

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการ ลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลในผู้ป่วยแผลไหม้*

ชิตชนก มยุรภักดิ์, พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่) **

อรพรรณ โตสิงห์ พย.ด.***

สุพร ดนัยคุชฎีกุล พย.ด.***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลสำหรับผู้ป่วยแผลไหม้ตามแนวคิดการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวา ขั้นตอนการพัฒนาประกอบด้วย การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จากองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องและการสังเกตผู้ป่วยในสถานการณ์จริง การกำหนดคำสำคัญเพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล OVID, CINAHL, MEDLINE, SCIEDIRECT, PUBMED, BLACKWELL, www.burncarerehab.com และสืบค้นด้วยมือ ได้งานวิจัยจำนวน 13 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ประเด็นหลักสำหรับการบำบัดความเจ็บปวด 3 ประเด็น คือ วิธีการบำบัดความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการบำบัดความเจ็บปวด และการประเมินความเจ็บปวดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวด

ผู้ศึกษาได้นำประเด็นต่างๆ ที่สกัดได้จากงานวิจัยไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวด และคู่มือการบำบัดความเจ็บปวดสำหรับผู้ป่วยแผลไหม้ระหว่างการทำแผล หาความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้จำนวน 3 ราย ในหอผู้ป่วยแผลไหม้ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติเพื่อลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยที่พยาบาลควรมีทางเลือกในการบำบัดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยตามความต้องการอย่างเหมาะสม

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติด้วยการทำวิจัยทางคลินิก และเพื่อให้แนวปฏิบัติการพยาบาลเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน และควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลสู่หน่วยงานและเครือข่ายพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแผลไหม้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยแผลไหม้ ความปวด การทำแผล แนวปฏิบัติ

* สารนิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บปวดเป็นปัญหาสำคัญที่หลีกเลี่ยงไม่ได้สำหรับผู้ป่วยแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sutherland, 1996) ลักษณะของความเจ็บปวดจากแผลไหม้เป็นความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันที่มีความเกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อ และเป็นความเจ็บปวดในระดับรุนแรงที่สุดในบรรดาความเจ็บปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บ (Perry, 1984 ; Gilboa et al., 1994 ; Ashburn, 1995 cite in Punttillo et al., 2003) ปรากฏการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วยแผลไหม้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 5 นาทีหลังการบาดเจ็บ และเมื่อเกิดขึ้นแล้วความเจ็บปวดจะยังคงอยู่อย่างต่อเนื่องอีกเป็นเวลาหลายเดือน จากการสำรวจของ Washington State Health Care Authority (1997) พบว่าผู้ป่วยแผลไหม้ร้อยละ 50 ทุกรายได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ในจำนวนนี้ร้อยละ 35 กล่าวว่าประสบการณ์ความเจ็บปวดในภาพรวมอยู่ในระดับรุนแรง ความลึกของแผลเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกระดับความเจ็บปวด และยังขนาดแผลลึกมากเท่าใด จะยังมีผลก่อให้เกิดความเจ็บปวดเรื้อรังมากขึ้นเท่านั้น (Washington State Health Care Authority, 1997 cite in Punttillo et al., 2003) สาเหตุของความเจ็บปวดเกิดจากบาดแผลโดยตรง และเกิดจากกิจกรรมการรักษา ได้แก่ การทำแผล หรือการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อยึดติด (Ashburn, 1995) จากการศึกษานี้ของฟิลด์และคณะ (Field et al., 1998) พบว่า ผู้ป่วยแผลไหม้ มีความรู้สึกว่า ความเจ็บปวดที่เกิดจากการรักษา มีความรุนแรงมากกว่าความเจ็บปวดที่เกิดจากบาดแผลไหม้โดยตรง โดยเฉพาะความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นระหว่างการทำแผลที่แม้จะเกิดในช่วงเวลาสั้น ๆ แต่มีความรุนแรงมาก (Sutherland, 1996; Field et al., 1998; Ferguson, 2004) การทำแผลเป็นกิจกรรมการรักษาที่สำคัญ

