



การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวด จากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

Development and Evaluation of the Emergency Department Traumatic Wound Pain Management Guidelines

พนิตนันท์ หนูชัยพลอด พย.ม.*	Phanittanan Nuchaiplot	M.N.S.*
วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร ปร.ค.**	Wongchan petpichetchian	Ph.D.**
หทัยรัตน์ แสงจันทร์ ปร.ค.***	Hathairat Sangchan	Ph.D.***

บทคัดย่อ

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย ความปวดจากแผลอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางในการจัดการความปวดในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการประเมินและการจัดการความปวดที่ดี

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ระเบียบวิธีวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ผู้วิจัยดัดแปลงแนวทางและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ 12 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย (1) แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (2) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติฯ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด และ (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ

ผลการวิจัย แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วยการคัดกรองและประเมินความปวดแรกรับ การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ การติดตามผลการจัดการความปวดและการบันทึกทางการพยาบาล ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ประเมินสองในสามของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ เห็นว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุดในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้และระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติฯ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.000$) และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ มีความพึงพอใจโดยภาพรวมสูงมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้และควรมีการปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยอยู่เสมอ

คำสำคัญ: แผลอุบัติเหตุ การจัดการความปวด อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่

* Profession Nurse, Krabi Hospital, Krabi Province

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University



Abstract

Introduction: Traumatic wound pain among patients attending care at an emergency department is a major problem that causes suffers. An evidence-based emergency department pain management practice guidelines for patients with traumatic wound is needed in order to be able to effectively access and manage such pain.

Purpose: To develop and evaluate outcomes of the Traumatic Wound Pain Management Clinical Practice Guidelines (PMCPG-TW) implementation at an Emergency Department.

Method: This study is a developmental research. The PMCPG-TW was developed based on the process adapted from the National Health and Medical Research Council (NHMRC). Three phases and twelve steps were conducted. The research instruments included (1) The PMCPG-TW, (2) the Nurse's PMCPG-TW Implementation Feasibility Questionnaire, (3) the Patients' Satisfaction towards the PMCPG-TW Questionnaire, and (4) the Nurses Satisfaction with Pain Management Questionnaire.

Results: The PMCPG-TW comprised of four components including pain screening and initial wound pain assessment, traumatic wound pain management, pain evaluation, and pain documentation. After implementation, approximately two-third of nurses reported that the PMCPG-TW was rated as highest feasible to be implemented, waiting time for pain medication was significantly shorter than that of before implementation ($p=0.005$). Patient's satisfaction was significantly higher than that prior to PMCPG-TW implementing ($p=0.000$). Nurses rated their satisfaction towards the PMCPG-TW implementation at the highest level.

Conclusion: The PMCPG-TW is appropriate to be used, but it should be updated continuously.

Key words: Traumatic Wound, Pain Management, Emergency Department

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตและความเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกนี้เป็นจำนวนมาก จากการสำรวจในประเทศอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีผลอุบัติเหตุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลร้อยละ 23 และจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุจากการขนส่งและสาเหตุจากบาดเจ็บอื่น ๆ

(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้พบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 43 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมดโดยมีจำนวนเฉลี่ย 56 รายต่อวัน (สถิติงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่, 2553) ผู้ป่วยอุบัติเหตุเหล่านี้ มักมีผลอุบัติเหตุที่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายร่วมด้วยเสมอโดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เห็นได้ชัดจากภายนอกและเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน ก่อให้เกิดความปวดร่วมด้วยเสมอ ทั้งนี้ความรุนแรงของความปวดจะขึ้นอยู่กับ



ขนาดของบาดแผลและตำแหน่งอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บ ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในงานอุบัติเหตุ อุบัติภัย โดยพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 60-70 (Ruth, Riad, Sigalit, & Mayor, 2005) สาเหตุความปวดส่วนใหญ่เกิดจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจึงเป็นความปวดที่มีลักษณะเฉียบพลัน เกิดขึ้นทันทีภายหลังการบาดเจ็บ กรณีปวดจากแผลอุบัติเหตุความปวดมักมีความรุนแรง (Stotts *et al.*, 2004) และจะรุนแรงมากยิ่งขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยทำการล้างบาดแผล

