



การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ  
ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน  
**Development and Evaluation of the Traumatic Wound Pain Management  
Clinical Practice Guidelines at an Emergency Department**

พนิตนันท์ หนูชัยปลอด

**Phanittanan Nuchaiplot**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science (Adult Nursing)  
Prince of Songkla University**

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ชื่อวิทยานิพนธ์**                      การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวด  
จากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน  
**ผู้เขียน**                              นางสาวพนิดนันท์ หนูชัยปลอด  
**สาขาวิชา**                            พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

---

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

**คณะกรรมการสอบ**

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิธร) (รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่วงวัฒนา)

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม**

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิธร)

..... กรรมการ  
(ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

..... กรรมการ  
(ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทพณา กิจรุ่งโรจน์)

..... กรรมการ  
(ดร.มารีตา สุวรรณราช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วน  
เกี่ยวข้องทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....

(นางสาวพนิดนันท์ หนูชัยปลอด)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวพนิตนันท์ หนูชัยปลอด)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผล อุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
ผู้เขียน	นางสาวพนิดนันท์ หนูชัยปลอด
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2556

### บทคัดย่อ

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ใช้บริการ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ ณ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ผู้วิจัยคัดแปลงแนวทางและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (1998) คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice statements) และแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุและแผลอื่น ๆ ที่สร้างโดยสถาบัน/องค์การต่าง ๆ ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์และจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและเกรดของข้อเสนอแนะตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (2008) แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ 12 ขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย (1) แนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (2) แบบสอบถาม ความเป็นไปได้ของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 1 และนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน 14 ราย ในโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ผู้ป่วยก่อน ( $n = 69$ ) และหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ( $n = 108$ ) ในเรื่องความพึงพอใจและระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดผลการวิจัย พบว่า

1. แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินความปวดและการคัดกรองระดับความรุนแรงความปวดเมื่อแรกรับ (2) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (3) การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดและการบันทึกทางการพยาบาล (4) การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำแผล (ก่อนทำแผล, ขณะทำแผลและหลังทำแผล) โดยมีจำนวนข้อเสนอแนะรวม 33 รายการ

2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ ประมาณสองในสามของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด ให้ความเห็นว่ามี ความเป็นไปได้มากที่สุด ( $n = 9$ ) โดยพร้อมที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ฯ นี้และพยาบาลจำนวนเท่ากัน ( $n = 9$ ) ให้ความเห็นว่ามีแนวปฏิบัติ ฯ นี้ช่วยบรรเทาความปวดจากแผลอุบัติเหตุแก่ผู้ป่วยได้มากที่สุด

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผล อุบัติเหตุไปใช้ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุมากกว่าครึ่งหนึ่ง ( $n = 8$ ) ให้ความเห็นว่ามี ความพึงพอใจ โดยภาพรวมสูงมาก

4. ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดเฉลี่ยก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ คือ 42.79 นาที (ช่วง ค่าพิสัย 5 – 386 นาที) สูงกว่าหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ ซึ่งมีระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดเฉลี่ย 19.38 นาที (ช่วงค่าพิสัย 5–50 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $U=785, z = -2.78, p = .005$ )

5. ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ ( $M = 4.23, SD = 0.53$ ) สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ( $M = 3.75, SD = 0.70$ ) อย่างมีนัยสำคัญ ( $t = -6.71, p = .000$ )

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุที่ พัฒนาขึ้นมา มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ และควรมีการปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ควรส่งเสริมให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแพทย์มีความตระหนักถึงความสำคัญของความปวด และการจัดการความปวดที่เกิดขึ้นในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการแก่ผู้ป่วยต่อไป

<b>Thesis Title</b>	Development and Evaluation of the Traumatic Wound Pain Management Clinical Practice Guidelines at an Emergency Department
<b>Author</b>	Miss Phanittanan Nuchaiplot
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Adult Nursing)
<b>Academic Year</b>	2013

### ABSTRACT

Pain is a common problem found in patients attending an emergency department (ED). The aims of this study were to develop a set of evidence-based pain management clinical practice guidelines for patients with traumatic wound (PMCPG-TW) and to evaluate its outcomes at an ED of a general hospital in southern Thailand. The researcher developed the PMCPG-TW by following the process adapted from the National Health and Medical Research Council (NHMRC). Research evidence, best practice statements, and existing guidelines for traumatic wound pain management were critically appraised and rated by using the Joanna Briggs Institute (JBI)'s strength of evidence and grade of recommendation criteria. 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 Nurse's Satisfaction of the PMCPG-TW Questionnaire, and (4) the Patient's Satisfaction with Pain Management Questionnaire. The PMCPG-TW was validated by three experts and the content validity was verified yielding a Scale-CVI-Average of 1. The PMCPG-TW was implemented by fourteen nurses at the target setting. The patient outcomes of the PMCPG-TW, including patient's satisfaction and waiting time to pain medication, were compared between those of the pre implementation group ( $n = 69$ ) and the post implementation group ( $n = 108$ ). The results were as follows:

1. The PMCPG-TW comprised of four components (1) Pain triage and initial wound pain assessment, (2) pain management of traumatic wound, (3) pain evaluation and documentation, and (4) wound dressing pain management (before, during, and after dressing). There were 33 recommended statements.

2. Approximately two-thirds of nurses reported that the PMCPG-TW had the highest feasibility to be implemented ( $n = 9$ ) with the same number indicating that the PMCPG-TW could help reduce the pain of patients with traumatic wound.

3. More than half of the nurses rated their satisfaction towards the PMCPG-TW implementation at the highest level ( $n = 8$ ).

4. Prior to implementing the PMCPG-TW, the mean waiting time to pain medication was 42.79 minutes (ranged 5-386 minutes) which was significantly longer than that of after implementation (19.38 minutes, ranged 5–50 minutes) ( $U = 785$ ,  $z = -2.78$ ,  $p = .005$ , Mann-whitney test).

5. Patients' satisfaction after implementing the PMCPG-TW ( $M = 4.23$ ,  $SD = 0.53$ ) was significantly higher than that prior to implementing it ( $M = 3.75$ ,  $SD = 0.70$ ) ( $t = -6.71$ ,  $p = .000$ ).

The findings of this study show that the use of the pain management clinical practice guidelines for patients with traumatic wound developed in this study is feasible. Updated and continuous improvement is recommended through increasing personnel's awareness of the importance of pain and its management to improve the quality of care at ED.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิธร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักผู้ซึ่งเป็นแรงผลักดัน คอยให้กำลังใจ ความรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ ข้อคิดต่าง ๆ ทั้งในการศึกษารวมถึงเป็นตัวอย่างในการดำเนินชีวิตครอบครัว เปิดโอกาสให้ข้าพเจ้าได้มีประสบการณ์ที่ไม่เคยคาดคิดว่า จะได้มีการนำผลงานครั้งนี้ ไปนำเสนอยังมหาวิทยาลัยคุณหมิง ในการประชุมวิชาการนานาชาติที่ประเทศจีน และด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากดร. หทัยรัตน์ แสงจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่คอยให้กำลังใจ ชี้แนะ แนวทางในการเขียนวิทยานิพนธ์ตั้งแต่เริ่มศึกษา จนกระทั่งเสร็จสิ้น และบุคคลสำคัญอีกท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้โอกาสในการศึกษา คำแนะนำ กำลังใจในการดำเนินการวิจัยตลอดจนถึงปรึกษา และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้อง สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณในความกรุณาไว้เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและบุคคลที่สำคัญคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ ที่ให้ทั้งความรู้ แนวคิด แนวทางในการศึกษาตั้งแต่ขั้นตอนการค้นคว้า การอ่านงานวิจัย การรวบรวมข้อมูลต่างๆ จนถึงการเขียนวิทยานิพนธ์ตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาในระดับปริญญาโท จนกระทั่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ให้มีความสมบูรณ์พร้อมให้ข้อเสนอแนะและกำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ปลูกฝังความมานะพยายามในการพัฒนาตนเองในระหว่างการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่และครอบครัวที่คอยสนับสนุนให้พลังใจ พลังกาย รวมถึงกำลังใจทรัพย์ในตลอดระยะเวลาการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำยาสีฟันที่ส่งกำลังใจจากพี่ ๆ เพื่อนๆ ร่วมชั้นปีที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา ขอคุณงามความดีและประโยชน์แห่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้มีส่วนร่วมทุกท่าน

พนิตนันท์ หนูชัยปลอด

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	10
ขอบเขตการศึกษา.....	11
ความสำคัญของงานวิจัย.....	11
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	13
สถานการณ์ผู้ป่วยที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ.....	13
แนวคิดความปวดจากแผลอุบัติเหตุ.....	14
การประเมินความปวดและการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ.....	18
ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดและการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ.....	26
การพัฒนาแนวปฏิบัติและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวด จากแผลอุบัติเหตุ.....	30
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ผู้มีส่วนร่วม.....	41
ระยะและขั้นตอนการดำเนินงาน.....	42
ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ.....	42
ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ ฯ.....	46