ในช่วงเฉียบพลัน (acute phase) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการหายของแผล (จุไรพร โสภจรรย์, 2536) โดยทั่วไป ผู้ป่วยแผลไหม้จะได้รับการทำแผลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการราดน้ำลงบนแผล การลอกแผล การทำความสะอาดแผล การตัดเนื้อเยื่อที่ตายออก การใส่ยาทาหรือพอกแผล หรือใช้วัสดุสังเคราะห์ปิดแผล การปกคลุมและการพันแผล จะเห็นได้ว่าทุก ๆ ขั้นตอนของการทำแผลเป็นการกระตุ้นซ้ำ ๆ ต่อตัวรับความเจ็บปวดที่ปลายประสาทอิสระบริเวณบาดแผลนั้น ๆ ซึ่งมีความไวต่อการกระตุ้นและต่อความเจ็บปวดอยู่เดิมแล้ว เมื่อได้รับการกระตุ้นซ้ำอีก ย่อมทำให้มีการทำลายของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทมากขึ้น ความรู้สึกเจ็บปวดจึงเพิ่มมากขึ้นจากเดิมที่รุนแรงอยู่แล้ว (อนงค์ ประสานวนกิจ, 2544) ผู้ป่วยเกือบทุกรายจึงกล่าวเป็นเสียงเดียวกันว่า ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการทำแผล อยู่ในระดับรุนแรงมากจนถึงทุกข์ทรมาน (Sutherland, 1996 ; อนงค์ ประสานวนกิจ, 2544) แม้ยาบรรเทาปวดก็ไม่สามารถจะช่วยบรรเทาได้

ประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ๆ และสะสมมากขึ้นทุกวัน จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งเป็นอารมณ์ที่มีความเกี่ยวข้อง กับความรู้สึกเชิงลบ และมีการคาดการณ์ในสิ่งที่อาจคุกคาม ความวิตกกังวลที่สูงขึ้นจะทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ชีตเริ่มความเจ็บปวด (pain threshold) และความอดทนต่อความเจ็บปวด (pain tolerance) ลดลง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ และแสดงออกต่อความเจ็บปวดเพิ่มสูงขึ้น (West et al., 1978 cite in Ashburn, 1995; แสงหล้า พลนอก, 2542; Rhudy & Meagher, 2000; Ferguson, 2004) ความเจ็บปวดที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวที่จะต้องเผชิญกับความเจ็บปวด (พรรณณี ชัยโพธิ์ศรี, 2538) และต้องการหนีจากความเจ็บปวดนั้น ๆ (Rhudy & Meagher, 2000)

ความรู้สึกดังกล่าวก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ส่งผลให้การรับรู้ และแสดงออกต่อความเจ็บปวดสูงขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการบรรเทาที่ถูกต้องเหมาะสม ผลที่ตามมาจะเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพราะความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตลอดเวลาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ ความอยากอาหารลดลง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ร่างกายขาดสารอาหาร และพลังงานที่จะนำไปใช้ในกระบวนการหายของแผล (แสงหล้า พลนอก, 2542) ทำให้แผลหายช้าลง ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึมเศร้า และยิ่งเมื่อผู้ป่วยเกิดความเศร้าอย่างเรื้อรัง จะมีผลให้เกิดความเจ็บปวดในระยะพักได้มากขึ้น (Moss, Everett, & Patterson, 1993) หากเหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นต่อไปเรื่อย ๆ นอกจากผลลัพธ์ทางพยาธิสภาพที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อทีมสุขภาพก็จะลดลง นำไปสู่การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดความไม่ร่วมมือและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่า การจัดการความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม มีผลเพิ่มจำนวนความพิการและความตายในผู้ป่วยแผลไหม้ (Latarjet & Choinere, 1995)

แม้ปัจจุบันความเจ็บปวดและการจัดการกับความเจ็บปวดจะได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง แต่การจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้ยังทำได้ไม่ครอบคลุม สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากแพทย์และพยาบาลมีความเห็นว่า ความเจ็บปวดในช่วงของการทำแผลเป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยทุกรายและเป็นสภาวะการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผลการวิจัยในอดีตหลายเรื่อง แสดงให้เห็นว่า พยาบาลประเมินความเจ็บปวดได้ไม่สอดคล้องกับที่ผู้ป่วยประเมิน และคิดเสมอว่าหลังได้รับยาบรรเทาปวด ผู้ป่วยจะต้องทุเลาจากอาการ