แผลอุบัติเหตุ (traumatic wound) เกือบทั้งหมดเป็นแผลที่ไม่สะอาดและมีการปนเปื้อน (contaminated wound) จำเป็นต้องได้รับการทำความสะอาดแผล และลดอัตราการอักเสบและติดเชื้อบริเวณแผล (ปริชาศิริทองถาวร, 2552) การชะล้างทำความสะอาดแผล แม้จะเป็นการรักษาแต่ก็เป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้ความปวดรุนแรงมากขึ้น (Kammerlander & Eberlein, 2002; Moffatt, Franks & Hollinworth, 2005) ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความปวด ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการล้างแผล ทำให้แผลไม่สะอาด เกิดการอักเสบติดเชื้อของแผลส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย

ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ นอกเหนือจากการรักษาอวัยวะและรักษาชีวิตก็คือการดูแลเพื่อบรรเทาความปวดและป้องกันไม่ให้ความปวดรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อไม่พึงประสงค์ดังกล่าวแล้วข้างต้น โดยผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินและจัดการความปวดที่ดี (The College of Emergency Medicine, 2005) หน่วยงานจึงควรกำหนดให้ความปวดเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินและบันทึกเป็นสัญญาณชีพที่ห้า (Lynch, 2001) ทั้งนี้ควรครอบคลุมถึงความปวดจากแผลอุบัติเหตุด้วย

ในต่างประเทศปัญหาความปวดที่เกิดกับผู้ป่วยที่มีแผลโดยเฉพาะแผลอุบัติเหตุได้รับความสนใจจากผู้ที่เกี่ยวข้องมากขึ้น องค์กรวิชาชีพหลายองค์กรให้ความสำคัญและมีการจัดทำข้อเสนอแนะหรือแนวปฏิบัติตลอดจนมาตรฐานการดูแลเพื่อจัดการความปวดเพิ่มมากขึ้น องค์กรอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับเรื่องการพัฒนานโยบายเพื่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพยิ่ง

ขึ้นและได้ทำการศึกษาโดยสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านความปวดใช้การศึกษาแบบเดลฟิเทคนิค (Delphi technique) ได้ข้อสรุปประเด็นหนึ่ง คือ ควรจัดทำแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการจัดการความปวดแก่ผู้ใช้บริการที่หน่วยอุบัติเหตุ อุบัติภัย (Kumar, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุยังไม่แพร่หลายและอีกทั้งหน่วยงานก็ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุทำให้การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุยังไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากแผลสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุขึ้นใช้ในหน่วยงาน เพื่อช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. พัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ อุบัติภัย
2. ประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ อุบัติภัยไปใช้

คำถามที่ใช้การวิจัย

1. แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ อุบัติภัย ควรมีย่อประกอบและข้อเสนอแนะอะไรบ้าง
2. ผลของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ในงานอุบัติเหตุ อุบัติภัย เป็นอย่างไร
 - 2.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุอยู่ในระดับใด
 - 2.2 ระยะเวลาการรอการได้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยกลุ่มที่มาใช้บริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุมีความแตกต่างกันหรือไม่
 - 2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่มาใช้บริการ



ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด
แผลอุบัติเหตุมีความแตกต่างกันหรือไม่

ขอบเขตการวิจัย

ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีแผลอุบัติเหตุซึ่งเข้ารับบริการใน
งานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ โรงพยาบาลกระบี่ ช่วงระหว่างเดือน
กรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555

ระยะและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเชิงพัฒนา
และประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจาก
แผลอุบัติเหตุ

ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยดัดแปลงแนวทาง
และขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการ
วิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย
(NHMRC, 1998) โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ
12 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1: ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการ
ความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา
โดยผู้วิจัยสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการ
จัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในงานอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน และปรึกษาปัญหากับหัวหน้าหน่วยงาน แพทย์
และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ที่ปฏิบัติในหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดและแต่งตั้งทีมพัฒนาแนว
ปฏิบัติฯ ที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ วางแผนโดยผู้วิจัย
ประสานงานร่วมกับหัวหน้าหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย
และผลลัพธ์ ภายหลังการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ขั้นตอน
นี้กระทำโดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

ขั้นตอนที่ 4 สืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิง
ประจักษ์ ผู้วิจัยกำหนดแนวทางการสืบค้นและคัดเลือก
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นรายงานวิจัย ข้อเสนอแนะการ
ปฏิบัติที่เป็นเลิศ และแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยการ
สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed,
CINAHL, Science Direct, MD Consult, Cochrane
Collaboration, Joanna Briggs Institute, ThaiList
โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น คือ traumatic
wound, wound pain, pain management, guidelines,

