูแลผู้ป่วยคนนั้นๆ เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย โรคหลัก โรคร่วม ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจากการใช้แบบประเมิน จำนวนวันนอน หัตถการอื่นๆ ที่ได้รับการจัดการการพยาบาลอาจส่งผลทำให้ปวด เช่น การดูดเสมหะ การเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระดับความรุนแรงของความปวด ระยะเวลาที่นอนในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม การเลือกวิธีหรือได้รับการจัดการความปวดที่เกิดขึ้น ประสิทธิภาพเกี่ยวกับความปวด และสภาวะจิตใจ และความวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ และร้อยละ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะการเจ็บป่วย ปัจจัยความรู้สึกละและสภาวะจิตใจ สำหรับผู้ป่วยวิกฤต กับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.10 มีอายุดำสุดที่ 18 ปี อายุสูงสุดที่ 93 ปี และมีอายุเฉลี่ยที่ 60.75 ปี (S.D. = 14.34) อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 38.90 มีสถานภาพมีคู่/สมรส ร้อยละ 57.10 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.10 มีรายได้เฉลี่ยที่ 3,836.59 บาท โรคหลักที่พบมากที่สุด คือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นผู้มีโรคร่วมซึ่งเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.20 และ 14.10 ตามลำดับ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 9.60

ตามลำดับ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม เฉลี่ย 4.92 วัน (S.D. = 3.48)

2. ระดับความปวดผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนครพบว่า สิ่งส่งเสริมทำให้เกิดความปวดจากหัตถการที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษา อันดับที่ 1 การแทงน้ำเกลือ ร้อยละ 97.00 อันดับ

2 การใส่/ถอดท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 89.40 อันดับที่ 3 การใส่/ถอดสาย NG tube ร้อยละ 79.80 อันดับที่ 4 การใส่/ถอดสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 77.30 และอันดับที่ 5 การใส่/ถอดสายระบายต่าง ๆ ร้อยละ 18.20 เมื่อแยกตามระดับคะแนนความปวดจากหัตถการ พบว่า ส่วนใหญ่มีความปวดจากหัตถการ 5 คะแนน มากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ด้านปัจจัยระดับคะแนนความปวดจากหัตถการที่ได้รับขณะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

ระดับคะแนนความปวด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใส่/ถอดท่อช่วยหายใจ		
– ไม่ปวด	1	0.50
– 3 คะแนน	30	15.20
– 4 คะแนน	49	24.70
– 5 คะแนน	56	28.30
– 6 คะแนน	36	18.20
– 7 คะแนน	4	2.00
– 8 คะแนน	1	0.50
รวม	177	89.40
การใส่/ถอดสายสวนหลอดเลือดแดง/ดำใหญ่		
– ไม่ปวด	5	2.50
– 3 คะแนน	13	6.60
– 4 คะแนน	11	5.60
– 5 คะแนน	1	0.50
รวม	30	15.20
การใส่/ถอดสายระบายต่าง ๆ		
– ไม่ปวด	24	12.10
– 3 คะแนน	6	3.00
– 4 คะแนน	3	1.50
– 5 คะแนน	3	1.50
รวม	36	18.20

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ด้านปัจจัยระดับคะแนนความปวดจากหัตถการที่ได้รับขณะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร (ต่อ)

ระดับคะแนนความปวด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใส่/ถอดสายสวนปัสสาวะ		
– ไม่ปวด	21	10.60
– 1 คะแนน	5	2.50
– 2 คะแนน	33	16.70
– 3 คะแนน	55	27.80
– 4 คะแนน	35	17.70
– 5 คะแนน	9	4.50
รวม	153	77.30
การแทงน้ำเกลือ		
– ไม่ปวด	5	2.50
– 1 คะแนน	16	8.10
– 2 คะแนน	48	24.20
– 3 คะแนน	54	27.30
– 4 คะแนน	50	25.30
– 5 คะแนน	17	8.60
– 6 คะแนน	1	0.50
– 7 คะแนน	1	0.50
รวม	192	97.00
การใส่/ถอดสาย NG tube		
– ไม่ปวด	14	7.10
– 1 คะแนน	14	7.1
– 2 คะแนน	45	22.7
– 3 คะแนน	66	33.3
– 4 คะแนน	17	8.6
– 5 คะแนน	2	1.0
รวม	158	79.80

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.20$, $p = 0.005$) กับความปวด ปัจจัยสภาวะการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความปวด คือ การใส่/ถอดสาย NG tube

($r = 0.46$, $p = 0.001$) กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่ MICU มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความปวด ได้แก่ การอาบน้ำบนเตียง ($r = 0.44$, $p = 0.001$) และการเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัว ($r = 0.43$, $p = 0.001$) ส่วนปัจจัยความรู้สึกละแวกจิตใจสำหรับผู้ป่วยวิกฤต ไม่มีความสัมพันธ์กับความปวด

ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสภาวะการเจ็บป่วย และปัจจัยความรู้สึกและสภาวะจิตใจกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

ปัจจัย	คะแนนความปวด	
	r	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
- เพศ	-0.01	0.870
- อายุ	0.07	0.336
- โรคร่วม	0.20	0.005*
ปัจจัยสภาวะการเจ็บป่วย		
- ระดับความรุนแรงในครั้งแรกที่รับเข้ารักษาใน ICU	0.27	0.001*
- เหตุการณ์ที่ท่านได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่ ICU		
การใส่/ถอดท่อช่วยหายใจ	0.32	0.001*
การใส่ /ถอดสายสวนหลอดเลือดแดง/ดำใหญ่	0.27	0.001*
การใส่/ถอดสายระบายต่าง ๆ	0.16	0.026*
การใส่/ถอดสายสวนปัสสาวะ	0.36	0.001*
การแทงน้ำเกลือ	0.14	0.052
การใส่/ถอดสาย NG tube	0.46	0.001*
- กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่ ICU		
การดูดเสมหะ	0.30	0.001*
การทำแผล	0.37	0.001*
การฉีดยา	0.18	0.010*
การอาบน้ำบนเตียง	0.44	0.001*
การเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัว	0.43	0.001*
การเจาะเลือด	0.06	0.438
การสอนหายใจลึกและไอ	0.17	0.014*
การทำกายภาพ	0.20	0.006*
ปัจจัยความรู้สึกและสภาวะจิตใจสำหรับผู้ป่วยวิกฤต	0.10	0.206

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

วิจารณ์และสรุป

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาอภิปรายผลงานวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนคร โดยมีระดับคะแนนความปวดจากเหตุการณ์ที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่

MICU ในรูปแบบของการใส่/ถอดท่อช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 89.40 สอดคล้องกับงานวิจัย¹² พบว่า การไม่สุขสบาย คือ การมีเสมหะในท่อทางเดินหายใจร่วมกับการได้รับการดูดเสมหะ การดูดเสมหะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรำคาญ และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับการดูดเสมหะที่รุนแรง เพราะการดูดเสมหะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความระคาย

เคื่องทางเดินหายใจ กิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เกิดความปวดมากที่สุด คือ ด้านการดูแลเสมหะพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลขณะที่เข้ารับการรักษาที่ ICU ในรูปแบบของการดูแลเสมหะ คิดเป็นร้อยละ 88.90 มีระดับคะแนนความปวด 5 คะแนน มากที่สุด ความปวดจากการหัดการพบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤต โดยพบว่า มีความรุนแรงของความปวดในระดับปานกลางถึงมาก เช่น ระดับความปวดจากการทำหัดการเพื่อการรักษาและหัดการทางการพยาบาล 6 ประเภท¹³ ได้แก่ การทำแผล การถอดสายระบายจากแผล การดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า การถอดสายสวนหลอดเลือดที่ขาหนีบ และการใส่สายสวนหลอดเลือดดำในหลอดเลือดดำในผู้ป่วยมีระดับความปวดสูงสุด ซึ่งมีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.93 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน รองลงมาคือ การถอดสายระบายออกจากแผล การทำแผล และการดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ เช่นเดียวกับบางการศึกษา¹⁴ พบว่า การถอดสายระบายออกจากแผลทำให้ผู้ป่วยมีความปวดสูงสุดระดับ คะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 6.50 รองลงมาได้แก่ การไอและการหายใจลึก การดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ และการพลิกตะแคงตัว

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปวด โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ การใส่/ถอดสาย NG tube การเปลี่ยนท่า/พลิกตะแคงตัว การอาบนํ้าบนเตียง การดูแลเสมหะการใส่/ถอดท่อช่วยหายใจ การใส่/ถอดสายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ การใส่/ถอดสายสวนปัสสาวะ ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ใน โรงพยาบาลสกลนครนั้น คือ ด้านหัดการที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่ MICU และด้านกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับขณะที่เข้ารับการรักษาที่ MICU เป็นหลัก และมีปัจจัยร่วมที่มีผลต่อความปวดในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่หรือผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลสกลนครอีก 2 ประการ คือ โรคร่วม และระดับความรุนแรงในครั้งแรกที่รับเข้ารักษาใน MICU ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่พบว่า ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเกิดขึ้นได้ทั้งจากการทำหัดการ การให้การดูแลรักษา และในขณะที่นอนบนเตียง ได้แก่ การทำหัดการเพื่อการบำบัดรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การผ่าตัด การใส่สายเพื่อวัดความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดงอย่างต่อเนื่อง การใส่