ปวดในระดับที่พึงพอใจ ส่วนใหญ่จึงไม่มีการประเมินความเจ็บปวด ภายหลังให้ยาบรรเทาปวด (Everett et al., 1994 ; Ashburn, 1995 ; Geisser, Bingham, & Robinson, 1995; Ulmer, 1998) จะเห็นได้ว่า ที่ผ่านมาการจัดการความเจ็บปวดของบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง กระทำได้ไม่มีประสิทธิภาพ

การบรรเทาความเจ็บปวด ถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบของทีมสุขภาพ และเป็นภารกิจหลักประการหนึ่งของพยาบาล ในการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องบูรณาการความรู้เชิงประจักษ์ที่เป็นศาสตร์ของการพยาบาล และความรู้เชิงสุนทรียศาสตร์ซึ่งเป็นศิลปะทางการพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในกระบวนการบำบัดอย่างกลมกลืน ในกระบวนการบำบัดความเจ็บปวด พยาบาลต้องศึกษาค้นคว้าความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด รวบรวมข้อมูลที่เป็นประโยชน์และนำวิธีการบำบัดต่าง ๆ มาใช้ในการบำบัดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย ผสมผสานกับความรู้สึกและความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ความเจ็บปวดของผู้ป่วย พยาบาลต้องมีความใส่ใจและไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เพราะการรับรู้ถึงความเจ็บปวดในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ ลักษณะทางสังคม ครอบครัว บุคลิกภาพส่วนบุคคล และประสบการณ์ที่ผ่านมา (Ashburn, 1995) หน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งของพยาบาลคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ดังนั้นความสามารถของผู้ป่วยและความต้องการของผู้ป่วยในการเลือกวิธีบรรเทาความเจ็บปวดเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณา เพราะความสามารถที่ลดลง อาจมีสาเหตุจากความเจ็บปวดที่รุนแรง ภาวะอ่อนล้า ภาวะซึมเศร้า หรือภาวะไม่รู้สึกรู้ส หรือในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง เคยประสบความล้มเหลวใน

การบรรเทาความเจ็บปวด ความต้องการที่จะเลือกวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดอาจจะลดลงได้ จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องให้ความช่วยเหลือแนะนำร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (Watt - Watson et al., 2000)

ในปัจจุบัน การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลในผู้ป่วยแผลไหม้ยังไม่มีรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแผลไหม้มีการปฏิบัติตามประสบการณ์ที่ผ่านมาหรือปฏิบัติตามแนวทางที่เรียนรู้จากพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ต้องมีการประกันคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลไม่สามารถใช้เพียงประสบการณ์ หรือความรู้เชิงพาริสิสรีวิทยาหรือกระบวนการตัดสินใจทางคลินิกเท่านั้น เพราะความรู้ดังกล่าวไม่สามารถยืนยันความถูกต้องในเชิงวิทยาศาสตร์ได้ แต่พยาบาลจะต้องใช้ข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งข้อมูลที่เกิดขึ้นจริงในปรากฏการณ์ทางคลินิก ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยที่มีคุณภาพ ร่วมกับการคิดเห็นจากผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ การปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว เรียกว่า การปฏิบัติบนพื้นฐานของหลักฐาน (Evidence-Based Practice) (อรพรรณ โตสิงห์, 2547) สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2544 มาตรฐานที่ 3 ซึ่งกำหนดลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องที่ทันสมัย โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการทบทวนประเมินกระบวนการดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ มีการนำความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างต่อเนื่อง (ราชกิจจานุเบกษา, 2544)

จากปัญหาและผลกระทบบ้างกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้

เห็นความสำคัญของการจัดการความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นระหว่างการทำแผล มีความต้องการที่จะพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากการบูรณาการหลักฐานที่ดีที่สุด ร่วมกับการคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและความชื่นชอบของผู้รับบริการ โดยมุ่งหวังผลลัพธ์สุดท้ายคือ ผู้ป่วยได้รับการบำบัดความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความพึงพอใจในการบริการพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลในผู้ป่วยแผลไหม้