และ protocol กำหนดช่วงการตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ.
2000-2012 ผลการสืบค้น ผู้วิจัยได้เอกสารที่เกี่ยวข้อง
มาทั้งหมด 33 เรื่อง โดยมีงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือก
จำนวน 16 เรื่อง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์
หลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวข้างต้นและจัดระดับหลักฐาน
และระดับข้อเสนอแนะการปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ของ
สถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute,
2008) คัดระดับ A มีความเชื่อมั่นในระดับสูง จากนั้น
ผู้วิจัยได้รวบรวม ประมวลและสรุปแนวปฏิบัติและข้อ
เสนอแนะการจัดการความปวดที่เกี่ยวข้องกับแผล
อุบัติเหตุจากสมาพันธ์จัดการเกี่ยวกับการหายของแผล
(WUWHS, 2004; 2007) สมาพันธ์การจัดการบาดแผล
แห่งยุโรป สมาคมพยาบาลด้านการจัดการเพื่อคงสภาพ
เนื้อเยื่อ (The Joanna Briggs Institute Reciewers's
Manual [TVNA], 2008) สมาคมการจัดการความปวด
แห่งอเมริกา (American Pain Society [APS]) และที่
พัฒนาโดยสถาบันการศึกษาวิจัยทางคลินิกแห่งชาติของ
ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Clinical
Studies [NICS], 2011)

ขั้นตอนที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยนำข้อเสนอ
แนะในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุจากหลักฐาน
เชิงประจักษ์ที่ได้ทำการคัดเลือกว่ามีคุณภาพเชื่อถือ
ได้ตามเกณฑ์ในขั้นตอนที่ 4 โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจ
แอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2008)
และสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศ
ออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) มานำเสนอต่อทีมพัฒนา
แนวปฏิบัติฯ เพื่อร่วมกันคัดเลือกข้อเสนอแนะและสรุป
เนื้อหา จัดทำเป็น “ร่าง” แนวปฏิบัติในการจัดการความ
ปวดจากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 6 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ
แนวปฏิบัติฯ โดยผู้วิจัยจัดส่ง “ร่าง” แนวปฏิบัติในการ
จัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญงาน
อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน แพทย์วิสัญญีผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด
และอาจารย์พยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคิดเห็นด้านเนื้อหา
(content validity index: CVI) คำนวณค่าความ



สอดคล้องเฉลี่ยรวมทั้งฉบับ (Scale-CVI-Average: S-CVI Ave) และเป็นรายข้อ (Item-CVI หรือ I-CVI) เกณฑ์การพิจารณา คือ ต้องได้ค่า S-CVI-Ave มากกว่า 0.90 และค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 (Polit & Beck, 2012)

ระยะที่ 2: ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 7 ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงานเพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยจัดทำแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์บนบอร์ดประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 8 จัดประชุมทำความเข้าใจ เพื่อขอความร่วมมือจากบุคลากรพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากมีการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ทั้งนี้การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับ

ขั้นตอนที่ 9 จัดอบรมผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ชี้แจงขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ และวิธีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติฯ โดยดำเนินการนัดหมายล่วงหน้าใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที

ขั้นตอนที่ 10 ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ โดยดำเนินการทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ และเข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุ อุบัติภัยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในช่วงที่ทำการศึกษ เป็นระยะเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 3: ระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 11 ประเมินจากผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยประเมินผล 2 ด้าน คือ ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดนั้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยนำมาคำนวณดัชนีความสอดคล้องได้ค่า S-CVI-Ave เท่ากับ 1 และค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 (Polit & Beck, 2012) ทั้งนี้ได้ทำการทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ โดยแบบสอบถามความพึงพอใจฯ ของพยาบาลและ

แบบสอบถามความเป็นไปได้ของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .94 เท่ากันทั้ง 2 ฉบับ เป็นแบบสอบถามปลายปิดมีลักษณะให้เลือกตอบ 5 ระดับ

