



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวด ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม

ชัชเจนค์ แพรขาว*

โพธิพงษ์ เรืองจ้อย**

สุภาพรณัฏ์ ตันตษ์สุระ**

นิชาภัทร บุษมมงคล**

พจนา ทัพพชัย**

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมโดยใช้กรอบแนวคิดบนหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup ปี ค.ศ. 2000 ประกอบด้วย 1) การประเมินความปวด 2) การจัดการความปวด และ 3) การป้องกันปัจจัยเสี่ยงจากความปวดที่กระตุ้นความรุนแรงของพยาธิสภาพ คุณภาพของแนวปฏิบัติ (CVI=.93) นำใช้โดยพยาบาลจำนวน 29 คน แผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุ โดยวัดประเมินเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านความเป็นไปได้ในการนำมาใช้อยู่ที่ระดับมาก ร้อยละ 72.9 ความพึงพอใจต่อการนำใช้แนวปฏิบัติอยู่ที่ระดับมาก ร้อยละ 86.5 2) ด้านความพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดด้วยยา และเป็นส่วนหนึ่งที่ได้ร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยกระบวนการทางการพยาบาล อยู่ที่ระดับระดับมาก ร้อยละ 75.86 การมีแนวปฏิบัติทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจ ได้แสดงบทบาทอิสระในการจัดการความปวด ระดับมาก ร้อยละ 75.17 และ 3) การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติร้อยละเฉลี่ยของการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวด คิดเป็นร้อยละ 80 พยาบาลมีความพอใจในการใช้แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้โดยเฉพาะใช้ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดด้วยยาชนิดฉีดทุกคน (12 คน) และได้รับการติดตามประเมินผลข้างเคียงอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล; ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรง; หลักฐานเชิงประจักษ์

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, e-mail: chatkao69@gmail.com

** โรงพยาบาลขอนแก่น



Development of Nursing Practice Guidelines for Pain Management in Severe Traumatic Brain Injury and Multiple Injury Patients

Chatkane Peakao*

Pothipong Ruengjui**

Supaporn Tansura**

Nichapat Bussamongkon**

Potjana Tupsai**

Abstract

The development of nursing practice guidelines for pain management in severe traumatic brain injury and multiple injury patients employed the evidence-based practice model of Soukup in 2000 which consisted of 1) pain assessment, 2) pain management, and 3) prevention of risk factors of pain stimulating severity of pathology. The content validity was performed (CVI=.93). The practice guidelines was applied by 29 nurses in an accident and surgery department. The possibility of application, and satisfaction with the application of the guideline were assessed. It was found that 1) the possibility of application was good at 72.9 percent, 2) the satisfaction with the application was good at 86.5 percent, and 3) the satisfaction with the nursing practice regarding pain management with medicines and involvement with the practice development was good at 75.86 percent. The practice also gave the nurses confidence to perform their role independently in order to manage pain, which was good at 75.17 percent. The nursing practice followed the pain management practice guideline at 80 percent. The nurses were satisfied with the pain assessment applied with the patients who were not able to communicate, especially those who were unconscious and those who had pain killer injection (12 patients). They were closely monitored for side effects of the medicines. application was good at 72.9 percent, 2) the satisfaction with the application was good at 86.5 percent, and 3) the satisfaction with the nursing practice regarding pain management with medicines and involvement with the practice development was good at 75.86 percent. The practice also gave the nurses confidence to perform their role independently in order to manage pain, which was good at 75.17 percent. The nursing practice followed the pain management practice guideline at 80 percent. The nurses were satisfied with the pain assessment applied with the patients who were not able to communicate, especially those who were unconscious and those who had pain killer injection (12 patients). They were closely monitored for side effects of the medicines.

Keywords: nursing practices guideline; severe traumatic brain injury; evidence based practice

* Faculty of Nursing, Khon Kaen University, e-mail: chatkao69@gmail.com

** Khon Kaen Hospital



ความเป็นมาและความสำคัญ

การบาดเจ็บเกิดจากแรงกระทำภายนอกร่างกายต่อเนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกระทำ อุบัติเหตุจราจรทางบกจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญ เช่น สมองไขสันหลังและทรวงอก แรงที่กระทำต่อเนื้อเยื่อจะเปลี่ยนเป็นสัญญาณความปวดส่งผ่านทางระบบประสาทส่วนปลายเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นความปวดเฉียบพลันรุนแรง¹ ความรุนแรงของความปวดสัมพันธ์กับตำแหน่ง ชนิด และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ได้รับ²⁻³ อีกทั้งระดับคะแนนความรุนแรงการบาดเจ็บ (Injury severity score [ISS]) ที่มากกว่า 14 คะแนน จะสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางการแพทย์และคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป³ หากความปวดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมอาจส่งผลต่อ อัตราการตาย ความพิการ ระยะเวลาการรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล⁴ เสียโอกาสและหน้าที่การทำงานในอนาคต⁵ รวมถึงความทุกข์ทรมานจากความปวด⁶⁻⁷

ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจะมีความปวดระดับรุนแรง โดยเฉพาะระยะ 72 ชั่วโมง แรกผู้ป่วยจะมีอาการปวดตลอดเวลาทั้งหลังขณะพักและขณะเคลื่อนไหวร่างกาย⁸⁻⁹ และผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงจะรู้สึกตัวหรือมีระดับความรู้สึกตัวลดลง (Glasgow coma scale) ระดับ 3-8 คะแนน ไม่สามารถสื่อสารเพื่อรายงานความปวดของตนเองได้ อีกทั้งผู้รักษามุ่งสนใจแก้ไขสาเหตุการบาดเจ็บที่คุกคามต่อชีวิตเป็นสำคัญ และยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ยาบรรเทาปวดและยาระงับสงบจะไปดับอาการ นับเป็นข้อจำกัดและความยากต่อการประเมินและจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยถูกละเลยและได้รับยาบรรเทาความปวดไม่เพียงพอต่อการตอบสนองต่อความปวด¹²⁻¹³

ความปวดจากการบาดเจ็บไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายหลั่งสาร Catecholamine ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาและพฤติกรรม¹² โดยไปเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจและความดันเลือดเพิ่มสูงขึ้นและมีพฤติกรรมดิ้นไปมา กระสับกระส่าย

(Agitation) หากไม่สามารถควบคุมความปวดได้ จะส่งผลกระทบต่อระบบเผาผลาญของร่างกายทำให้ต้องใช้พลังงานและออกซิเจนเพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน คาร์บอนไดออกไซด์สูง ไช้สูง ชัก ความดันเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดเสีย ชีต เกิดภาวะสมองขาดเลือดและออกซิเจน สมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น¹ ซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวเรียกว่าการบาดเจ็บสมองระยะสอง (Secondary brain injury) เป้าหมายสำคัญการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงคือป้องกันการบาดเจ็บสมองระยะสอง ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการเฝ้าระวังกำกับติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและป้องกันภาวะแทรกซ้อน¹²⁻¹³ ผ่านแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อจัดการความปวด

สำหรับการจัดการทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงได้กล่าวถึง การให้ยาระงับปวดและยาระงับสงบหรือยาลดกล้ามเนื้อ ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งอเมริกา The Society of Critical Care Medicine (SCCM) ปี ค.ศ. 2013¹¹ โดยจะช่วยควบคุมความปวดและยาระงับสงบ มีผลต่อการลดลงของความดันเลือด อัตราการหายใจ ระดับความดันในกะโหลกศีรษะและการบาดเจ็บสมอง อีกทั้งอาการที่สงบลงยังช่วยให้ทีมบุคลากรสามารถจัดการและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น แต่ในกลุ่มนี้จัดว่าเป็นยาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต จึงต้องติดตามประเมินและเฝ้าระวังอาการอื่นไม่พึงประสงค์ภายหลังจากการได้รับยาอย่างใกล้ชิด¹⁴⁻¹⁵

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงควรใช้มาตรฐานทางการแพทย์และการนำผลการวิจัยมาประกอบการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อเป็นการพัฒนากระบวนการเชิงระบบการพยาบาล ประกอบกับแรงผลักดันและความจำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นผลลัพธ์ (Nursing outcome) จึงต้องพัฒนาระบบบริการการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีและมีคุณภาพมากที่สุด¹⁶ ปัญหาและอุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองถูกนำมาวิเคราะห์ร่วมกับบุคลากรในหน่วยงาน โดยใช้การ



วิเคราะห์บริบทการทำงานตามกระบวนการ The outcomes model for health care research¹⁷ ซึ่งผลการวิเคราะห์มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความรุนแรงของการบาดเจ็บ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมและสรีรวิทยาแล้วไม่สามารถจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม 2) บุคลากรสุขภาพมีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 14.29 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตยังน้อยและการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีขั้นสูง 3) อัตราการล้มไม่เพียงพอเมื่อเทียบสัดส่วนต่อภาระงาน มีแนวปฏิบัติหลากหลายและไม่สัมพันธ์กับตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น ท่อช่วยหายใจและสายระบายต่างๆ เลื่อนหลุด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนาน ค่าใช้จ่ายหน่วยงานที่สูงขึ้น อัตราตาย ติดเชื้อ^{3,7}

ผู้วิจัยและคณะจึงสนใจพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลผ่านการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามมาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและการบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมตามกรอบแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup¹⁸ และทดลองใช้โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพราะการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงโดยเฉพาะประเด็นการจัดการความปวดถือว่ามีความซับซ้อนและต้องประสานงานกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ การติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับยาแก้ปวดที่อาการข้างเคียงที่คุกคามต่อชีวิตได้ ดังนั้นการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจะช่วยเป็นกรอบคิดในการจัดการพยาบาลได้ครอบคลุมและจัดเก็บตัวชี้วัดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม
2. เพื่อศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล

การจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมไปใช้ในหน่วยงาน ได้แก่ ความเป็นไปได้ในการนำใช้และความพึงพอใจในการนำใช้แนวทางปฏิบัติ

3. เพื่อศึกษาผลจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ คะแนนความปวด คะแนนภาวะง่วงซึม คะแนน Glasgow coma score

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษายู่ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยมีกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยจำนวน 29 คน ซึ่งเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

2. แพ้ข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและ/หรือมีบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม โดยพยาบาลเป็นผู้ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการจำนวน 12 ฉบับ

กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup¹⁹ เนื่องจากมีรูปแบบขั้นตอนกระบวนการชัดเจน ครอบคลุมเข้าใจง่ายและเน้นการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กรตลอดจนชี้แนะแนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีกระบวนการทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) เป็นขั้นตอนของการกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิก จาก 2 แห่ง คือ

- 1) **ประสบการณ์ (Practice triggers)** เป็นการค้นหาปัญหาจากปรากฏการณ์การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมโดยการสังเกตจากการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกเวชระเบียนและสอบถามปัญหาการปฏิบัติงาน และมีการนำใช้กระบวนการของ The Outcomes model for health care



research¹⁷ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องและประเมินผลผลลัพธ์ การดูแลด้านสุขภาพให้ชัดเจน สถานการณ์/หน่วยงาน มากยิ่งขึ้น ขององค์ประกอบ 3 ระดับ คือ (1) ระดับ ผู้ใช้บริการ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระดับความรู้สึก ตัว GCS 3-8 คะแนนทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการ ประเมินและการจัดการความปวดที่เพียงพอและครบ ถ้วนทุกราย (2) ระดับผู้ให้บริการ ความหลากหลายของ การรักษาทำให้เกิดความสับสนในการวางแผนการดูแล ประสพการณ์และทักษะการพยาบาลของบุคลากรที่แตก ต่างกันไปตามความรู้และประสบการณ์ และ (3) ระดับ หน่วยงาน/องค์กร พบว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลที่ หลากหลาย และไม่ได้ใช้แบบประเมินความปวดสำหรับ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว การบันทึกทางการพยาบาลหลายรูปแบบ หลังจากวิเคราะห์ปัญหาผู้วิจัยทำการคัดสรรปัญหา เพื่อ นำมาวางแผนการดูแลและประยุกต์ใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง กำหนดความ ต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติการพยาบาล วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย

2) แหล่งความรู้ (Knowledge triggered) ทำการ ค้นคว้าเอกสาร ทบทวนวรรณกรรม ตำรา บทความ วิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและการ จัดการความปวด เครื่องมือ แนวทางและรูปแบบการ พัฒนางานเพื่อนำมาประยุกต์ใช้แก้ปัญหาการพยาบาล ตามข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางการ พยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยได้รับ การประเมินความปวดไม่ตรงกับสภาพของผู้ป่วย ที่มี สุขภาพมุ่งเน้นการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิต และแพทย์ใช้ยาบรรเทาปวดขั้นพื้นฐาน เพราะเกรงว่ายา บรรเทาปวดแบบรุนแรงจะบดบังพยาธิสภาพผู้ป่วยโดย เฉพาะการประเมินระดับความรู้สึกตัว ปัจจุบันความรู้ ความก้าวหน้าของแนวปฏิบัติการบริหารยาระงับปวด และระดับความรู้สึกในผู้ป่วยวิกฤตเข้ามาใช้ ICU Seda- tion guidelines of care ของสมาคม San Diego Patient Safety Council 2009¹¹ เป้าหมายไม่ให้งานสมองถูกทำลาย มากขึ้น ป้องกันการเกิดบาดเจ็บระยะสอง¹¹⁻¹³ ป้องกัน การเกิดอาการสมองบวม นำสู่ภาวะความดันกะโหลก