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ.....	48
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	54
องค์ประกอบและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติในการจัดการความปวด	
จากแผลอุบัติเหตุ.....	55
คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	63
ผลของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้.....	69
ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของการใช้แนวปฏิบัติ.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	80
ข้อจำกัดในการศึกษา.....	81
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	81
เอกสารอ้างอิง.....	82
ภาคผนวก.....	91
ก ตารางวิเคราะห์งานวิจัย.....	92
ข คู่มือแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ.....	116
ค ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	121
ง ใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย (พยาบาล) .....	123
จ ใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย (ผู้ป่วย) .....	124
ฉ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวด	
จากแผลอุบัติเหตุไปใช้ (พยาบาล).....	125
ช แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวด	
จากแผลอุบัติเหตุ (พยาบาล).....	129
ซ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ....	130
ฌ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	131
ประวัติผู้เขียน.....	138

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1	จำนวนองค์ประกอบและจำนวนข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติในการจัดการ ความปวดจากแผลอุบัติเหตุ..... 56
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล..... 63
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล..... 65
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ ที่เข้ารับการรักษา ในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ศึกษา จำแนกตามการบาดเจ็บ ลักษณะบาดแผล ค่าคะแนนความปวด บุคคลที่นำส่งและการช่วยเหลือ เบื้องต้นก่อนเข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน..... 68
5	จำนวนของพยาบาลจำแนกตามความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการ ใช้แนวปฏิบัติ ฯ..... 70
6	จำนวนร้อยละของพยาบาลจำแนกตามความคิดเห็นต่อความพึงพอใจในการ ใช้แนวปฏิบัติ ฯ..... 72
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับของระยะเวลาการได้รับยาแก้ปวด (นาทื) ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ และสถิติแมนวิทนีย์..... 73
8	เปรียบเทียบระยะเวลาคาดหวังที่จะต้องได้รับการจัดการความปวด ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ.....73
9	เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจโดยรวมของผู้ใช้บริการ ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ..... 74
10	เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ใช้บริการ ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ..... 75
11	เปรียบเทียบความแตกต่างการจัดการความปวดของผู้ใช้บริการ ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ..... 77
12	เปรียบเทียบความแตกต่างของวิธีการจัดการความปวดของผู้ใช้บริการ ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ..... 77

## รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากอุบัติเหตุ.....	9
2 มาตรวัดความปวดของ Wong เบเกอร์ (Wong-Baker FACES Scale) หรือ Picture scale.....	20
3 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา Visual analog scale (VAS).....	20
4 มาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข Numerical rating scales (NRS).....	21
5 มาตรวัดความปวดอย่างง่าย Simple Descriptive Pain Intensity Scale.....	21

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินเป็นหน่วยงานหนึ่ง ที่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการให้บริการผู้ป่วย ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต และเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกนี้เป็นจำนวนมาก จากการสำรวจในประเทศอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีแผลอุบัติเหตุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลร้อยละ 23 และจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าร้อยละ 25 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุจากการชนส่งและสาเหตุจากบาดเจ็บอื่น ๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 43 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด โดยมีจำนวนเฉลี่ย 56 รายต่อวัน (สถิติงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่, 2553) ผู้ป่วยอุบัติเหตุเหล่านี้ มักมีแผลอุบัติเหตุร่วมด้วยเสมอ คือ มีการบาดเจ็บลักษณะของเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เห็นได้ภายนอก และเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน ก่อให้เกิดความปวดร่วมด้วยเสมอ ทั้งนี้ความรุนแรงของความปวดจะขึ้นอยู่กับขนาดของบาดแผลและอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บ

ความปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โดยพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 60-70 (Ruth, Riad, Sigalit, & Mayor, 2005) สาเหตุความปวดส่วนใหญ่เกิดจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บ จึงเป็นความปวดที่มีลักษณะเฉียบพลัน คือ เกิดขึ้นทันทีภายหลังการบาดเจ็บ และความปวดมักมีระดับรุนแรง (Stotts et al., 2004) และจะรุนแรงมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลทำความสะอาดแผล ความปวดจากแผลอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นและไม่ได้รับการจัดการที่ดีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบการไหลเวียนเลือด ระบบการหายใจ การทำงานของไต การเปลี่ยนแปลงสมดุลเกลือแร่ต่าง ๆ และระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเมื่อเกิดร่วมกับพยาธิสภาพจากการบาดเจ็บอื่น ๆ ด้วยแล้ว อาจทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ บกพร่อง

แผลอุบัติเหตุ (traumatic wound) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แผลที่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อเป็นแผลที่ไม่สะอาดและมีการปนเปื้อนของเชื้อโรค (contaminated wound) จำเป็นต้องได้รับการทำความสะอาดเบื้องต้นเป็นอย่างดี เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคในแผลและบริเวณรอบ ๆ แผลและลดอัตราการอักเสบและติดเชื้อบริเวณแผล (ปรีชา, 2552) การชะล้างทำความสะอาดแผล จึงมีความสำคัญและเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้ความปวดรุนแรงมากขึ้น (Kammerlander & Eberlein, 2002; Moffatt, Franks, & Hollinworth, 2005) และก่อให้เกิดความวิตกกังวล และความกลัวอย่างรุนแรงในผู้ป่วยบางราย นอกจากนี้

จากการสังเกตของผู้วิจัย ซึ่งปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุ จุกเดินมาเป็นระยะเวลากว่า 10 ปี พบว่า ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถทนความปวดขณะทำการสะอาดแผล โดยแสดงออกด้วยการส่งเสียงร้องครวญคราง ซักแซน-ซาบริเวณที่มีบาดแผลหนี ในขณะที่มีบุคลากร คือ แพทย์และ/หรือพยาบาล อีกจำนวนหนึ่งที่เมื่อเห็นผู้ป่วยแสดงกริยาดังกล่าว ก็มักเร่งรีบทำความสะอาด ทำให้การล้างแผลไม่สะอาดเท่าที่ควร อาจเกิดแผลติดเชื้อตามมาในภายหลัง จึงมีความจำเป็นต้องจัดให้มีการจัดการความปวดที่ดี เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือจากผู้ป่วย เพราะหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการล้างทำความสะอาดอาจเกิดการอักเสบติดเชื้อของแผลตามมา และส่งผลต่อกระบวนการหายของแผลอุบัติเหตุต่อไปได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานนานขึ้นและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย

ดังนั้น เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ นอกเหนือจากการรักษาอวัยวะและรักษาชีวิต ก็คือ การดูแลเพื่อบรรเทาความปวดและป้องกันไม่ให้ความปวดรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อที่ไม่พึงประสงค์ ดังกล่าวแล้วข้างต้น โดยผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินและจัดการความปวดที่ดี (The College of Emergency Medicine, 2005) ทั้งนี้หน่วยงานควรกำหนดให้ความปวดเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ (Lynch, 2001) แต่ในทางปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุ ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากแพทย์และพยาบาลมักมุ่งให้ความสนใจกับปัญหาที่คุกคามชีวิตผู้ป่วย จึงอาจละเลยหรือไม่ให้ความสำคัญกับอาการปวดเท่าที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุและผู้ที่มีระดับความปวดรุนแรง (McCallum, 2002) หรือขาดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุความปวดในแผลอุบัติเหตุว่าเกิดขึ้นจาก 4 สาเหตุหลัก คือ (1) การบาดเจ็บเนื้อเยื่อโดยตรง (background pain) (2) การกระทบกระเทือน (incident pain) เช่น เมื่อมีการขยับเขยื้อนบริเวณแผล การไอ-จามแรงๆ (3) การทำหัตถการ (procedural pain) เช่น ทำแผล เปลี่ยนผ้าปิดแผล และ (4) การผ่าตัด/ตัดแต่งบาดแผล (operative pain) เช่น การตัดเนื้อเยื่อที่ลึกขาด การขูดเนื้อที่เน่าตาย (WUWHS, 2004) ซึ่งความปวดจากสาเหตุข้างต้นนี้ทำให้เกิดความปวดในลักษณะเฉียบพลัน จากเนื้อเยื่อบาดเจ็บ (acute nociceptive pain) หากผู้ป่วยถูกละเลย ไม่ได้รับการจัดการความปวดที่ดีตั้งแต่ต้น จะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่บาดเจ็บ มีความไวต่อการกระตุ้น เกิดความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลาง ตั้งแต่ระดับไขสันหลังขึ้นไป จนกลายเป็นความปวดเรื้อรัง ที่เกิดจากความผิดปกติในระบบประสาท (chronic neuropathic pain) ต่อไปได้ (Reddy, Kohr, Queen, Keast, & Sibbald, 2003)