ขั้นตอนที่ 12 ประเมินจากผู้ป่วยที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ผู้วิจัยประเมินจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม ซึ่งตรวจสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94 ทั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) มีความปวดเฉียบพลันจากแผลอุบัติเหตุขณะใช้บริการที่งานอุบัติเหตุ อุบัติภัยและรอจำหน่ายออกจากหน่วยงาน ประเมินจากมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ขึ้นไป ทั้งนี้ค่าคะแนนมีค่าต่ำสุด (ไม่ปวด) เท่ากับ 0 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุดคือ 10 คะแนน (ปวดมากที่สุด)
- 2) มีการรับรู้บุคคล เวลาและสถานที่ปกติ (คะแนนความรู้สึกตัวด้วย Glasgow Coma Score: GCS = 15) และสามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง
- 3) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ 1 เดือนก่อนนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 69 ราย และช่วงระหว่าง 1 เดือน ที่มีการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 108 ราย รวม 177 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ข้างต้นและเก็บข้อมูลภายนอกพื้นที่งานอุบัติเหตุ อุบัติภัย (นอกสถานที่ปฏิบัติการพยาบาล) เพื่อป้องกันความลำเอียงในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นบุคลากรที่ไม่ได้ปฏิบัติ



งานประจำที่งานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นผู้เก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลทั้งหมด 14 ราย ดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้และความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉินภายหลังที่มีการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้จริงเป็นระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติใช้สถิติบรรยายและสถิติอ้างอิงในการทดสอบความแตกต่างของระยะเวลารอคอยการได้รับยาแก้ปวด (โดยใช้สถิติแมนนวิทนียูเทสต์ เนื่องจากชุดข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ) และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (โดยใช้สถิติทีอิสระ) และทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานในเรื่องระดับการศึกษา อาชีพและประสบการณ์ความปวดที่เกิดจากแผลอุบัติเหตุระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ และหลังใช้แนวปฏิบัติฯ ด้วยสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษานในงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ศึกษาจำนวน 177 ราย เมื่อจำแนกตามลักษณะการบาดเจ็บ ลักษณะบาดแผล ค่าคะแนนความปวด พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง เกิดจากอุบัติเหตุจากรถ ร้อยละ 51.4 รองลงมา เป็นอุบัติเหตุทั่วไปที่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 16.9 ลักษณะบาดแผลที่เกิดขึ้นประมาณหนึ่งในสามเป็นแผลฉีกขาด ร้อยละ 35.7 และบาดแผลถลอก ร้อยละ 33.4 ความปวดแรกรับส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คือ มีความรุนแรงความปวด 4-7 คะแนน ร้อยละ 62.1 และอีกประมาณ 1 ใน 3 มีความรุนแรงความปวด 8-10 คะแนน ร้อยละ 34.5 เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ (n=69) และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติฯ (n=108) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและความปวด

พยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ ฯ

1. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ ฯ จำนวน 14 ราย มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 33.64 ปี (S.D.=9.56) มีระยะเวลาปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ย 7.93 ปี (S.D.=6.60) ผ่านการอบรมเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดเพียง 4 ราย โดย 2 รายเข้ารับการอบรมเรื่องการจัดการความปวดเจ็บปวด ปี พ.ศ. 2553 และปี พ.ศ. 2555 ตามลำดับและอีก 2 รายได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2555

2. แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ที่พัฒนาจากการศึกษาครั้งนี้ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1 การประเมินและการคัดกรองความปวดแรกรับ 2 การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ 3 การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดและการบันทึกทางการพยาบาล 4 การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำแผล ก่อนทำแผล, ขณะทำแผลและหลังทำแผล โดยมีจำนวนข้อเสนอนะรวม 33 รายการ ดังนี้

1. การประเมินและคัดกรองความปวดเมื่อแรกรับ (pain triage)

1.1 ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีบาดแผลจากอุบัติเหตุ ต้องทำการคัดกรองความปวดตั้งแต่แรกรับ โดยทำการประเมินความปวดผู้ที่มีบาดแผลจากอุบัติเหตุทันทีที่มาถึงหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ทุกราย (Blank *et al.*, 2001; Fosnocht & Swanson, 2001; Wong *et al.*, 2007) (ระดับ 3.2 เกรด B)

1.2 พยาบาลทำการประเมินความปวดโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้รายงานความปวดด้วยตนเอง (Kumar, 2007; NICH, 2011; TVNA, 2004; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A) โดยการใช้เครื่องมือ ในการประเมินความปวด คือ Numeric Rating Scale: NRS (NICH, 2011; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A) ซึ่งนิยมใช้ในทางปฏิบัติเนื่องจากวิธีการไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาค่อนข้างน้อย และได้มาตรฐานในการใช้วัดความรุนแรงของความปวดในทางคลินิก โดยแบ่งระดับความปวดออกเป็น 3 กลุ่มใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ดังนี้



1.2.1 กลุ่มที่ 1 ซึ่งประเมินค่าคะแนนความปวด โดยใช้ NRS มีค่าคะแนนตั้งแต่ 7-10 (ความปวดขั้นที่ 3)