ศีรษะสูง และการฟื้นตัวของสมองระยะเวลามาก¹³ แต่ ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เฉพาะเจาะจงต่อการจัด การความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บ อวัยวะอื่นร่วมรวมถึงการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความ ปวดที่แม่นยำและเหมาะสม¹⁴⁻¹⁵

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ เกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิก (Evidence support phase) ระยะทบทวนวรรณกรรมและคัดเลือกหลักฐาน เชิงประจักษ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยใช้แนวคิด PICOT¹⁸ กำหนดคำค้น ได้แก่ Pain assessment in non-commu- nication patient/severe traumatic brain injury and Multipletrauma, pain management/ assessment/ pain tool, pain in severe traumatic brain injury, clinical practice guideline /clinical nursing practice guide- lineforsevere head injury, sedative/analgesic assess- ment, outcome โดยใช้แหล่งสืบค้นข้อมูล CINAHL, Cochrane Library, ScienceDirect, PubMed, Scholar, Thai journal และการสืบค้นด้วยมือจากบทความวารสาร และตำราในห้องสมุด อยู่ระหว่างปี ค.ศ. 2007-2017 และใช้เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามหลัก เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์¹⁹ สรุปผลคัดเลือกได้ บทความทั้งหมด 9 เรื่อง เป็นบทความภาษาไทยและ อังกฤษ ระดับ 1 จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 3 จำนวน 2 เรื่อง และระดับ 4 จำนวน 2 เรื่อง และนำมาสกัดเนื้อหาเพื่อยกร่างแนวปฏิบัติและตรวจ สอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและนำมา ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อทดลองใช้ต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและ นำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) มีขั้นตอน ดังนี้

1) คณะผู้วิจัย ประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าหอ ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยแพทย์หัวหน้าแผนก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการ พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์

2) กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์



โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและ บาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาล ได้แก่ ความเป็นไปได้การนำใช้และความ พึงพอใจต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล และผล จากการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ คะแนน ความปวด คะแนนภาวะง่วงซึม คะแนน GCS

3) นำเสนอโครงสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล

4) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ การพยาบาลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ วิทยาลัยแพทย์ อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการ บริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ 2 ท่าน เป็น ผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำมาปรับแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรง (CVI=.93)

5) นำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ โดยคณะผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงต่อกลุ่มเป้าหมาย ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล คือพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วย มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป จำนวน 29 คน และเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมองรุนแรงและมีบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม ระดับความ รู้สึกตัว GCS 3-8 คะแนน ที่เข้ารับการรักษาระยะ 72 ชั่วโมงแรก ช่วงระหว่างเดือน มีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 12 ฉบับ

ขั้นตอนที่ 4 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ไปใช้จริง (Evidence based phase) ซึ่งการวิจัยระยะที่ 4 เป็นการประกาศใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลของหอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ต่อไป แนวปฏิบัติการพยาบาล มี โรงพยาบาลขอนำไปประยุกต์ใช้ 3 โรงพยาบาล ผู้วิจัยจะ ติดตามผลการใช้มาเขียนรายงานวิจัยต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามความเป็นไปได้การนำใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วย บาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม

ของพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเป็นไปได้ของ การนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบสอบถาม ความพึงพอใจในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

2) ชุดการดูแลเพื่อการจัดการความปวดในผู้ป่วย บาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญโดยการเขียนรายงานวิจัยจะ ไม่เปิดเผยชื่อของผู้ร่วมโครงการวิจัยทั้งหมดและการ เขียนรายงานวิจัยใช้คำว่าพยาบาลและผู้ป่วยเท่านั้น โดย ยื่นขอกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยได้รับอนุมัติเลขที่ HE612037

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความ ปวดในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะ อื่นร่วม ประกอบด้วย

1. ชุดข้อเสนอแนะสำหรับการประเมินความปวด ที่ได้จากการใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1.1 แผนภูมิแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ การจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม

1.2 แบบประเมินระดับการระงับประสาท (Assessment of sedation)

1.3 แบบประเมินความปวด Non-verbal Pain Scale

2. ชุดข้อเสนอแนะสำหรับการจัดการความปวด ด้วยการให้ยา ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกการปฏิบัติการจัดการความปวด ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม



2.2 แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ
การจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและ
บาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม

2.3 แผนการรักษาของแพทย์ (Standing
Order)