สายให้อาหารการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น ซึ่งเป็นความปวดจากการทำลายของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะภายในโดยตรง เกิดความตึงเครียดไฟฟ้ากระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวด ส่งสัญญาณประสาทเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางและแปลผลสิ่งที่กระตุ้น ความรู้สึกอารมณ์และตอบสนองต่อความปวดนั้น รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูแลเสมหะ การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น การดูแลเสมหะก่อให้เกิดความปวดให้ผู้ป่วยระดับปานกลางถึงมากโดยเฉพาะในรายที่มีการผ่าตัดบริเวณทรวงอกจะทำให้เกิดความปวดที่รุนแรงมากขึ้น การพลิกตะแคงตัวในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยมีความปวดระดับน้อยถึงปานกลางจากการ ศึกษาพบว่า ความปวดที่เกิดจากการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยวิกฤตยังคงอยู่ในความทรงจำของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลไปถึง 6 เดือน ความปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤต สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการทำหัดการทั้งการแพทย์และการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินชีวิตและการให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนความปวดส่งผลกระทบต่อในด้านร่างกาย¹⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) เพื่อนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ที่มีอาการปวด โดยให้การดูแลเพื่อลดหรือป้องกันความทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

2) เพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมการบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ หรือผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เพื่อบรรเทาอาการปวด และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์

3) ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมและพัฒนาทักษะ โดยจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการความปวด ให้แก่พยาบาลทุกระดับ เช่น หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้ปฏิบัติการ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรทำการศึกษาประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบการจัดการความ

ปวดในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้มากที่สุด

2) ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตเพื่อดูความต่อเนื่องของการปฏิบัติในระยะยาว และควรมีการฝึกอบรมบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ตามรูปแบบอย่างต่อเนื่อง มีการทบทวน และติดตามหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติ

และคู่มือการจัดการความปวดให้เหมาะสมกับหน่วยงานทุกปี

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการพัฒนางานวิจัย โรงพยาบาลสกลนครและคณะกรรมการพัฒนางานวิชาการ โรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถกร รักษาสัตย์. Training of the Trainers in Palliative Care. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
2. กาวดี วิมลพันธุ์, และพรทิศา คำวรรณ. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อระดับอาการปวดที่มีสาเหตุจากมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร [รายงานวิจัย]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง; 2554.
3. วรางคณา อัครีเวียง. การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต : บทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาล. ว. การพยาบาลและการศึกษา 2558;8(2):1-17.
4. งานสถิติโรงพยาบาลสกลนคร. สถิติผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2563.
5. Gilder E, Parke R, Jull A. The endotracheal tube and endotracheal suction: An exploration of adult cardiac surgical intensive care patients' experience [Internet]. 2016 [cited 2022 June 20]. Available from [https://www.anzctr.org.au/AnzctrAttachments/371387 Qualitative%20proposal_EG_Final%20\(2\).pdf](https://www.anzctr.org.au/AnzctrAttachments/371387%20Qualitative%20proposal_EG_Final%20(2).pdf)
6. Lewis SL, Heitkemper M M, Dirksen SR, O'Brien PG, Bucher L. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. 10th ed. Missouri: Westline Industrial; 2017.
7. นิคม ถนอมเสียง. การคำนวณขนาดตัวอย่าง [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf 7
8. Otto M, Bak S, Bach FW, Jensen TS, & Sindrup SH. Pain phenomena and possible mechanisms in patients with painful polyneuropathy. Pain 2003;101(1-2):187-192.
9. Richards-Belle A, et al. Intensive Care Psychological Assessment Tool (IPAT) @ University College London Hospitals NHS Foundation Trust. 2018.
10. Serlin VR, Mendosa TR, Nakamura Y, Edwards K & Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe?: Grading pain severity by its interference with function. Pain 1995;61:277-284.
11. Department of Mental Health. Resilience quotient assessment. Bangkok: Department of Health Service Support, Ministry of Health; 2007. (in Thai)
12. Bergbom-Engberg I, & Haljamae H. Assessment of patients experience of discomforts during respirator therapy. Crit Care Med 1989;17(10):1068-1072.
13. Milgrom LB, Brooks J A, Qi R., Bunnell K. Wuestefeld S, & Beckman D. Pain levels experienced

with activities after cardiac surgery. *Am J Crit Care* 2004;13(2):116–125.

14. Siffleet J, Young J, Nikolett S, & Shaw T. Patients' self-report of procedure pain in the intensive care unit. *J Clin Nurs* 2007;16(11):2142–2147.
15. จรวยพร ใจสิทธิ์, วิลัยพร นุชสุธรรม และเบญจมาศ ถาดแสง. การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต. ว. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ 2563;26(2):104–115.