1.2.2 กลุ่มที่ 2 ซึ่งประเมินค่าคะแนนความปวด โดยใช้ NRS มีค่าคะแนนตั้งแต่ 4-6 (ความปวดขั้นที่ 2)

1.2.3 กลุ่มที่ 3 ซึ่งประเมินค่าคะแนนความปวด โดยใช้ NRS มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-3 (ความปวดขั้นที่ 1)

1.3 ประเมินความปวดโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและเหมาะสมกับบุคคลนั้น โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น และครอบคลุมประวัติที่เกี่ยวข้องกับความปวด การรับรู้ความปวด การใช้ยาและโรคประจำตัว (WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

1.4 ระบุระดับความปวดโดยใช้ภาพคนเพื่อระบายตำแหน่งแผลที่ปวด (body map) (WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

1.5 วางแผนเลือกวิธีการจัดการความปวดโดยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายระดับความปวดที่รับได้ (acceptable level of pain) (Briggs & Torra Bou, 2002; WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

2.การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

2.1 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา (2004; WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

2.2 เลือกวิธีการใช้ยาโดยใช้ยาตามข้อเสนออนุญาตบริหารยาตามขึ้นบันไดขององค์การอนามัยโลก (Briggs & Torra Bou, 2002; WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A) มีแนวทางดังนี้ คือ

ความปวดขั้นที่ 1 ใช้ยาต้านการอักเสบ (NSAID) ร่วมกับยาชาเฉพาะที่ กับคะแนนความปวด กลุ่ม 3 (คะแนน 1-3)

ความปวดขั้นที่ 2 ใช้ยาขั้นที่ 1 ร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์ ชนิดออกฤทธิ์อ่อนและเลือก ใช้การบริหารยาทางปากก่อนกับคะแนนความปวดกลุ่ม 2 (คะแนน 4-6)

ความปวดขั้นที่ 3 ใช้ยาขั้นที่ 2 ร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์ ชนิดออกฤทธิ์แรงกับคะแนนความปวดกลุ่ม 1 (คะแนน 7-10)

2.3 ให้ยาแก้ปวดก่อนทำแผล และหากผู้ป่วยมีความปวดอยู่ (WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

2.4 ฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ (WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

2.5 จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งเร้าความปวด (Briggs & Torra Bou, 2002; WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A) โดยกันม่านให้ผู้ป่วย หลีกเลี่ยงอุณหภูมิที่เย็นจัดและการโดนลมจากพัดลม (WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

2.6 จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย (WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

2.7 อธิบาย/ให้ข้อมูลต่าง ๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย (WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

2.8 อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย พุดคุย สัมผัส (เช่น จับมือ) (WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

2.9 สอน/แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจช้า ๆ (slow rhythmic breathing) เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ (Kumar, 2007; WUWHs, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

3. การติดตามผลการจัดการความปวดและการบันทึกทางการพยาบาล

3.1 ทำการประเมินอย่างต่อเนื่องทุก 5-15 นาที และหลังได้ยาบรรเทาปวด (NICH, 2011)

3.2 ประเมินความรุนแรงความปวดทุกครั้งที่ทำแผล โดยประเมินก่อน ระหว่างและหลังทำแผล (Glover *et al.*, 2006; NICH, 2011; TVNA, 2004; WUWHs, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

3.3 ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวดโดยประเมินความปวดทุกครั้ง (WUWHs, 2007) (ระดับ 4 เกรด A) โดยดำเนินการ ดังนี้

3.3.1 ประเมินการไหลเวียนเลือดบริเวณบาดแผล (ปรีชา ศิริทองถาวร, 2552; WUWHs, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

3.3.2 จัดการ/รักษาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด เช่น ลดอาการบวมโดยใช้ compression therapy (WUWHs, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

3.3.3 ประเมินและจัดการไม่ให้เกิดแรงกดหรือแรงเสียดสีบริเวณแผลอย่างต่อเนื่อง เช่น การพันผ้าปิดบาดแผลรัดแน่นเกินไป ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดเนื้อตายตามมาได้ (Briggs & Torra Bou, 2002; WUWHs, 2007)



(ระดับ 4 เกรด A)

3.4 ควรระมัดระวังในการประเมินความปวด
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรค เบาหวาน ซึ่งมีความปวด
ของระบบประสาทที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป (WUWHS,
2004) (ระดับ 4 เกรด A)