3. ชุดข้อเสนอแนะสำหรับการติดตามประเมินภาย
หลังการจัดการความปวดด้วยการใช้ยา

3.1 แบบบันทึกสัญญาณชีพและการบันทึก
ทางการพยาบาล

3.2 แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ
การจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและ
บาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วม

4. ชุดกิจกรรมการพยาบาล เช่น การดูดเสมหะใน
ท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนท่า การหายใจลึกและไอ การ
ทำแผล

4.1 แบบบันทึกข้อมูลความปวดจากหัตถการ
การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การจัดทำ การทำแผล
การหายใจลึกและไอ การทำหัตถการทางการรักษา ส่วน
ที่ 2 ผลความคิดเห็นของพยาบาลต่อการทดลองใช้แนว
ปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ
รุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมไปใช้ในหน่วยงาน
แบ่งออกเป็น

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงานแผนก
ศัลยกรรมอุบัติเหตุ 29 คน เพศชาย 4 คน (ร้อยละ
13.79) เพศหญิง 25 คน (ร้อยละ 86.21) อายุงาน
1-5 ปี มีจำนวน 19 คน (ร้อยละ 65.52) อายุงาน 6-10
ปี มีจำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.79) อายุงาน 10-15 ปี
มีจำนวน 5 คน (ร้อยละ 17.21) และอายุงาน 15-20
ปี มีจำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.45) จบการศึกษาพยาบาล
ศาสตรบัณฑิต 28 คน (ร้อยละ 96.55) พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต 1 คน (ร้อยละ 3.45)

2.2 ข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรง

2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง
ผลการศึกษาแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย 12 แฟ้มพบว่า เป็นเพศ
ชาย 9 คน (ร้อยละ 75) เพศหญิง 3 คน (ร้อยละ 25)

มีสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจรทางบก (ร้อยละ 100) ช่วง
อายุ 15-24 ปี พบมากที่สุด 6 คน (ร้อยละ 50) ระดับ
คะแนนความรู้สึกตัว เมื่อแรกได้รับพบมากที่สุดคือ 6T
จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) ระดับคะแนนต่ำสุด 2T
พบ 2 คน (ร้อยละ 16.67) การวินิจฉัยของแพทย์
Sever Traumatic Brain Injury; STBI พบมากที่สุดจำนวน
5 คน (ร้อยละ 41.67) รองลงมาคือ STBI and Blunt
abdominal Brain Injury จำนวน 3 คน (ร้อยละ 25)
STBI and Multiple Injury จำนวน 2 คน (ร้อยละ 16.67)
และมี STBI and Vascular injury และ STBI and Frac-
ture Extremities อย่างละ 1 คน (ร้อยละ 8.33) การ
รักษาโดยการผ่าตัด Craniotomy จำนวน 2 คน (ร้อยละ
16.67)

2.2.2 คะแนนความปวดที่ประเมินโดยใช้ Non-
verbal pain scale ผลการศึกษาแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย 12 แฟ้ม
คะแนนความปวด 24 ชั่วโมง พบว่า คะแนนความปวด
เล็กน้อยจำนวน 10 คน (ร้อยละ 83.33) และความปวด
ปานกลาง 2 คน (ร้อยละ 16.67) หลังจากได้รับการ
จัดการความปวดโดยได้รับยาแก้ปวดชนิดให้ทางหลอดเลือดดำ
พยาบาลประเมินซ้ำพบว่ากลุ่มที่มีระดับความ
ปวดเล็กน้อย จำนวน 10 คน มีระดับความปวดลดลง
4 คน (ร้อยละ 40) มีระดับความปวดคงที่ 6 คน (ร้อยละ
60) กลุ่มที่มีระดับความปวดปานกลาง จำนวน 2 คน มี
ระดับความปวดลดลง 1 คน (ร้อยละ 5) ระดับความปวด
เพิ่มขึ้น 1 คน (ร้อยละ 50) ไม่พบผู้ป่วยที่มีระดับความ
ปวดรุนแรง และผลคะแนนความปวด 48-72 ชั่วโมง มี
ผู้ป่วยเหลือ 10 คน เสียชีวิต 2 คน มีความปวดลดลง
5 คน (ร้อยละ 50) และคงที่ 5 คน (ร้อยละ 50)

2.2.3 การได้รับยาบรรเทาปวดผลการศึกษาพบว่า
ระยะ 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วย ได้รับยา Fentanyl (Opioid)
จำนวน 9 คน (ร้อยละ 75) ได้รับยา Fentanyl+Dormicum
(Sedative) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 16.67) และได้รับ
ยา Fentanyl+Dormicum+Propofol (Sedative)
จำนวน 1 คน (ร้อยละ 8.33) ซึ่งช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมง
มีการให้ยาบรรเทาปวดเหมือนช่วง 24 ชั่วโมงแรก แต่
ช่วงเวลา 48-72 ชั่วโมง มีการให้ยา Fentanyl จำนวน