ในต่างประเทศ ปัญหาความปวดที่เกิดกับผู้ป่วยที่มีแผล โดยเฉพาะแผลอุบัติเหตุ ได้รับความสนใจจากผู้ที่เกี่ยวข้องมากขึ้น องค์กรวิชาชีพหลายองค์กรให้ความสำคัญและมีการจัดทำข้อเสนอแนะหรือแนวปฏิบัติ ตลอดจนมาตรฐานการดูแลเพื่อจัดการความปวดเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ สมาคมการจัดการความปวดแห่งอเมริกา (American Pain Society [APS]), สมาพันธ์จัดการเกี่ยวกับการหายของแผล (A World Union of Wound Healing Societies Initiative [WUWHS]), สมาคมพยาบาลด้านการจัดการ

เพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ (Tissue Viability Nurse Association [TVNA]) สมาพันธ์การจัดการบาดแผลแห่งยุโรป (European Wound Management Association [EWMA]) และ National Institute of Clinical Studies [NICS] องค์การอนามัยโลกได้สำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด โดยใช้การศึกษาแบบเดลฟิ (Delphi technique) จากผู้เชี่ยวชาญทั่วโลก ผลการศึกษานี้ได้ข้อสรุปประเด็นหนึ่ง คือ ควรจัดทำแนวปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการจัดการความปวดแก่ผู้ใช้บริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน แยกออกมาต่างหากด้วย (Kumar, 2007)

นอกจากนี้คณะกรรมการรับรองมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO], 2001) ได้กำหนดมาตรฐานการจัดการความปวดไว้ 6 ด้าน คือ (1) การจัดการด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม (2) การประเมินความปวด (3) การจัดการความปวด (4) การให้ความรู้ในการจัดการความปวด (5) การดูแลต่อเนื่องและ (6) การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ ซึ่งในองค์ประกอบการจัดการ ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมนั้น ผู้ป่วยอาจยังไม่ได้รับการดูแลที่รับมาตรฐาน ดังที่พบในการศึกษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเซียงรายประชาชนุเคราะห์ ของ โสพิศ (2549) พบว่า พยาบาลมีการแจ้งสิทธิและให้โอกาสผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการบรรเทาอาการปวดสูงถึงร้อยละ 88 แต่การรับรู้ของผู้ป่วยกลับพบว่ามีเพียงร้อยละ 22.8 ที่มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการบรรเทาความปวด

สำหรับด้านการประเมินความปวด ในการศึกษาเดียวกันนี้ โสพิศ (2549) พบว่า พยาบาลไม่มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลความปวดที่ประเมิน โดยพยาบาลและประเมินโดยผู้ป่วยไม่ตรงกัน โดยพบการศึกษาในต่างประเทศที่เปรียบเทียบการประเมินความปวดของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและผู้ป่วย พบว่าพยาบาลประเมินต่ำกว่าที่ผู้ป่วยรายงาน (Duignan & Dunn, 2008a; Puntillo, Neighbor, O'Neil, & Nixon, 2003) ด้านการจัดการความปวด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสม (Hogan, 2005) มีจำนวนผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 74 ที่จำหน่ายกลับบ้านในขณะที่ยังมีความปวดในระดับสูงและปานกลาง (Todd et al., 2006) และมีเพียงครั้งหนึ่งที่เข้ามาใช้บริการงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินแล้วได้รับการช่วยเหลือเรื่องยาบรรเทาปวด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยต้องรอนานมาก (เวลาเฉลี่ย 78 นาที) จึงจะได้ยา ซึ่งสูงกว่าที่ผู้ป่วยคาดการณ์ไว้มากกว่า 2 เท่า (เวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยคาดว่าจะได้ยา คือ 23 นาที) แต่เมื่อมีการพัฒนาวิธีการจัดการความปวดใหม่ โดยการคัดกรองอาการ (pain triage) พบว่าการจัดการความปวดดีขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 78 ระยะเวลาที่ต้องรอให้ยาลดลง จาก 78 นาทีเป็น 39 นาที (Fosnocht, Swanson, & Bossart, 2001) และการจัดการกับความปวดโดยพยาบาลก่อนได้รับการประเมินจากแพทย์ พบว่าผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจในระดับสูง (Blank et al., 2001)



ด้านการให้ความรู้ การศึกษาของโสพิศ (2549) พบว่า ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการควบคุมความปวดน้อย นอกจากนี้ความรู้ของทีมผู้ดูแล (เช่น แพทย์ พยาบาล) มีผลให้การจัดการความปวดมีความแตกต่างกัน (Motov & Khan, 2009; Nicol & Cleary, 2003) บุคลากรส่วนใหญ่ในงานอุบัติเหตุ (ร้อยละ 80) ขาดความตระหนักในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติที่มีอยู่ (Zohar et al., 2001) ด้านการดูแลต่อเนื่อง พยาบาลไม่ได้มีการบันทึกระดับความปวดและการเปลี่ยนแปลงความปวดขณะอยู่ในโรงพยาบาล (Ducharme & Barker, 1995) ทำให้ปัญหาความปวดไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และด้านการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ พบว่ามีพยาบาลจำนวนน้อยที่ได้รับการอบรม หรือศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวด นอกจากนี้ พบว่าพยาบาล ร้อยละ 66.67 ที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ไม่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการดูแลความปวด (โสพิศ, 2549) ซึ่งมาตรฐานดังกล่าวในด้านต่าง ๆ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การจัดการความปวดมีคุณภาพ

ในทางปฏิบัติมีปัจจัยหลายด้านที่มีผลต่อการจัดการความปวดในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากรที่ขาดความตระหนักในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติที่มีอยู่ (Zohar et al., 2001) จึงพบว่ามีเพียงครึ่งหนึ่งที่เข้ามาใช้บริการงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินแล้วได้รับการช่วยเหลือเรื่องยาบรรเทาปวด ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น (Fosnocht, 2004) ร่วมกับการประเมินระดับความปวดของแพทย์ที่ต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมินตนเองมีผลต่อการสั่งยาแก้ปวดของแพทย์เช่นกัน (Marinsek et al., 2007) ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าเพศมีผลต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยโดยเพศหญิงจะมีระดับทนทานต่อความปวดและรายงานความปวดสูงกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าเชื้อชาติ ศาสนาของผู้ป่วยมีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการสั่งยากลับบ้าน (Keogh & Herdenfeldt, 2002) ปัจจัยจากแผล โดยแผลที่มีขนาดใหญ่จะมีตัวรับสัมผัสของระบบประสาทจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความปวดในระดับที่เพิ่มสูงขึ้นและตำแหน่งของแผลที่มีเส้นระบบประสาทมาก จะทำให้ความรุนแรงของความปวดมากขึ้นด้วย การติดเชื้อและการอักเสบของแผลส่งผลให้ความปวดสูงขึ้น (Arroyo-Novoa et al., 2009)

การจัดการความปวดเป็นปัญหาที่บุคลากรทีมสุขภาพต้องให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการพัฒนามาตรฐานการจัดการความปวด ในขณะนี้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เข้าสู่ระบบประกันคุณภาพตามแนวทางของสถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการให้บริการที่มีคุณภาพ และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จิราภรณ์ (2551) ได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการทำแผลอุบัติเหตุขึ้นใช้ที่โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบไปด้วย สารสำคัญสำหรับการทำแผลอุบัติเหตุ ได้แก่ การจัดการกับความปวดในการทำแผล การเปิดผ้าปิดแผล การประเมินลักษณะบาดแผล การทำ

ความสะอาดบาดแผล การตกแต่งบาดแผล การกำจัดเนื้อตายและการปิดผ้าปิดแผล โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความปวดจากแผลอุบัติเหตุ พบประเด็นสำคัญในหลักการจัดการความปวด โดยจำเป็นต้องมีการคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม (pain triage) พร้อมดำเนินการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกเริ่ม และมีการติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดซึ่งผู้ป่วยต้องเป็นผู้รายงานความปวดด้วยตนเอง แต่ในการศึกษาของจิราภรณ์ ยังไม่ครอบคลุมในด้านการคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม การจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกเริ่ม และการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งได้จากการประเมินคะแนนความปวดที่ลดลง และความพึงพอใจต่อการรับบริการในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ สอดคล้องกับงานวิจัยของทานาบิ โทมัส, ไพรซ์, สเปนเซอร์, และมาร์แคน โคนิ โอ (Tanabe, Thomas, Paice, Spiller, & Marcantonio, 2002) โดยศึกษาเปรียบเทียบผลจากการบรรเทาความปวดในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกและกล้ามเนื้อจากการให้การพยาบาล พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 86 มีระดับความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ เพราะได้รับการพยาบาลทันทีที่มาถึงจุดคัดกรอง ด้วยวิธีการบำบัดทางเลือก (complementary therapy) ทั้งนี้การจัดการกับความปวดโดยพยาบาลก่อนได้รับการประเมินจากแพทย์ พบว่าผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจในระดับสูง (Blank et al., 2001)