3.5 บันทึกผลการประเมินไว้ในแฟ้มผู้ป่วย โดย
บันทึกคะแนนความปวดเป็นระยะ ๆ ให้เห็นชัดเจน
(Glover *et al.*, 2006; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

3.6 ทบทวนข้อมูลจากการบันทึกความปวด
เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการจัด การความปวด
(WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

3.7 ระบุปัญหาหรืออุปสรรคที่มีผลต่อการ
จัดการความปวดและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความปวด
จากผลช่วยเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกวิธีการ
จัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพหรือคุณภาพ (Briggs &
Torra Bou, 2002; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

4. การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการ
ทำแผล

4.1 ก่อนการทำแผล

4.1.1 ประเมินการรับรู้ความปวด (WUWHS,
2007) (ระดับ 4 เกรด A)

4.1.2 เลือกใช้การจัดการความปวด (ใช้ยา
และไม่ใช้ยา) อย่างเหมาะสม (TVNA, 2004; WUWHS,
2007) (ระดับ 4 เกรด A)

4.1.3 ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้มีส่วน
ร่วมในการตัดสินใจ จัดการความปวดจากผลโดย
สอบถามผู้ป่วย (Briggs & Torra Bou, 2002; TVNA,
2004; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

4.2 ขณะทำแผล

4.2.1 กรณีผ้าปิดแผลแห้งติดกับแผล
พิจารณาใช้น้ำเกลือราดแผล เพื่อความชุ่มชื้นก่อนเปิดผ้า
ปิดแผล (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

4.2.2 ล้างแผลโดยใช้สารละลายควอร์โซ
สารละลายที่มีอุณหภูมิเท่ากับร่างกาย (Hollinworth,
2005; WUWHS, 2004; WUWHS, 2007) (ระดับ 4
เกรด A)

4.2.3 ไม่ใช้เข็มหรือก๊อสในการถูบริเวณแผล

เพราะเป็นสาเหตุให้เนื้อเยื่อถูกทำลายและทำให้ความ
ปวดที่เกิดขึ้นคงอยู่นาน (ยกเว้น ในกรณีบาดแผลสกปรก
อาจทำได้ภายหลังการให้ยาชาเฉพาะที่) (WUWHS,
2007) (ระดับ 4 เกรด A)

4.2.4 ป้องกันและไม่ทำลายเนื้อเยื่อบริเวณ
แผล และรอบ ๆ บริเวณแผล (TVNA, 2004; WUWHS,
2004) (ระดับ 4 เกรด A)

4.2.5 ช่วยเหลือแพทย์ในการเลือกวิธีการ
กำจัดเนื้อตายอย่างถูกวิธี (บาดแผลอุบัติเหตุที่ถูกทำลาย
ของเนื้อเยื่อรุนแรงทำให้มีเนื้อตายเกิดขึ้น) โดยแพทย์ใช้
วิธีการตัดเนื้อตายด้วยวิธีการใช้กรรไกรจะก่อให้เกิดความ
ปวดแบบ sharp, tender และ throbbing วิธีการที่ช่วย
ลดปวด คือ การให้ยา (TVNA, 2004; WUWHS, 2007)
(ระดับ 4 เกรด A)

4.2.6 เลือกและใช้วัสดุปิดแผลที่ช่วยให้
แผลมีความชุ่มชื้น เช่น โซฟรา ทูลเลย์ (sofra tullae) เพื่อ
ป้องกันการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ (TVNA, 2004; WUWHS,
2004) (ระดับ 4 เกรด A)

4.3 หลังทำแผล

4.3.1 กำจัดปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความปวด
และรบกวนการหายของแผล เช่น การกดรัด (จากการ
ปิดแผลแน่นเกินไป) (Shukla *et al.*, 2005; WUWHS,
2007) (ระดับ 4 เกรด A)

4.3.2 ให้คำแนะนำในการป้องกันการติด
เชื้อซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความปวด (Arroyo-Novoa
et al., 2009; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

4.3.3 จัดการปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดความ
ปวด เช่น ลักษณะและความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดย
ปรึกษาแพทย์เพื่อช่วยเหลือในการจัดการความปวด
(WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

3. ผลของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความ
ปวดจากผลอุบัติเหตุไปใช้

3.1 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไป
ใช้ประมาณสองในสามของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ให้
ความเห็นว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุด (n = 9) โดยพร้อม
ที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ฯ นี้และพยาบาลจำนวนเท่า
กัน (n = 9) ให้ความเห็นว่ามีแนวปฏิบัติ ฯ นี้ช่วยบรรเทา