11 คน (ร้อยละ 91.67) และให้ยา Fentanyl+Dormicum+ Propofol จำนวน 1 คน (ร้อยละ 8.33) ซึ่งรูปแบบการบริหารยาแบบตามเวลาต่อเนื่อง (Around the clock) ระยะ 24 ชั่วโมงแรกพบอาการข้างเคียง ได้แก่ ความดันเลือดสูง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 16.67) ช่วงเวลา 24-48 ชั่วโมง พบว่ามีไข้สูง จำนวน 2 คน และช่วงเวลา 48-72 ชั่วโมง พบอาการ Agitation จำนวน 1 คน Tachypnea จำนวน 1 คน และพบมีไข้ร่วมกับ Agitation 1 คน และ มีไข้ร่วมกับ Tachypnea อย่างละ 1 คน

2.3 ความเป็นไปได้ในการนำใช้และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล

2.3.1 ความเป็นไปได้ในการนำใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 72.90 การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวด คิดเป็นร้อยละ 80

2.3.2 ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.50 และสามารถปฏิบัติตามนโยบายปฏิบัติการพยาบาลได้ คิดเป็นร้อยละ 72.41 ความพึงพอใจต่อแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100

2.3.3 ความยากง่ายต่อการใช้และความสะดวกในการใช้ไม่ยุ่งยากซับซ้อนอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 77.93 และการเป็นส่วนหนึ่งที่ได้ร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับมากร้อยละ 75.86 การมีแนวทางปฏิบัติทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจ ได้แสดงบทบาทอิสระการจัดการความปวด อยู่ในระดับมากร้อยละ 75.17 การประหยัดค่าใช้จ่าย มีความคิดเห็นที่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ระดับปานกลางถึงร้อยละ 100

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์จากการทดลองใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล

3.1 คะแนนความปวด จากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย 12 แฟ้ม พบว่า ภายหลังที่ได้รับการจัดการความปวดใน 24 ชั่วโมงแรก มีความปวดลดลง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 42, ภายใน 48 ชั่วโมง และ มีความปวดลดลง 7 คน คิดเป็น

ร้อยละ 58 และ ภายใน 72 ชั่วโมง มีความปวดลดลง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 83 ตามลำดับ

3.2 คะแนนภาวะง่วงซึมการประเมินคะแนนความง่วงซึมมีเพียง 3 แฟ้มที่มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 25

3.3 Glasgow coma score มีเพียง 4 แฟ้มที่ได้รับการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องภายหลังได้รับยาและผู้ป่วยระดับความรู้

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยแบบพัฒนางานการพยาบาลแผนก ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ การวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่น ร่วมผ่านกระบวนการวิจัยโดยใช้กรอบแนวคิด Soukup¹⁸ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นที่ 1) การสังเคราะห์ปัญหาและระดมสมองคณะผู้วิจัยวิเคราะห์ ปัญหาบริบทของผู้ป่วย นำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงระยะ 72 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตได้จากภาวะแทรกซ้อนที่พยาบาลต้องติดตาม ประเมิน บันทึกการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของผู้ป่วย และการรายงานแพทย์¹⁴ ข้อค้นพบจากขั้นตอนที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บรุนแรงและมีบาดเจ็บอื่นร่วมด้วย เช่น กระดูกหัก บาดเจ็บช่องท้อง เป็นต้น ไม่มีข้อมูลคะแนนความปวด เนื่องจากแบบประเมินความปวดไม่สอดคล้องกับกับพยาธิสภาพผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ส แต่ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดด้วยยาฉีด นำไปสู่การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนางานพยาบาล ขั้นที่ 2) ผู้วิจัยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่จะพัฒนาโดยใช้วิธีของ PICOT ได้งานวิจัยมา 9 ฉบับ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อความรู้ เรื่องเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสม คือ Non-verbal pain scale เครื่องมือประเมินภาวะง่วงซึม (Sedative score) และ กลุ่มอาการที่ต้องติดตามหลังให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Strong