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นและข้อมูลจากการสังเกตการปฏิบัติงานของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำการงานอุบัติเหตุ จุกจิน ฅ โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา พบว่าบทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด การจัดการความปวด การให้ความรู้ในการจัดการความปวดยังไม่ครอบคลุมและไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน กล่าวคือ หน่วยงานยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีแผลจากอุบัติเหตุ ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานโดยเฉพาะพยาบาล มีการปฏิบัติที่ไม่เหมือนกันทุกคน เช่น การประเมินเพื่อคัดกรองความปวด การปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ พยาบาลบางคนปฏิบัติ บางคนไม่ปฏิบัติ บางคนใช้การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว มีส่วนน้อยใช้ร่วมกับเครื่องมือประเมินความปวด (มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข หรือ numeric rating scale: NRS) หรือเมื่อประเมินแล้วพบว่ามีความปวด พยาบาลบางคนไม่ให้ความสำคัญ แสดงออกโดยมุ่งช่วยเหลือปัญหาอื่น ๆ มากกว่าช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวด บางคนให้ความสำคัญแต่ไม่กล้าตัดสินใจว่าควรดำเนินการอย่างไรต่อไป ทำให้ผู้ป่วยที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ที่มาเข้ารับบริการได้รับการจัดการความปวดไม่ดีเท่าที่ควร รวมทั้งไม่มีระบบการบันทึกความปวด มีพยาบาลเพียงส่วนน้อยบันทึกผลการประเมินความปวดลงบนบัตรตรวจผู้ป่วยนอก (OPD card) ทำให้การดูแลเพื่อจัดการปัญหาความปวดขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังพบว่าการพิจารณาและตัดสินใจของพยาบาลในการรายงานแพทย์และติดตามการสั่งการรักษา เพื่อให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในการปฏิบัติของแต่ละคน รวมทั้งมีความล่าช้า หรือทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่

ได้รับยาบรรเทาปวดใด ๆ การที่หน่วยงานไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ก่อให้เกิดผลเสีย คือ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความปวดเกินความจำเป็น ทั้ง ๆ ที่สามารถ ป้องกันและจัดการ ไม่ให้ความปวดนั้นรุนแรงได้ ผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการล้างแผล เกิดการอักเสบติดเชื้อของแผล ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึง มีความประสงค์จะพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผล สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุขึ้นใช้ ในหน่วยงาน เพื่อช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจให้การดูแลช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาความ ปวดแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
2. ประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ งาน อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ไปใช้

### คำถามการวิจัย

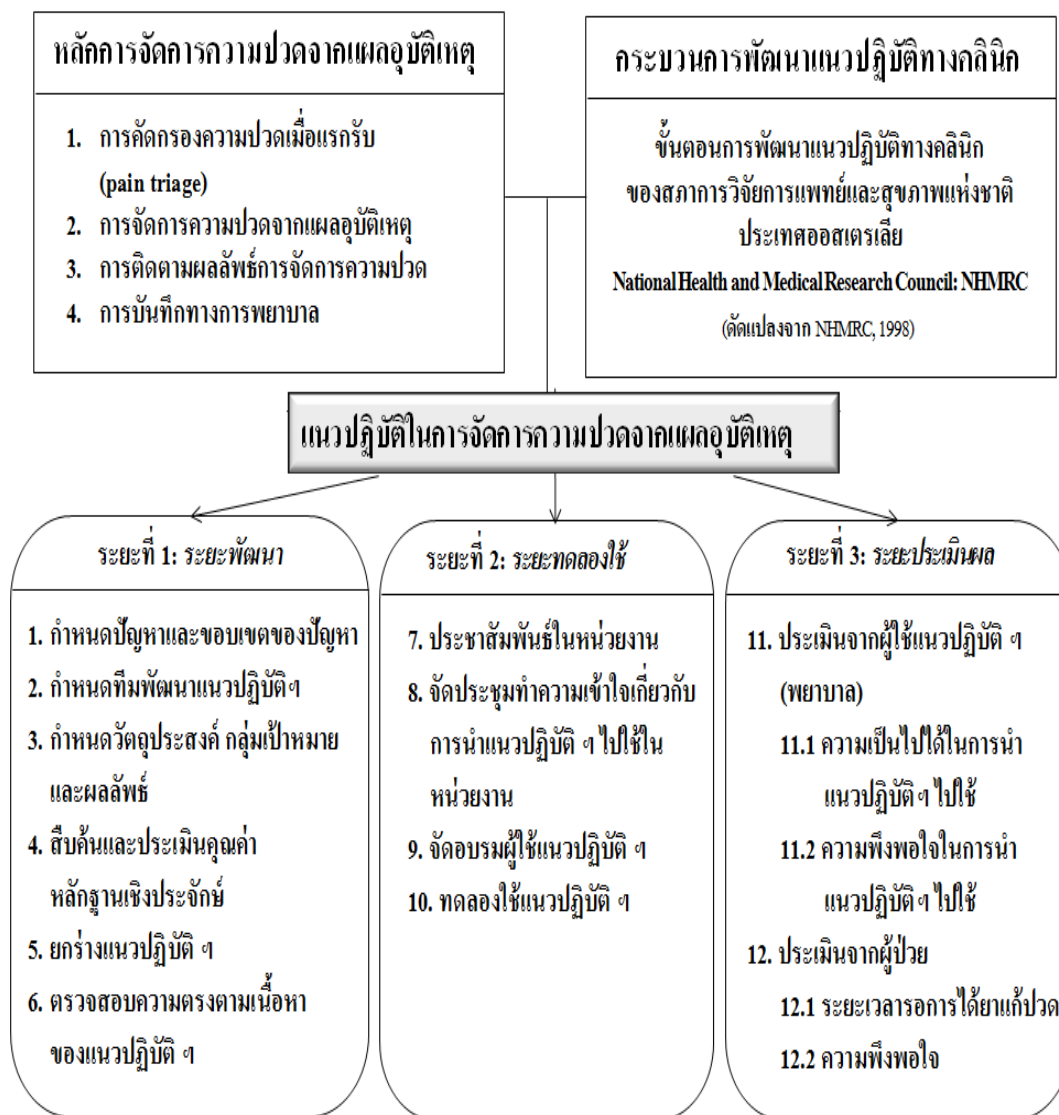
1. แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ควร มีองค์ประกอบและข้อเสนอแนะอะไรบ้าง
2. ผลของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ในงาน อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เป็นอย่างไร
  - 2.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้ แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุอยู่ในระดับใด
  - 2.2 ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยกลุ่มที่มารับบริการก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุมีความแตกต่างกันหรือไม่
  - 2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มที่มารับบริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุมีความแตกต่างกันหรือไม่

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุจากวาระกรรมที่เกี่ยวข้อง และกำหนดขอบเขตของแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ในเรื่องต่อไปนี้ (1) การคัดกรองความปวดเมื่อแรกรับ (pain triage) (2) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (3) การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดและ (4) การบันทึกทางการแพทย์ โดยในขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นรายงานวิจัย และข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice statements) ที่จัดทำโดยสมาพันธ์จัดการเกี่ยวกับการหายของแผล (Wound Union of Healing Society [WUWHS]) ในปี ค.ศ. 2004 และ 2007 (WUWHS, 2004; 2007) สมาคมการจัดการความปวดแห่งอเมริกา (American Pain Society [APS]), สมาคมพยาบาลด้านการจัดการเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ (Tissue Viability Nurse Association [TVNA]) และสมาพันธ์การจัดการบาดแผลแห่งยุโรป (European Wound Management Association [EWMA]) จากนั้นจึงนำเนื้อหาที่ได้ไปกำหนดเป็นข้อเสนอแนะการปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อไป สำหรับกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ผู้วิจัยใช้หลักการ และกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) ซึ่งให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เน้นหลักการสำคัญ 9 ประเด็นต่อไปนี้ คือ (1) มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ (2) อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด ที่หาได้ในขณะนั้น (best available evidence) เพื่อกำหนดเป็นข้อเสนอแนะการปฏิบัติ (3) ใช้วิธีการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เข้มข้น (4) พัฒนาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและควรให้ผู้ใช้นโยบายมีส่วนร่วมในการพัฒนา (5) มีความยืดหยุ่นในการนำไปปรับ ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน (6) คำนึงถึงข้อจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่ (7) คำนึงถึงบริบทของผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกขั้นตอนตั้งแต่การพัฒนา การเผยแพร่ และการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (8) มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (ความถูกต้อง) และประโยชน์ของแนวปฏิบัติ และ (9) มีการทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติเป็นระยะๆ ทั้งนี้กระบวนการพัฒนามีเป้าหมายสำคัญ เพื่อค้นหาการปฏิบัติการดูแล (intervention) ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่คาดหวัง โดยเน้นที่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่าผลลัพธ์ด้านกระบวนการปฏิบัติ (เช่น ประเมินว่า ผู้ใช้สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้หรือไม่)

สภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) กำหนดแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ

(17 ขั้นตอน) ได้แก่ ระยะเวลาแนวปฏิบัติ ระยะเผยแพร่และนำไปใช้ และระยะประเมินผล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงแนวทางของ NHMRC เพื่อให้กระชับและสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้มากที่สุด โดยแบ่งระยะการดำเนินการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยอุบัติเหตุ เป็น 3 ระยะ 12 ขั้นตอน ดังนี้ ระยะที่ 1: ระยะเวลาแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา (2) การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (3) การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ (4) การสืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ (5) การยกร่างแนวปฏิบัติ และ (6) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ระยะที่ 2: ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (7) การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน (8) การจัดประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในหน่วยงาน (9) การจัดอบรมผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ และ (10) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ ระยะที่ 3: ระยะประเมิน ผลการนำแนวปฏิบัติฯ ไปทดลองใช้ ผู้วิจัยวางแผนการประเมินผลเป็นสองส่วน ได้แก่ (11) การประเมินจากผู้ใช้นโยบายปฏิบัติฯ คือ พยาบาลหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในเรื่องความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความพึงพอใจ และ (12) การประเมินจากผู้ป่วย โดยประเมินระยะเวลาการรอการได้ยาแก้ปวด และความพึงพอใจ (ภาพ 1) รายละเอียดจะกล่าวต่อไปในบทที่ 3



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (ดัดแปลงขั้นตอนจากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998))

## นิยามศัพท์

ความปวดจากแผลอุบัติเหตุ หมายถึง ความปวดแบบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นภายหลังเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยมีกลไกของความปวด แบ่งตามสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด 4 ลักษณะ ได้แก่ (1) การบาดเจ็บเนื้อเยื่อโดยตรงหรือเป็นความปวดที่มีอยู่เดิม (background pain) (2) ความปวดจากการกระทบกระเทือน (incident pain) เช่น เมื่อมีการขยับเขยื้อนบริเวณแผล (3) ความปวดจากการทำหัตถการ (procedural pain) หรือความปวดจากการรักษา (iatrogenic pain) เช่น ทำแผล เปลี่ยนผ้าปิดแผล และ (4) การผ่าตัด/ตบแต่งบาดแผล (operative pain) เช่น การตัดเนื้อเยื่อที่ฉีกขาด การขูดเนื้อที่เน่าตาย

แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ หมายถึง ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประยุกต์จากกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องต่อไปนี้ คือ (1) การคัดกรองความปวด เมื่อแรกรับ (pain triage) (2) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (3) การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวด และ (4) การบันทึกทางการพยาบาล โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยคัดแปลงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1988) แบ่งระยะการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ 12 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติฯ (ขั้นตอนที่ 1-6) ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ (ขั้นตอนที่ 7-10) และระยะประเมิน ผลการนำแนวปฏิบัติฯ ไปทดลองใช้ (ขั้นตอนที่ 11-12)

ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ หมายถึง ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ด้านคลินิกที่เกิดจากทีมพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นผู้สร้างขึ้น ผู้วิจัยแบ่งการประเมินผลออกเป็นสองส่วน คือ จากผู้ใช้นโยบายฯ และจากผู้ป่วย โดยผู้วิจัยกำหนดนิยามตัวแปรทั้งสองส่วนนี้ไว้ ดังนี้

ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุต่อผู้ใช้นโยบายฯ แบ่งย่อยเป็นสองส่วน คือ

1. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ใช้นโยบายฯ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความยาก-ง่ายในการนำไปปฏิบัติ ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ วัดได้โดยใช้แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ คะแนนรวมสูง หมายถึง แนวปฏิบัติฯ ที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้สูง

2. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ฯ หมายถึง ความคิดเห็นทางบวกที่มีต่อการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ในเรื่องความภาคภูมิใจในวิชาชีพ การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง และการรับรู้ผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ดีขึ้น วัดได้โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อการศึกษาครั้งนี้ คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ มีความพึงพอใจมาก

ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุต่อผู้ป่วย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ที่มารับบริการหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังจากการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ในหน่วยงานเป็นเวลา 1 เดือน ในศึกษานี้ครอบคลุมเรื่อง ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

4. ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวด หมายถึง เวลาเริ่มต้นนับเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด หน่วยนับเป็นนาที

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ หมายถึง ความคิดเห็นทางบวกของผู้ป่วย ที่มีต่อการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่พยาบาล โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความพึงพอใจสูง

### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาและประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ไปใช้ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีแผลจากอุบัติเหตุซึ่งเข้ารับบริการในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ ช่วงระหว่าง เดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555

### ความสำคัญของงานวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาล ระดับปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยรวบรวมองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ นำมาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติ ฯ ด้วยกระบวนการที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล และผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้น เมื่อมีการนำไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ที่มีแผลจากอุบัติเหตุทุกรายได้รับการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุตามแนวทาง



ในการพัฒนาการจัดการความปลอดภัยจากผลอุบัติเหตุอย่างเหมาะสม และพยาบาลมีความมั่นใจในการจัดการความปลอดภัยจากผลอุบัติเหตุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ผู้วิจัยได้รวบรวมและศึกษาครอบคลุมรายละเอียดในหัวข้อต่อไปนี้

1. สถานการณ์ผู้ป่วยที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ
2. แนวคิดความปวดจากแผลอุบัติเหตุในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
3. การประเมินความปวดจากแผลอุบัติเหตุและการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดและการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ
5. การพัฒนาแนวปฏิบัติและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ
6. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

#### สถานการณ์ผู้ป่วยที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีบาดแผลซึ่งเข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน โดยเบื้องต้น และบาดแผลอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดความปวดและยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลบาดแผลก็จะมีผลให้เกิดความปวดเพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยงานวิจัยพบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีความปวดเกิดขึ้นจากการทำแผลสูงถึงร้อยละ 84 (Stotts et al., 2004) สอดคล้องกันกับการศึกษาของมือฟไฟต์และคณะ (Moffatt et al., 2002) โดยสำรวจจาก 11 ประเทศพบว่า กิจกรรมการทำแผลก่อให้เกิดความปวดมากที่สุด สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาของเลาสุวรรณพานิช (Louhasuvanpanich, 2000) พบว่า ความปวดขณะทำแผลอยู่ในระดับรุนแรง โดยผู้ป่วยให้คะแนนความปวด 10 คะแนนและการศึกษาของจิราภรณ์ (2551) พบว่า ขณะทำแผลก่อให้เกิดความปวดมากกว่าร้อยละ 50 และมีระดับความปวดรุนแรงจนถึงปานกลาง ซึ่งสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวดมากที่สุด คือ การเปลี่ยนผ้าปิดแผล สอดคล้องกับการศึกษาของมิยูมิและคณะ (Meaume et al., 2004) ซึ่งพบความปวดในระดับรุนแรงในผู้ที่มีบาดแผลเฉียบพลัน โดยการวิจัยของ ชุกลาและคณะ (Shukla et al., 2005) พบความปวดจากการเปลี่ยนผ้าปิดแผลสูงถึง ร้อยละ 65 และสาเหตุรองลงมา คือ การล้างแผล (Stotts et al., 2004)

เนื่องจากแผลอุบัติเหตุมักจะมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ เนื้อเยื่อชอกช้ำ และมีการปนเปื้อนสิ่งสกปรกซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย (Herman & Newberry, 2003) และความปวดที่เกิดขึ้นดังกล่าว