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

โครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลในผู้ป่วยแผลไหม้ ได้ดำเนินการโดยประยุกต์กระบวนการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวา (IOWA Model of evidence-based practice to promote quality care, 2001) (Titler et al., 2001) การพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

1. เลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ในการเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษารั้ นี้ ผู้ศึกษามีการวิเคราะห์ปัญหาจาก 3 แหล่งข้อมูล คือ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ร่วมกับการสังเกตปรากฏการณ์ทางคลินิกของผู้ป่วยแผลไหม้ ในสถานการณ์จริง จาก 2 แหล่งข้อมูลนี้ถือเป็นการระบุประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติงาน (problem focused) และแหล่งข้อมูลสุดท้าย ผู้ศึกษาได้จากการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแผลไหม้ ซึ่งเป็นการพิจารณาปัญหาจากการ

ทบทวนองค์ความรู้ (knowledge focused) จากการวิเคราะห์ข้างต้นทำให้สามารถสรุปได้ว่าปัญหาความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลเกิดจาก 3 สาเหตุหลักคือ จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บหรือปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยแผลไหม้เอง จากกระบวนการทำแผล และจากปัจจัยหรือสิ่งเร้าที่มาจากสภาพแวดล้อม

2. สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เมื่อสามารถสรุปสาเหตุของปัญหาความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลในผู้ป่วยแผลไหม้ ผู้ศึกษาทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเดี่ยวที่ตีพิมพ์เผยแพร่ และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากกระบวนฐานข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ OVID, CINAHL, PUBMED, Sciencedirect, Blackwell-synergy, Proquest และ Medline งานวิจัยที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล evidencebasednursing.com, joannabriggs.edu.au, cochrance.org นอกจากนี้มีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแผลไหม้ ได้แก่ www.worldburn.org, www.burncarerehab .com, www.rch.org.au, www.ameriburn.org จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติของสถาบันต่าง ๆ ได้แก่ www.guidelines.gov, www.icsi.org, www.york.ac. uk, www.highbeam.com โดยกำหนดกรอบการสืบค้นคือ เลือกเฉพาะงานวิจัยที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยแผลไหม้ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล วิธีการบำบัดในงานวิจัยเป็นการบำบัดเพื่อระงับปวดหรือหากเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายเป็นงานวิจัยที่ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับอาการปวดเป็นงานวิจัยที่วัดอาการปวด เป็นผลลัพธ์ของการวิจัย และเลือกงานวิจัยทุกระดับทั้งที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง และงานวิจัยที่ไม่ใช่การทดลอง

ผลการสืบค้นได้งานวิจัยฉบับเต็ม (Full text) จำนวน 92 เรื่อง เป็นเรื่องที่ซ้ำกันถึง 42 เรื่อง เมื่อ

ตัดออกแล้วจึงเหลืองานวิจัยฉบับเต็ม 50 เรื่อง คัดงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวดและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ในการทำแผลออก ในที่สุดเหลืองานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์จำนวน 13 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม (properly designed randomized control trial) 6 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง (well - designed pseudo - randomized control trial) 3 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มและมีการวัดผลก่อนหลัง (comparative study with historical control) และงานวิจัยเชิงพรรณนา (case series or descriptive study) 3 เรื่อง

3. วิเคราะห์ ประเมินคุณภาพ สกัดเนื้อหา สังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ในขั้นตอนนี้ ผู้ศึกษาอ่านงานวิจัยจำนวน 13 เรื่อง ประเมินคุณภาพ และความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ทางคลินิก จากนั้นนำมาวิเคราะห์ สกัดเนื้อหาใส่ตาราง ที่ละเรื่อง จนครบทุกเรื่อง นำข้อความแต่ละตารางมาพิจารณาร่วมกัน และสกัดเนื้อหาส่วนที่จะนำมาใช้ในการลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผล ซึ่งสามารถสรุปเป็นประเด็นหลักๆ ได้ 3 ประเด็น คือ วิธีการบำบัดความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการบำบัดความเจ็บปวด และการประเมินความเจ็บปวดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวด

4. เขียนแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ศึกษานำประเด็นหลักที่สังเคราะห์ได้ไปเขียนแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลในผู้ป่วยแผลไหม้ โดยยึดรูปแบบโครงสร้างของแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอของ The Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ 1) ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล 2) แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม 3) ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 4) วิธีดำเนินการ

5) ข้อเสนอแนะ (recommendations) 6) หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ 7) ประโยชน์และอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติไปใช้ 8) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก 9) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้พัฒนาแนวปฏิบัติรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และเอกสารอ้างอิง (www.guideline.gov)

5. หาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่แพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดความเจ็บปวด 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

6. ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ 3 คน ในหอผู้ป่วยแผลไหม้ (burn unit) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่า

6.1 มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในสถานการณ์จริง เพราะวิธีปฏิบัติไม่ซับซ้อนมากนัก และทางเลือกในการบำบัดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลมีหลายวิธีการ ซึ่งพยาบาลสามารถจัดให้ผู้ป่วยเลือกได้ตามความต้องการ และพบว่า วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกเป็นประจำคือ การผ่อนคลาย

6.2 อย่างไรก็ตาม พบว่า การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ อาจเป็นแค่ส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการในการบำบัดความเจ็บปวดเท่านั้น ไม่สามารถประกันได้ว่าหลังจากใช้ผู้ป่วยจะบรรเทาความเจ็บปวดได้ทั้งหมด เพราะการเจ็บปวดจากแผลไหม้ เป็นการเจ็บปวดเฉียบพลันที่ต้องการการบำบัดด้วยยาจึงจะมีประสิทธิภาพมาก

ที่สุด การบำบัดด้วยวิธีการอื่นๆ เป็นเพียงการบำบัดเสริมเท่านั้น และหากวิธีการบำบัดความเจ็บปวดที่นำมาปฏิบัติไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดในบทบาทของพยาบาลนักปฏิบัติการ จะต้องมีการเลือกในการบำบัดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยเสมอ

6.3 พยาบาลต้องมีการเสริมพลัง (Empower) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่า ตนมีความสามารถในการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเอง นอกเหนือจากการได้รับยาบรรเทาปวด

7. สร้างคู่มือ (Nursing manual) และขั้นตอนการพยาบาล (nursing procedure) เพื่อการบำบัดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลสำหรับผู้ป่วยแผลไหม้ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการนำไปใช้ ผู้ศึกษาจึงได้สร้างคู่มือและขั้นตอนการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ได้ใช้เป็นแนวทางในการบำบัดความเจ็บปวด โดยเนื้อหาในคู่มือและขั้นตอนของการบำบัดความเจ็บปวด ได้นำมาจากเนื้อหาที่สังเคราะห์ได้จากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ตามที่กล่าวไว้ใน ขั้นตอนที่ 3 รายละเอียดของขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลมีดังนี้

ก่อนการทำแผล

1. อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนของการทำแผลให้ผู้ป่วยทราบอย่างคร่าว ๆ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

2. ประเมินความปวดก่อนการทำแผลด้วยเครื่องมือ Visual Analog Scale / Face Pain Rating Scale (Geisser et al., 1995 ; Sutherland, 1996 ; Field et al., 1998 ; Turner et al., 1998 ; Jonsson et al., 1998 ; Weinberg et al., 2000 ; Fratianne et al., 2001 ; Frenay et al., 2001)

3. 30 นาทีก่อนการทำแผลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

4. แนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายระหว่างการทำแผล โดยมีเงื่อนไขดังนี้

4.1 ในกรณีที่ยังไม่เคยสอนการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ให้ปฏิบัติดังนี้

4.1.1 จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สบาย นอนหงาย ศีรษะหนุนหมอน

4.1.2 ให้ผู้ป่วยหลับตาทั้ง 2 ข้าง ให้สนิท และปล่อยตัวตามสบาย

4.1.3 เริ่มสูดหายใจเข้าออกทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ จากนั้นให้หายใจออกทางปาก โดยค่อย ๆ เป่าลมออกช้า ๆ และแผ่วเบา แล้วนับหนึ่ง ในใจขณะผ่อนลมหายใจออก

4.1.4 การผ่อนลมหายใจออกทุกครั้งให้นับในใจว่า สอง ..สาม..ต่อไปเรื่อย ๆ จนถึงยี่สิบ เป็นการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย 1 รอบ (จุไรพร โสภการีย์, 2536).