Opioid นำสู่การยกร่างแนวปฏิบัติและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ชั้นที่ 3) ผู้วิจัยและคณะได้ ชี้แจงพยาบาลผู้ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยต้อกระจกอุบัติเหตุ จำนวน 29 คน เพื่อทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย 12 คน การศึกษาวิจัยตามกรอบแนวคิดของ Soukup สมบูรณ์ ถึงขั้นตอนที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พนอ เตชะอธิก สุนทราพร วันสุพงศ์ และ สุมมนา สัมฤทธิ์รินทร์²⁰ ที่ศึกษาผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่หน่วยผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้กรอบแนวคิดของ Soukup ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร วงษะบิลนาม²¹ ที่ใช้กรอบแนวคิดของ Soukup มาพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมไปใช้ในหน่วยงาน ความยากง่ายต่อการใช้และความสะดวกในการใช้ไม่ยุ่งยากซับซ้อนส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับมากโดยให้ความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความง่ายและสะดวกใน ใช้จึงอธิบายได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง มีการปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (Total care) ทำให้สามารถประเมินและให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น ง่ายต่อการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและกิจกรรมที่ปฏิบัติ และส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ทำให้พยาบาลไม่รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงมากเกินไป จึงแสดงความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ด้านการประหยัดค่าใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ระดับปานกลางถึงร้อยละ 100 อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงหลังเข้ารับการรักษายังเป็นช่วงระยะเวลาที่ต้องเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดและต้องมีหัตถการหรือการตรวจวินิจฉัยที่จำเป็นต่อการดูแลรักษาค่อนข้างมาก ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือลดลงจาก

ก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ ด้านความสามารถนำไปใช้ในทีมและความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยระดับมาก ร้อยละ 100 สะท้อนให้เห็นว่า แบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นสามารถอำนวยความสะดวกให้กับผู้ปฏิบัติ ทีมที่ดูแลรักษาผู้ป่วยสามารถรับทราบกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วย มีลำดับขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน ประกอบกับเนื้อหาของกิจกรรมการดูแลเป็นหลักฐานที่สร้างขึ้นจากความรู้เชิงประจักษ์ สามารถปฏิบัติได้ด้วยความมั่นใจและสอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงาน^{11,14}

ผลจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้านคะแนนความปวดจากข้อมูลผู้ป่วย 12 คน ที่บาดเจ็บสมองรุนแรงพบว่า ระยะ 24 ชั่วโมงแรก ผลการประเมินโดยใช้ Non-verbal pain scale ส่วนใหญ่มีความปวดระดับเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วย 12 คนได้รับยาาระงับปวด Strong Opioid และ Sedative ซึ่งเห็นว่าการระดับความปวดของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงมีระดับน้อยก็ตาม แต่ยังคงต้องได้รับยาบรรเทาปวด เพราะแพทย์ต้องการลดกิจกรรมของผู้ป่วยไม่ให้มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น^{11,12} การติดตามประเมินความปวดใน 72 ชั่วโมงแรก ความปวดมีระดับคงที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวมีคะแนน GCS อยู่ระดับต่ำกว่า 6T และในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย ระหว่าง 48-72 ชั่วโมงผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนหลังบาดเจ็บคือ Agitation, Tachypnea และไข้ ซึ่งไม่ใช่เป็นผลมาจากการได้รับยาาระงับปวด^{11,15}

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานสามารถบันทึกข้อมูลเพื่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และส่งให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สะท้อนได้จากความพึงพอใจของพยาบาล แม้ผลการศึกษาจะพบว่าพยาธิตัวของของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นก็ตาม แต่เป็นการส่งต่อข้อมูลที่มีความต่อเนื่องของการดูแล อย่างไรก็ตามบทความวิจัยนี้ผู้วิจัยต้องการนำเสนอผลของการพัฒนา



แนวปฏิบัติการพยาบาลจึงจะมีบทความวิจัยที่น่าเสนอผลของการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรงและอวัยวะอื่นบาดเจ็บร่วมสามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลได้จริง มีความโดดเด่นเรื่องเครื่องมือประเมินความปวดผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีควรเน้นย้ำและฝึกทักษะบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปฏิบัติแนวทางเดียวกัน อีกทั้งการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงควรมีการจัดการตั้งแต่แรกรับเข้ารักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย อย่างไรก็ตามการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของพยาบาลแต่ละสาขานั้น ๆ เป็นสำคัญ เพราะเป็นผู้ซึ่งมีความเข้าใจบริบทการทำงานดีที่สุด สามารถวิเคราะห์ ประเมินและบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดประโยชน์และประสิทธิผลต่อการดูแลมากที่สุด สำหรับผู้ป่วยในความรับผิดชอบ อีกทั้งยังประโยชน์แก่บุคลากรและองค์กรที่ต้องนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนวิจัย

References

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Pain Management. Brunner&Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing 12thed 2010.
2. Ahmadi A, Shahrzad BH, Zahra HZ, Euasobhon P, Ketumarn P, Karbasfrushan A, et al. Pain management in trauma: A review study. Journal Injury Violence Respiratory 2016;8(2):89-98.
3. Bussamongkon N, Paerkoa C. The relationship between severity of injuries and nursing outcomes in injured patients. Journal of Nursing and Health Care 2017:110-8. (in Thai)
4. Haddad SH, Arabi YM. Critical care management of severe traumatic brain injury in adults. Scandinavian Journal of Trauma: Resuscitation and Emergency Medicine 2012;20(12):2-15.
5. Deepak G, Deepak S, Kannan N, Prapruettham S, Charles M, Wang J, et al. Guideline Adherence and Outcome in severe Adult: Traumatic Brain Injury for the CHIRAG Study (Collaborative Head Injury and Guide lines). World Neurosurgery: Traumatic Brain Injury Guideline[Internet]. 2016[cited 2017 November 10];89:169-79. Available from :www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26806065
6. Liao Kh, Chang CK, Chang KC, Chen TY, Chou CW, Chung WY, et al. Clinical practice guidelines in severe traumatic brain injury in Taiwan. World Surgical Neurology. 2009;72(2): 66-74. doi:<https://doi.org/10.1016/j.surneu.2009.07.004>
7. Lannin NA, Laver K, Henry K, Turnbull M, Elder M, Campisi J, et al. Effects of care management after brain injury : A systematic review. Neuro Rehabilitation Journal 2014;35(4):635-41. doi: 10.3233/NRE-141161
8. Schnaker C, Chatelle C, Gosseries S, MO, Marie DV, Laureys S. Assessment and



- detection of pain in non communicative severely brain injured patients. Expert review of Neurotherapeutics 2010;10(11) :1725–31.
9. Stocchetti N, Carbonara M, Citerio G, Ercole A, Skrifvars MB, Smielewski P, et al. Severe traumatic brain injury: targeted management in the intensive care unit. The LANCET Neurology 2017;16(6):452–64
 10. Barr J, Ely EW, Davidson JE, Joffe AM, Ramsay MA, Brenda P. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Critical Care Medicine 2013;41(1):263–306. Available from <http://www.iculiberation.org/Bundles/Pages/Pain.aspx>.
 11. Arbour C, Gelinas C. Behavioral and Physiologic Indicators of pain in nonverbal patients with a traumatic Brain Injury : An integrative review. Pain Management Nursing 2014;15(2):506–18.
 12. Hickey JA, March KS. Head injury and Dysfunction. Advanced Critical Care Nursing 2nd ed chapter 12. American Association of Critical Care Nurse 2014; 218–35
 13. Ngamkham S, Krutchan N, Sawangchai J, Wattanakul B, Chidnayee S, Kiecha R. Knowledge about pain assessment and management of Thai Nurses. Journal of Nursing and Health Care. 2018;36(1):81–89. (in Thai)
 14. British Pain Society Published. Guidelines for Pain Management Programmes for adults : An evidence–based review prepared on behalf of the British Pain Society. London [internet]. 2013[cited 2016 November 10]. Available from : <http://www.britishpain.society.org>
 15. Luaute J, Plantier D, Wiart L, Tell L, SOFMER group. Care management of the agitation or aggressiveness crisis in patients with TBI: Systematic review of the literature and practice recommendations. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 2016;59(1):58–67.
 16. Jumpamool A. The Outcomes Model for Health Care Research : management in injury and emergency patients. Handout Khon Khan University 2015. (in Thai)
 17. Soukup M. The center of advanced nursing practice evidence–based practice model : Promoting the scholarship of practice [Internet]. Nursing Clinic of North America 2000 [cited 2017 Nov 21];35(2),301–9. Available from: <https://books.google.co.th/books?isbn=0826123139>
 18. Joanna Briggs Institute. Reviewers' Manual 2014 Edition. Australia: Solito Fine Colour Printers. 2014 [cited 2016 May 1] Available from : <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/>
 19. Techaatik P, Wunsupon S, Sumritrin S. Effectiveness of implementing Evidence–Based Practice for Traumatic Patients at Out Patient of the Accident and Emergency Unit. Journal of Nursing Science & Health 2011; 34(3): 65–74. (in Thai)



20. Vongrabilnam K. Development and Evaluation of clinical nursing practice guideline for pain management in elderly

trauma patients[Master thesis]. Songkla: Songkla University. 2013.(in Thai)