ข้างต้น มีสาเหตุจากการทำหัตถการ (procedural pain) หรือความปวดจากการรักษา (iatrogenic pain) เช่น ทำแผล เปลี่ยนผ้าปิดแผล และการผ่าตัด/ตบแต่งบาดแผล (operative pain) เช่น การตัดเนื้อเยื่อที่ลึกขาด การขูดเนื้อที่เน่าตาย นอกจากนี้การบาดเจ็บเนื้อเยื่อโดยตรง หรือเป็นความปวดที่มีอยู่เดิม (background pain) และการกระทบกระเทือน (incident pain) เช่น เมื่อมีการขยับเขยื้อนบริเวณแผล การไอ-จามแรงๆ ล้วนเป็นความปวดที่เกิดจากแผลอุบัติเหตุเป็นสาเหตุของความปวดที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ ความรุนแรงความปวดโดยรวมเพิ่มมากขึ้น ไปอีก ซึ่งส่งผลกระทบต่อบาดแผลโดยตรง ทำให้มีแผลเลือดมีการหดตัว ลดการไหลเวียนของเลือด ส่งผลให้แผลหายช้า (Hollinworth, 2000) และเป็นอุปสรรคต่อการทำความสะอาดแผลอย่างมีคุณภาพ เพราะจะต้องทำอย่างเร่งรีบ จึงอาจไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรส่งผลตามมาด้านการติดเชื้อ ทำให้ระยะเวลาในการหายของแผลนานออกไปจนกลายเป็นแผลเรื้อรังได้ (จิราภรณ์, 2551) ประกอบกับงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน มีค่อนข้างจำกัด (Fosnocht & Swanson, 2001) จึงมีผลให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกละเลย

### แนวคิดความปวดจากแผลอุบัติเหตุในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ความปวดที่เกิดจากแผลอุบัติเหตุ เป็นความปวดแบบเฉียบพลัน (acute pain) คือความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้น (recent onset) และมักมีระยะเวลาของความปวดที่จำกัด ส่วนใหญ่สาเหตุมักสัมพันธ์กับการบาดเจ็บหรือโรค หรือการทำงานที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อหรืออวัยวะภายใน (ศศิกานต์, 2552; Benbow, 2009; Vuolo, 2009) ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายร่วมกับประสบการณ์การรับรู้ และอารมณ์ต่าง ๆ รวมไปถึงปฏิกิริยาการตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติ ทางจิตวิทยา ทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นผลจากความรู้สึก (Bonica อ้างตามพงศักรดี, 2547) ความปวดเป็นสัญญาณบ่งบอกว่าร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือมีการอักเสบเกิดขึ้น (Hofman, 2006; Vuolo, 2009) โดยความปวดแบบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นนั้น มีสาเหตุหลายอย่าง เช่น เกิดจากความร้อน การบาดเจ็บและสารเคมีซึ่งความปวดที่เกิดขึ้นสามารถทุเลาและหายได้เมื่อได้รับการแก้ไขสาเหตุและความปวดที่เกิดขึ้น

ความปวดเป็นส่วนหนึ่งจากการเกิดบาดแผลอุบัติเหตุ โดยความปวดที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดสัญญาณความปวดจากตัวรับความรู้สึก (nociceptor) ถูกกระตุ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงจากการกระตุ้น (stimulus) กลายเป็นกระแสความรู้สึก (impulse) โดยเกิดจากการตอบสนองของระบบประสาทส่วนกลาง โดยในภาวะปกติตัวรับความรู้สึกซี (c-nociceptor) จะมีความไวต่อการรับความรู้สึกเพิ่มขึ้น มีผลทำให้มีการหลั่งสารเคมีออกมาในบริเวณที่มีการบาดเจ็บ ซึ่งได้แก่ เบรดคิไคนิน (bradykinin) ฮิสตามีน (histamine) โพรสตาแกลนดิน (prostaglandin) และอื่นๆ ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดความปวด

นอกจากนี้แรงกล ความร้อน สารเคมีที่กระทำต่อเนื้อเยื่อจากแผลอุบัติเหตุ จะทำให้ตัวรับความรู้สึก (nociceptor) มีความไวต่อการกระตุ้นเพิ่มขึ้น และมีการหลั่งของสารเคมีที่อยู่ในชั้นผิวหนัง ได้แก่ แคปไซซิน (Capsaicin) หรือมัสตาร์ด ออย (mustard oil) ทำให้เกิดความปวดแบบแสบร้อนและ สารเคมีดังกล่าวจะยิ่งเพิ่มความไวของใยประสาทซี (c-fibers) โดยตัวรับความรู้สึกซี สามารถแบ่งได้เป็น 4 ชนิด คือ (1) CHM พบร้อยละ 50 รับสิ่งกระตุ้นจากแรงกล สารเคมี ความร้อน-เย็น (2) CM พบร้อยละ 16 รับสิ่งกระตุ้นจากแรงกล (3) CH พบร้อยละ 7 รับสิ่งกระตุ้นจากความร้อน (4) CMiHi พบร้อยละ 27 รับสิ่งกระตุ้นจากสารเคมี โดยเมื่อปลายประสาทรับความปวดถูกกระตุ้นจนถึงระดับขีดกั้นความปวด (pain threshold) จะเกิดการเปลี่ยนแปลงศักย์ไฟฟ้า ทำให้มีการนำกระแสประสาทเกิดขึ้น ซึ่งก็จะยิ่งส่งผลต่อการตอบสนองต่อความปวดที่รุนแรงขึ้น และหากเส้นประสาทส่วนนอก ถูกตัดหรือได้รับความเสียหายร่วมด้วย จะทำให้ส่วนปลายของเส้นประสาทเกิดมีความรู้สึกมีปมประสาท (neuroma) ทำให้เพิ่มความไวต่อตัวรับความรู้สึกทำให้มีการนำกระแสประสาทไปตามวิถีประสาท นำความรู้สึกปวดเข้าสู่ไขสันหลังส่วนหลัง (dorsal horn of the spinal cord) โดยใยประสาทนำเข้าทั้ง 2 ชนิด คือ ใยประสาท เอ-เดลต้า (A-delta fibers) และใยประสาท ซี (C fibers) เป็นตัวนำและมีการหลั่ง สารสื่อประสาท เช่น ซับสแตนซ์ พี (substance p) กลูตาเมต (glutamate) ซึ่งไปกระตุ้นให้มีการส่ง สัญญาณประสาทความปวดไปสู่สมอง และใยประสาทนำเข้าทั้งสองชนิด จะมีผลให้มีการกระตุ้น เพิ่มขึ้นหรือลดลงของความไวจากตัวรับความรู้สึก นอกจากนี้แผลอุบัติเหตุยังมีทำให้มีการลดลงของ ระดับ threshold ของตัวรับความรู้สึก ร่วมกับการที่แอกซอน (axon) ถูกตัดขาดหรือบาดเจ็บมีผล ช่วยเสริมให้มีการไวต่อ norepinephrine และมีการส่งสัญญาณประสาทให้เกิดความปวดเกิดขึ้น โดย อาจแบ่งตามสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด ได้แก่ (1) การบาดเจ็บเนื้อเยื่อโดยตรงหรือเป็นความปวด ที่มีอยู่เดิม (background pain) (2) การกระทบกระเทือน (incident pain) เช่น เมื่อมีการขยับเขยื้อน บริเวณแผล การไอ-จามแรงๆ (3) การทำหัตถการ (procedural pain) หรือความปวดจากการรักษา (iatrogenic pain) เช่น ทำแผล เปลี่ยนผ้าปิดแผล และ (4) การผ่าตัด/ตบแต่งบาดแผล (operative pain) เช่น การตัดเนื้อเยื่อที่ฉีกขาด การขูดเนื้อที่เน่าตาย (WUWHS, 2004) ความปวดที่เกิดจากแผลอุบัติเหตุ เป็นความปวดที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ ความรุนแรงความปวดโดยรวมเพิ่มมากขึ้นไปอีก

ความปวดจากสาเหตุข้างต้นนี้ทำให้เกิดความปวดในลักษณะเฉียบพลันโดยตรง จากอุบัติเหตุ การทำหัตถการต่าง ๆ ความปวดที่พบล้วนแต่เป็นผลจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อร่างกาย และเป็นความปวดที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทชั่วคราว ทำให้มีการรับรู้ อารมณ์ ความทุกข์ทรมานและมีการตอบสนองต่อการบาดเจ็บ ซึ่งมีกลไกและอาการปวดที่ไม่ซับซ้อน การวินิจฉัยและการจัดการความปวด หรือการได้รับการรักษาที่ตรงกับสาเหตุหรือภาวะโรคร่วมกับ

การรักษาความปวดอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ปฏิกิริยาที่เกิดจากการตอบสนองความปวดลดลงและหายได้