4.2 ในกรณีที่เคยได้รับการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย ให้ทบทวนเทคนิคการผ่อนคลาย

ระหว่างการทำแผล

1.15 - 20 นาทีก่อนการทำความสะอาดแผล ปิดเครื่องปรับอากาศภายในห้องอาบน้ำ (tub room)

2. นำผู้ป่วยไปห้องอาบน้ำ (tub room)

3. จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สบาย (จุไรพร โสภการีย์, 2536 ; แสงหล้า พลนอก, 2542 ; Turner et al., 1998 ; Fratianne et al., 2001)

4. แนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำแผล โดยการช่วยพยาบาลแกะผ้าปิดแผลในบริเวณที่สามารถปฏิบัติได้ (Sutherland, 1996)

5. ปรับอุณหภูมิน้ำตามความพึงพอใจของผู้ป่วย (อุณหภูมิที่เหมาะสม และผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกสบายอยู่ในช่วง 35 - 36 องศาเซลเซียส) (Smeltzer, & Bare 2004)

6. ใช้ top gauze ปิดบริเวณหัวฉีดฝักบัว เพื่อช่วยลดความแรงของน้ำที่ฉีดลงบนแผลผู้ป่วย

7. ใช้ top gauze เช็ดสิ่งคัดหลั่งอย่างนุ่มนวล

ในบางรายอาจต้องมีการตัดเนื้อตายร่วมด้วย

8. ใช้ระยะเวลาในห้องอาบน้ำ (tub room)

ไม่เกิน 30 นาที (Smeltzer & Bare 2004)

9. นำผู้ป่วยกลับไปห้อง (ปิดเครื่องปรับอากาศภายในห้อง)

10. จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สบาย (จุไรพร โสภการีย์, 2536 ; แสงหล้า พลนอก, 2542 ; Turner et al., 1998 ; Fratianne et al., 2001)

11. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ (เช่น ปิดโทรทัศน์ หรือวิทยุ) (จุไรพร โสภการีย์, 2536 ; แสงหล้า พลนอก, 2542 ; Turner et al., 1998 ; Fratianne et al., 2001)

12. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายตลอดระยะเวลาที่ได้รับการทำแผล (จุไรพร โสภการีย์, 2536)

13. เตรียมอุปกรณ์ในการทำแผล

14. ใช้ยาพอกแผลหรือวัสดุปิดแผลตามแผนการรักษา โดยปฏิบัติด้วยความนุ่มนวลและเบามือ (ถ้าเป็นไปได้ควรทำทีละส่วน)

15. ปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลหรือพันแผลด้วย conform / bandage โดยแรงที่ใช้พันแผลขึ้นกับลักษณะของแผลและความพึงพอใจของผู้ป่วย

16. หลังทำแผลเสร็จทันที ประเมินความเจ็บปวดด้วยเครื่องมือ Visual Analog Scale / Face Pain Rating Scale (Geisser et al., 1995 ; Sutherland, 1996 ; Field et al., 1998 ; Turner et al., 1998 ; Jonsson et al., 1998 ; Weinberg et al., 2000 ; Fratianne et al., 2001 ; Frenay et al., 2001)

17. ดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

18. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน โดยจัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สบาย ภายใต้บรรยากาศที่สงบและผ่อนคลาย (จุไรพร โสภการีย์, 2536 ; Turner, 1998 ; แสงหล้า พลนอก, 2542 ;

Fratianne, 2001) ในระยะที่ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอาจเปิดโทรทัศน์หรือเปิดเพลงเบา ๆ ตามความสนใจของผู้ป่วยแต่ละราย