ความปวดจากแผลอุบัติเหตุแก่ผู้ป่วยได้มากที่สุด (แบบสอบถาม มีลักษณะให้เลือกตอบ 5 ระดับ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด)

3.2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ มากกว่าครึ่งหนึ่ง ($n = 8$) ให้ความเห็นว่ามีความพึงพอใจโดยภาพรวมในระดับมาก (แบบสอบถามมีลักษณะให้เลือกตอบ 5 ระดับ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด)

3.3 ระยะเวลาการไต่ถามแก้ปวดเฉลี่ยก่อนใช้แนวปฏิบัติ คือ 42.79 นาที (ช่วงค่าพิสัย 5–386 นาที) สูงกว่า หลังใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งมีระยะเวลาการไต่ถามแก้ปวดเฉลี่ย 19.38 นาที (ช่วงค่าพิสัย 5–50 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U=785, Z=-2.78, p=0.005$)

3.4 ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติ ($M=4.23, S.D.=0.53$) สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ($M=3.75, S.D.=0.70$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.71, p=0.000$)

อภิปรายผล

แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ดำเนินการโดยรวบรวมความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในงานอุบัติเหตุ อุบัติภัย เท่านั้น ซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) นำมาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติ ด้วยกระบวนการที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล และผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นก่อนมีการนำไปใช้ในหน่วยงาน ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 4 หัวข้อ คือ (1) การคัดกรองความปวดเมื่อแรกรับ (pain triage) (2) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (3) การติดตามผลการจัดการความปวด และ (4) การบันทึกทางการแพทย์ ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินความปวดและคัดกรองความปวดเมื่อแรกรับ (2) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (3) การติดตามผลการจัดการความปวดและการบันทึกทางการแพทย์ และ (4) การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำแผล (ก่อนทำแผล ขณะทำแผล และหลังทำแผล)

ทั้งนี้ได้มีการเตรียมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยชี้แจงรายละเอียดและวิธีการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้และแนะนำให้พยาบาลทดลองใช้ เป็นระยะเวลา 1 เดือนก่อนนำไปใช้จริงโดยสามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงต่อไปได้ ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้จริงผลการวิจัยพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่ามีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ที่ได้สร้างขึ้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($n = 8$) และในส่วนของความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเพื่อจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ ($n = 9$) ให้ความเห็นว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุดและพร้อมในการนำไปปฏิบัติทุกขั้นตอนตามแนวปฏิบัติ ที่ได้สร้างขึ้น โดยไม่พบว่ามีพยาบาลรายใดที่ระบุว่าไม่มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติ ที่จัดทำขึ้นนี้สามารถอ่านเข้าใจข้อเสนอแนะได้ง่าย มีแผนภูมิที่ช่วยในการตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยได้เร็วขึ้นและช่วยบรรเทาความปวดได้จริง ร่วมกับแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นมานี้เป็นแนวทางในการช่วยการตัดสินใจในการช่วยเหลือการจัดการความปวดภายในขอบเขตวิชาชีพทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในตนเองในการจัดการความปวด

ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด ภายหลังมีการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ โดยรวมในระดับสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการจัดการความปวดของผู้ใช้บริการระหว่างก่อนใช้แนวปฏิบัติ (pre-CNPG) และหลังใช้แนวปฏิบัติ (post-CNPG) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 46.38 ที่ได้รับยาบรรเทาปวดแต่เมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ ในหน่วยงานมีผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 65.74 ได้รับการช่วยเหลือในความปวดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการได้รับยาบรรเทาปวด แสดงให้เห็นว่า โดยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ ได้กำหนดให้มีการคัดกรองความปวดความปวดเมื่อแรกรับ (pain triage) พยาบาลจึงได้สอบถามอาการปวดทันทีที่มาถึงและพิจารณาจัดการความปวดตามแนวทางปฏิบัติ เป็น



ผลให้ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการจัดการความปวด

ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการมีแนวทางในการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบมีมาตรฐานในการปฏิบัติเดียวกันส่งผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีองค์ประกอบและรายละเอียดเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุใน

งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินภายในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มผู้ป่วย คือ เป็นผู้ป่วยที่มีบาดแผลจากอุบัติเหตุและมีระดับการรู้สติ (GCS = 15) ทำให้อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในการจัดการความปวดจากบาดแผลชนิดเรื้อรังหรือบาดแผลอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรมีการศึกษาและติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติพยาบาลในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- ปรีชา ศิริทองถาวร.(2552). การดูแลรักษาบาดแผล. ใน อนันต์ ตันมุขยกุล, พรสุข หุ่นรินทร์, สุภาพร โอภาสสถานนท์ และดวงพร สายอร่าม (บรรณาธิการ), การดูแลผู้บาดเจ็บที่ไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 32-44). กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552.
- สถิติงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่. (2553). รายงานสถิติประจำปี พ.ศ. 2553. กระบี่.
- Arroyo-Novoa, C. M., Figueroa-Ramos, M. I., Miaskowski, C., Padilla, G., Stotts, N., & Puntillo, K. A. (2009). Acute wound pain: Gaining a better understanding. *Advances in Skin & Wound Care*, 22, 373-380.
- Blank, F. S. J., Mader, T. J., Wolfe, J., Keyes, M., Kirschner, R., Provost, D. et al. (2001). Adequacy of pain assessment and pain relief and correlation of patient satisfaction in 68 ED fast-track patients. *Journal of Emergency Nursing*, 27, 327-334.
- Briggs, M. & Torra i Bou, J. E. (2002). Pain at wound dressing change: A guide to management. In S. Cahe (Ed.). *Pain at wound dressing change* (pp. 12-17). London: Medical Education Partnership.
- Fosnocht, D. E., Swanson, E. R. & Bossart A.P. (2001). Patient Expectations for pain Medication Delivery. *American Journal of Emergency Medicine*, 19, 399-402.
- Glover, D., Hollinworth, H., Bethell, E., Grove, Jo-Anna., Newmen, L., Nicholson, J., et al. (2006). Issues in wound care: Implementing best practice to minimize trauma and pain. A report from an independent advisory group, Mölnlycke Health Care Wound Academy.



- Kammerlander, G., & Eberlein, T. (2002). Nurses' views about pain and trauma at dressing changes: A central European perspective. *Journal of Wound Care*, 11, 76-79.
- Kumar, N. (2007). WHO normative guidelines on pain management. Retrieved from http://www.who.int/medicines/arres/quality_safety/delphi_study_pain_guidelines.pdf
- Lynch, M. (2001). Pain as the fifth vital sign. *Journal of Intravenous Nursing*, 24, 85-94.
- Marinsek M., Kovacic D., Versnik D., Parasuh M., Golez S., & Podbregar M. (2007). Analgesic treatment and predictors of satisfaction with analgesia in patients with acute undifferentiated Abdominal pain. *European Journal Pain*, 11(7), 773-778
- Moffatt. C. J., Franks, P. J., & Hollinworth, H. (2005). Nurses' views about pain and trauma at dressing changes: results of a national survey. *Journal of Wound Care*, 9, 369-373.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Retrieved from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp30.pdf
- National institute of clinical studies [NICS]. (2011). Emergency care acute pain management manual
- Nicol M. F., & Cleary A. D. (2003). Why haven't you taken any pain killers? A patient focused study of the walking wounded in an urban emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 20, 228-229
- Polit, D. F., & Beck, C. T., (2012). *Nursing research: Principles and methods* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Ruth, S., Riad, M., Sigalit, K., & Mayer, B. (2005). Undertreatment of acute pain in the emergency department: A challenge. *International Journal for Quality in Health Care*, 17, 173-176.
- Stotts, N. A., Puntillo, K., Morris, A. B., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., White, C., et al. (2004). Wound care pain in hospitalized adult patients. *Heart & Lung*, 33, 321-332.
- The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. (2008). The Joanna Briggs Institute Tissue Viability Nurses Association [TVNA]. (2004). The best practice statement: Minimizing trauma and pain in wound management. Retrieved December 3, 2010 from http://www.wounds-uk.com/pdf/content_8952.pdf
- The College of Emergency Medicine. (2005). Clinical effectiveness committee guideline for the World Union of Wound Healing Societies [WUWHS]. (2004). Principle of best practice: Minimizing pain at wound dressing related procedures: A consensus document: MEP. Retrieved from http://www.wuwhs.org/general_publications.php
- Wong, E. M. L., Chan, H. M. S., Rainer, T. H., & Ying, C. S. (2007). The effect of a triage pain management protocol for minor musculoskeletal injury patients in a Hong Kong emergency department. *Australian Emergency Nursing Journal*, 10, 64-72.
- World Union of Wound Healing Societies [WUWHS]. (2007). Principle of best practice: Minimising pain at dressing related procedures. Implementation of pain relieving strategies: Wound Pedia. Retrieved from http://www.wuwhs.org/general_publications.php