แผลอุบัติเหตุ (traumatic wound) หมายถึง ภาวะที่เยื่อผิวหนัง ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนัง ได้รับความบาดเจ็บ (injury) หรือถูกทำลาย (damage) จากสาเหตุใดก็ตาม ที่มีหรือไม่มี การแยกผิวหนังออกจากกัน (สุนทรพพร, 2554) ซึ่งแผลอุบัติเหตุแบ่งตามสาเหตุจากอุบัติเหตุ หรือลักษณะที่แสดงออกดังนี้ (ปรีชา, 2552 ;สุนทรพพร, 2554) (1) บาดแผลฟกช้ำ (contusion wound/ bruise) หมายถึง บาดแผลที่เกิดจากการถลอกของเนื้อเยื่อภายใต้ผิวหนัง พบว่ามีรอยการฟกช้ำของเนื้อเยื่ออ่อนจากการมีเส้นเลือดแตก แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อต่างๆ ซึ่งอาจรวมกันเป็นก้อนเลือด (hematoma) อยู่ภายใต้ผิวหนัง (2) บาดแผลถูกทิ่มแทง/ทะลุ (penetrating or puncture wound) หมายถึง บาดแผลที่เกิดจากการถูกทิ่มแทง/ทะลุ ด้วยของแหลมหรือถูกกระสุนปืน พบว่าจะมีรูเข้าจากการถูกทิ่มแทง/ทะลุของแผลขนาดเล็ก มีความลึกของบาดแผลหรือมีการทะลุของบาดแผล จนพบว่ามีรูออก โดยดูจากภายนอก อาจไม่พบว่ามีเลือดออกแต่มีการบาดเจ็บรุนแรงของอวัยวะใต้ผิวหนังลงไปในส่วนลึกของแผล บาดแผลชนิดนี้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เพราะมีเชื้อโรคจากภายนอกเข้าไปในส่วนลึกของแผล (3) บาดแผลฉีกขาด (laceration wound) หมายถึง บาดแผลที่เกิดจากของทู่ๆ หรือของไม่มีคมคม กระแทบ กระแทกหรือเฉี่ยว ทำให้เกิดแรงกระทำต่อผิวหนังเกิดการฉีกขาดตามแนวของผิวหนัง อาจทำให้ขอบแผลรุ่งริ่งหรือมีเนื้อเยื่อบางส่วนหายไป ซึ่งเป็นได้ทั้งการฉีกขาดระดับตื้นและเป็นแผลลึก (4) บาดแผลถลอก/เนื้อเยื่อหลุดหายไป (avulsion wound) หมายถึง บาดแผลที่มีส่วนของเนื้อเยื่อขาดหรือหลุดออกจากร่างกาย โดยมีส่วนของผิวหนังแยกจากชั้นไขมันใต้ผิวหนัง (subcutaneous tissue) ที่อยู่ข้างล่างชั้นต่างๆ ของหนังแท้ (dermis) ไขมันใต้ผิวหนัง ฟังซีด (fascia) และกล้ามเนื้อจะสามารถถูกแยกกันได้ด้วยแรงที่ฉีกเนื้อเยื่อออกและทำให้เกิดหนังถลอก (avulsion flap) (5) บาดแผลถูกบด/บีบ (crush injury wound) หมายถึง บาดแผลที่เกิดจากการได้รับแรงกดจากภายนอกสูง มักมีสาเหตุจากการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง จนทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อถูกบด/บีบอย่างรุนแรง จนถูกทำลายไปมากและอาจเกิดบาดแผลฉีกขาดโดยจะพบว่ามีเนื้อตายที่ซึ้งมากหรือมีการหักของกระดูกร่วมด้วย ดูจากภายนอกพบว่ามีเลือดออกรุนแรง และเชื้อโรคเข้าไปสู่ส่วนลึกของแผลได้มาก โดยบาดแผลถูกบด/บีบจะมีความปวดที่รุนแรง (6) บาดแผลตัด (incision/cut wound) หมายถึง บาดแผลที่เกิดจากของมีคม เช่น มีด ขอบโลหะ กระจก เศษแก้ว ตัดผ่านผิวหนังทำให้เส้นเลือดถูกตัดขาด จึงพบว่ามีเลือดออกมากจากการตัดขาดบริเวณขอบแผล โดยที่เนื้อเยื่อรอบๆ แผลไม่ได้ถูกกระทบกระเทือนหรือไม่มีแรงกระทำต่อเนื้อเยื่อ ซึ่งการที่มีเลือดออกมากจะช่วยชะล้างสิ่งสกปรกและเชื้อโรคออกมา บาดแผลชนิดนี้จึงติดเชื้อได้น้อยที่สุด (7) บาดแผลถลอก (abrasion wound) หมายถึง บาดแผลที่เกิดจากการขีดข่วน ขัดถู เสียคดี ทำให้มีเลือดออกจากเส้นเลือดฝอย โดยมักเป็นแผลตื้นๆ ที่มีสาเหตุ

จากการหกล้มและทำให้เชื้อโรคเข้าไปในบาดแผลได้ตั้งแต่ต้นก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (8) บาดแผลถูกกัด หมายถึง บาดแผลที่เกิดจากการถูกสัตว์กัด โดยความรุนแรง หรือลักษณะของบาดแผลที่เกิดขึ้นกับสัตว์ที่กัด ทั้งนี้มีโอกาสเกิดอันตรายต่อระบบประสาท ระบบการไหลเวียนเลือด ระบบการหายใจ และมีโอกาสบาดแผลที่ติดเชื้อได้ง่าย

บาดแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุถือเป็นบาดแผลที่ไม่สะอาดและถูกจัดเป็นบาดแผลปนเปื้อน (contaminated wound) จำเป็นต้องได้รับการจัดการบาดแผล (wound management) ซึ่งสิ่งสำคัญของการจัดการบาดแผล คือ การลดการปนเปื้อนของสิ่งสกปรก และกำจัดเนื้อตายออกให้มากที่สุด (ชาญเวช, 2552) โดยมีการแบ่งขั้นตอนการจัดการบาดแผลเป็น 6 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินแผล เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับการเกิดแผลและประเมินแผล เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่ช่วยประกอบการตัดสินใจในการจัดการบาดแผลในขั้นตอนต่อไป ประกอบด้วย วัน เวลา สาเหตุการเกิดบาดแผลเพื่อประเมินความรุนแรงและประเมินลักษณะบาดแผล ตำแหน่ง ขนาด สิ่งแปลกปลอมในแผล (2) การห้ามเลือด (hemostasis) เป็นขั้นตอนแรกที่ต้องจัดการ เพราะบาดแผลอาจมีการบาดเจ็บต่อหลอดเลือดที่รุนแรงได้ (3) การเช็ดแผล/ชะล้างแผล (wound cleansing) การล้างบาดแผลให้สะอาดเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียและสามารถลดความเสี่ยงของบาดแผลติดเชื้อได้อย่างมาก (ปรีชา, 2552; เรวัต, 2547) (4) การตัดเนื้อตาย/สิ่งแปลกปลอมในแผล (debridement) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อจากบาดแผลที่มีสิ่งแปลกปลอม คราบโคลน น้ำมัน ดินอยู่หรือเนื้อเยื่อที่ชอกช้ำมากมีสีซีดจากไม่มีเลือดมาเลี้ยง ด้วยวิธีการตัดออก เนื่องจากถ้าทิ้งไว้นานอาจก่อให้เกิดแผลติดเชื้อตามมาได้และการมีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในแผลทำให้แผลหายช้าลง (5) การเย็บปิดแผล (wound closure) เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้มีการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อจนปิดคลุมบาดแผล (6) การปิดคลุมแผล (wound dressing) เป็นขั้นตอนที่ช่วยในการหายของแผลโดยการป้องกันไม่ให้สิ่งสกปรกเข้าไปในบาดแผลและเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมรอบแผลเพื่อช่วยส่งเสริมต่อกระบวนการของแผล

นอกจากนั้นบาดแผลที่มีการปนเปื้อนจากเศษหินดินทราย สนิมเหล็กมีการใช้การชะล้างทำความสะอาดด้วยความดัน (pressure irrigation) ส่งผลให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การดูแลบาดแผลอุบัติเหตุให้ความสำคัญกับเรื่องหลักการห้ามเลือด การทำความสะอาด การตรวจดูบาดแผลอย่างถูกต้อง การตัดเนื้อตายตกแต่งขอบแผลและการปิดบาดแผลด้วยวิธีต่าง ๆ (พรพรหม, 2552) นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการรักษาบาดแผลอุบัติเหตุโดยละเอียด เช่น ขั้นตอนการทำความสะอาดแผล น้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้ การให้ยาระงับความรู้สึก การล้างทำความสะอาดภายในแผล และการตัดเนื้อตาย การเย็บปิดแผล ชนิดของไหมที่ใช้หรือวิธีการทำความสะอาดแผล (เรวัต, 2547) ซึ่งจากการทำหัตถการดังกล่าวก่อให้เกิดความปวดมากที่สุด (Moffatt, Franks, & Hollinworth, 2002) และการทำหัตถการในขณะที่มีความปวดอาจก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือในการล้างทำความสะอาดแผล ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพ

ในการทำความสะอาดอาจก่อให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียและมีการอักเสบติดเชื้อของแผลเกิดขึ้นได้