หลังการทำการแผล

1. ประเมินความเจ็บปวดทุก 4 ชั่วโมง (Jonsson et al., 1998 ; Raymond et al., 2004) และทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา
3. หลังจากได้รับยาบรรเทาปวด ประมาณ 30 นาที ประเมินความปวดอีกครั้ง
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการลดความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การพูดคุย การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง ฯลฯ ตามความสนใจของผู้ป่วยแต่ละราย

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความเจ็บปวดระหว่างการทำการแผลในผู้ป่วยแผลใหม่ โดยการประยุกต์กระบวนการใช้ผลงานวิจัย

ของไอโอวา ถือเป็นการจัดการความรู้รูปแบบหนึ่ง เนื่องจากการดำเนินการโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เพื่อสร้างและใช้ความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ตรงในการทำงาน และความรู้ที่สะสมในตนเอง (implicit knowledge) ผสมผสานกับองค์ความรู้ภายนอก (explicit knowledge) ที่ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ ร่วมกับการคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ความรู้ที่เกิดจากการบูรณาการจากหลายแหล่ง อย่างไรก็ตามการสร้างแนวปฏิบัติในการลดความเจ็บปวดในครั้งนี้ ถือว่าอยู่ในระยะเริ่มต้น ควรมีการพัฒนาต่อไปด้วยการทำวิจัยวัดผลลัพธ์ (outcome research) และหากกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปให้บุคลากรในหน่วยงานทุกคนได้ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลนอกจากนั้นเพื่อให้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ควรมีการเผยแพร่สู่หน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วยแผลใหม่ และเครือข่ายพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยแผลใหม่ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ในวงกว้างต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จุไรพร โสภการีย์. (2536). ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดขณะได้รับการล้างแผลในผู้ป่วยแผลใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณณี ชัยโพธิ์ศรี. (2538). การศึกษาภาวะเครียดและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดของผู้ป่วยแผลใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชกิจจานุเบกษา. ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 118 ตอนที่ 45 ง. ลงวันที่ 5 มิถุนายน 2544.
- แสงหล้า พลนอก. (2542). ผลของการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพร พลยานันท์. (2528). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการความเจ็บปวด. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์แม็ค จำกัด.
- อนงค์ ประสานวันกิจ. (2544). ความปวดและการจัดการกับความปวดด้วยตนเองและที่มีสุขภาพ : ประสบการณ์ของผู้ป่วยแผลใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรรถพรณ โดสิงห์. (2547). Evidence - based practice. ใน ศิริลักษณ์ กุลละวณิชวิวัฒน์, และ ภีรพร

- คำพิมูล (บรรณารักษ์), คู่มือการอบรมการดูแลผู้ป่วยไฟไหม้ - น้ำร้อนลวกครั้งที่ 4 (หน้า 103 - 114). กรุงเทพฯ: กลุ่มภารกิจบริการโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี.
- อรพรรณ โตสิงห์ . (2547). Evidence Based Practice : การประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าของการนำไปใช้ ใน หนังสือประชุมวิชาการการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชครั้งที่ 13 เรื่อง Evidence Based Practice : มิติใหม่ของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. นครปฐม : โรงพิมพ์ศูนย์สาธารณสุขอาเซียน . หน้า 43-59.
- Ashburn, M. A. (1995). Burn Pain : The management of procedure - related pain. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 16(3), 365 - 371.
- Everett, J. J., Patterson, D. R., Marvin, J. A., Montgomery, B., Ordonze, N., & Cambell, K. (1994). Pain Assessment from patients with burns and their nurses. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 15(2), 194 - 198.
- Ferguson, S. L. (2004). Burn pain and anxiety: The use of music relaxation during rehabilitation. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 25(1), 8 - 13.
- Field, T., Michael, P., Scott, K., Tammy, T., Saul, S., Cynthia, K., et al. (1998). Burn injury benefit from massage therapy. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 19(3), 241 - 244.
- Fratianne, R. B., Prensner, J. D., Huston, M. J., Super, D. M., Yowler, C. J., & Standley, J. M. (2001). The effect of music - based imagery and musical alternate engagement on the burn debridement process. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 22(1), 47 - 53.
- Frenay, M., Faymonville, M., Devlieger, S., Albert, A., & Vanderkelen, A. (2001). Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*, 27, 793-799.
- Geisser, E., Bingham, G., & Robinson, E. (1995). Pain and anxiety during burn dressing changes : Concordance between patients' and nurses' ratings and relation to medicine administration and patient variables. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 16 (2 Part 1), 165 - 171.
- Haythornthwaite, J. A., Lawrence, J. W., & Fauerbach, J. A. (2001). Brief cognitive interventions for burn pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(1), 42-49.
- Jonsson, C., Holmsten, A., Dahlstrom, L., & Jonsson, K. (1998). Background pain in burn patients : routine measurement and recording of pain intensity in a burn unit. *Burns*, 24, 448-454.
- Latarjet, J., & Choinere, M. (1995). Pain in burn patients. *Burns*, 21(5), 344 - 348.
- Moss, B. F., Everett, J. J., & Patterson, D. R. (1993). Psychologic support and pain management of the burn patient. In R. L. Richard & M. J. Staley (Eds), *Burn care and rehabilitation : Principles and practice* (pp.475 - 498). Philadelphia: F.A. Davis company.
- Puntillo, K. A., Miaskowski, C., & Summer, G. (2003). Pain. In V. Carrieri - Kohlman A. M. Lindsey & C. M. West (Eds), *Pathophysiological phenomena in nursing : Human response to illness*

- (3rd ed., pp. 235 - 254). St.Louis: Saunders.
- Raymond, I., Ancoli-Israel, S., & Choiniere, M. (2004). Sleep disturbances, pain and analgesia in adults hospitalized for burn injuries. *Sleep Medicine*, 5, 551-559.
- Rhudy, J. L., & Meagher, M. W. (2000). Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds. *PAIN*, 84(1), 65-75.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2004). *Textbook of medical - surgical nursing. volume 2* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sutherland, S. (1996). Procedural burn pain intensity under conditions of varying physical control by the patient. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 17(5), 457 -463.
- Titler, M. G., Kleibe, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L.Q., et al. (2001). The IOWA Model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing of North America*, 13(4), 497-509.
- Turner, G., Clark, J., Gauthier, K., & Williams, M. (1998). The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 10-20.
- Ulmer, J. F. (1998). Burn pain management : A guideline - based approach. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 19(2), 151-159.
- Watt- Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B., & Streiner, D. (2000). The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. *Nursing Research*, 49(4), 191 - 200.
- Weinberg, K., Birdsall, C., Vail, D., Marano, M., Petrone, S., & Hani, E. (2000). Pain and anxiety with burn dressing changes : Patient self - report. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 21(2), 157 - 161.
- Wright, B. R., & Drummond, P. D. (2000). Rapid induction analgesia for the alleviation of procedural pain during burn care. *Burns*, 26, 275 - 282.<http://www.guideline.gov>

The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline on Pain Management During Wound Dressing in Patients with Burn*.

Chidchanox Mayulpak M.N.S (Adult Nursing)

Orapan Thosingha D.N.S

Suporn Danaidutsadeekul D.N.S

Abstract

This study aimed to develop a clinical nursing practice guidelines for pain management during wound dressing in burn patients. IOWA Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care was modified and used as a framework of the study. Relevant researches and related evidence were obtained from several well-known databases including OVID, CINAHL, MEDLINE, SCIENCEDIRECT, PUBMED, BLACKWELL, and www.burncare rehab.com.

Thirteen research studies were retrieved and critically appraised. Three themes were clustered and used as a direction for pain management. These themes include 1) non-pharmacological pain management, 2) environmental management to facilitate pain control, and 3) assessment of pain and other related parameters. A set of clinical nursing practice guidelines was composed, using the guidelines format of the Agency of Health Care Policy and Research (AHCPR). The guidelines were validated by five experts and were refined concerning the experts' suggestions. Finally, the guidelines were tested in three burn patients residing in a burn unit of a university hospital. The results revealed that it is feasible to implement the guidelines in clinical practice. Nurses should provide patients with an alternative on pain management so that the patients can choose the techniques that serve their needs. It is recommended that in order to assure the effectiveness of the guideline, a clinical trial is required. In order to sustain the application of the guideline, the guideline should be introduced to related organizations and nursing networks for burn care.

Keywords: Burn patients, Pain, Wound dressing, CNPG