ความปวดจากบาดแผลอุบัติเหตุ จึงเป็นปัญหาที่สำคัญ และได้รับความสนใจจากบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลก ซึ่งมีออบเพ็ทและคณะ (Moffatt et al., 2002) พบว่า กิจกรรมการทำแผลก่อให้เกิดความปวดมากที่สุด และผ้าปิดแผลที่ปล่อยไว้นานแห้งหรือวัสดุปิดแผลที่ติดกับเนื้อเยื่อแน่นทำให้เกิดความปวดและกดเจ็บต่อแผลเพิ่มขึ้น

## การประเมินความปวดจากแผลอุบัติเหตุและการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

### การประเมินความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ในปัจจุบันการประเมินความปวดเป็นที่ยอมรับในระดับสากลว่ามีความสำคัญมาก และนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพต่อไป การประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุก็มีความสำคัญเช่นเดียวกับความปวดจากสาเหตุอื่น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ เพื่อค้นหาสาเหตุและให้การรักษาพยาบาลที่สาเหตุเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในระยะเฉียบพลัน และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวต่อไป เช่น การที่ผู้ป่วยมีความปวดจากแผลอุบัติเหตุและไม่ได้รับการดูแลหรือจัดการกับความปวดที่ดีตั้งแต่ต้น อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำมาสะอาดแผล เกิดแผลอักเสบติดเชื้อตามมาได้ง่าย หรืออาจเปลี่ยนไปเป็นความปวดเรื้อรังเนื่องจากเซลล์ประสาทรับความปวดทั้งในระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทส่วนกลาง มีความไวต่อการกระตุ้นเพิ่มขึ้นจนกระทั่งกลายเป็นความผิดปกติ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมิน/วินิจฉัยปัญหาความปวดและการจัดการความปวด โดยองค์กรอนามัยโลก ให้ความสำคัญกับบทบาทนี้ของพยาบาลในการเป็นผู้ประเมินความปวดแรกรับและสามารถให้คำแนะนำเพื่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพต่อไป (Kumar, 2007)

ในทางปฏิบัติพบว่า การประเมินความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นหนึ่งในความปวดที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ยังคงเป็นปัญหาเช่นเดียวกับความปวดอื่น ๆ กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมินความปวดอย่างถูกต้อง ครบถ้วนทุกรายแม้ว่าจะมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงก็ตาม โดยมีรายงานการศึกษา พบว่า แพทย์และพยาบาลมักประเมินความปวดที่เกิดขึ้นต่ำกว่าที่ผู้ป่วยรายงาน ดังเช่น พันทิลโลและคณะ (Puntillo et al., 2003) ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา เปรียบเทียบความปวดระหว่างคะแนนที่พยาบาลงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินเป็นผู้ประเมิน ( $n = 37$ ) และคะแนนที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเอง ( $n = 156$ ) ผลการศึกษา พบว่าพยาบาล

ประเมินความปวดขณะทำการคัดแยกผู้ป่วย (triage) โดยให้คะแนนต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนเฉลี่ยความปวด = 5.1 และ 7.5 ตามลำดับ  $p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดิวแกนและดัมน์ (Duigan & Dunn, 2008) ที่ทำการศึกษาลึกซึ้งในกลุ่มตัวอย่าง ชาวไอริช พยาบาลงานอุบัติเหตุ รุกเงิน ( $n = 16$ ) และผู้ป่วยฉุกเฉิน ( $n = 64$ ) ผลการศึกษาปรากฏในทำนองเดียวกัน คือ พยาบาลประเมินความปวดต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (คะแนนเฉลี่ยความปวด = 5.2 และ 6.4 ตามลำดับ  $p < .01$ )

ความปวดที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะความปวดเฉพาะที่และมีความรุนแรง ซึ่งในทางปฏิบัติบุคลากรยังให้ความสำคัญในระดับต่ำเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินความปวด แต่จะใช้การสังเกตจากสีหน้า ท่าทางและการส่งเสียง เช่น เสียงร้อง (Moffatt et al., 2002) และมักใช้ประสบการณ์เดิมในการตัดสินใจความปวดของผู้ป่วย (Briggs & Torra i Bou, 2002) เช่น เชื่อว่าแผลที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงมักปวดมากกว่าแผลจากเลือดดำหรือแผลขนาดใหญ่ย่อมปวดมากกว่าแผลขนาดเล็ก และใช้กลไกทางจิตในการลดความขัดแย้งของตนเอง โดยการถอยหนี (distancing) หรือ ปฏิเสธ (denial) ทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แยกไปอีก (Nagy as cited in Briggs & Torra i Bou, 2002) และพบว่าส่วนใหญ่พยาบาลได้ประเมินความปวด แต่ยังขาดเครื่องมือในการประเมิน (โสพิศ, 2549) แต่การประเมินความเจ็บปวดของพยาบาล ต่ำกว่าความเจ็บปวดของผู้ป่วย (Duignan, 2008; Puntillo, 2003) ซึ่งในการประเมินความปวดจำเป็นต้องครอบคลุมทุกมิติของความปวด (Briggs & Torra i Bou) และควรมีการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจนระดับความปวดลดลงตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Garbez, 2005) ซึ่งจากการศึกษาการประเมินอย่างต่อเนื่องนั้นช่วยเพิ่มประสิทธิผลการควบคุมความปวด (Mc Clelland, 2008) นอกจากนี้ สมาพันธ์จัดการเกี่ยวกับการหายของแผล (Wound Union of Healing Society, 2004) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ต้องบันทึกระดับความรุนแรงความปวดก่อนทำแผล ขณะทำแผลและหลังทำแผล นอกจากนั้นต้องเข้าใจในประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งเครื่องมือในการประเมินระดับความปวด ได้แก่

มาตรวัดความปวดของ วอง เบเกอร์ (Wong-Baker FACES Scale) หรือ Picture scale เป็นการประเมินความปวดโดยให้ผู้ป่วยชี้จากรูปภาพใบหน้า จากภาพคนยิ้ม ถึงภาพคนร้องไห้ นิยมใช้ในการวัดความปวดในผู้ป่วยเด็กหรือผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร อาจให้ผู้ป่วยประเมินเองหรือผู้ประเมินความปวดเป็นผู้ประเมินก็ได้



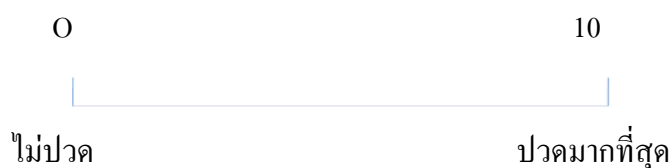
ถามคำถามว่ารูปภาพใบหน้าใดอธิบาย/บอกถึงระดับความปวดที่ผู้ป่วยกำลัง  
ประสบอยู่ในขณะนี้



ภาพ 2 แสดงมาตรวัดความปวดของวอง เบเกอร์ (Wong-Baker FACES Scale) หรือ Picture scale  
แหล่งที่มา: จาก “Tools for pain assessment” โดย WUWSH (2007: 3)

มาตรวัดความปวดด้วยสายตา Visual analog scale (VAS) ประกอบด้วย เส้นตรงยาว  
10 เซนติเมตร ด้านซ้ายสุด เขียนว่า ไม่ปวด และด้านขวาสุดเขียนว่า ปวดมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยชี้  
หรือกากบาทลงบนเส้นตรงและผู้ประเมินวัดคะแนนความปวดด้วยไม้บรรทัด ข้อดี ใช้ง่าย ให้รายละเอียด  
คะแนนมากกว่า NRS ซึ่งเป็นตัวเลขที่ลงตัว

ถามผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยชี้หรือกากบาทลงบนเส้นตรงที่อธิบาย/บอกถึงระดับ  
ความปวดที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ในขณะนี้



ภาพ 3. แสดงมาตรวัดความปวดด้วยสายตา Visual analog scale (VAS)  
แหล่งที่มา: จาก “Tools for pain assessment” โดย WUWSH (2007: 3)

มาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข Numerical rating scales (NRS) เป็นเครื่องมือวัดที่  
ประกอบด้วย เส้นตรงระบุตัวเลข 0 – 10 ลงไปบนเส้นตรง โดย 0 หมายถึง ไม่ปวด และ 10 หมายถึง  
ปวดมากจนทนไม่ได้ โดยอาจให้ผู้ป่วยชี้หรือให้ผู้ป่วยบอกออกมาเป็นตัวเลข

ถามคำถามว่า ตัวเลขบนเส้นตรงตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวด และ 10 หมายถึง ปวดมากจนทนไม่ได้ ตัวเลขใดอธิบาย/บอกถึงระดับความปวดที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ในขณะนี้



ภาพ 4 แสดงมาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข Numerical rating scales (NRS)

แหล่งที่มา: จาก “Tools for pain assessment” โดย WUWSH (2007: 3)

มาตรวัดความปวดด้วยคำพูดอย่างง่าย (Simple Descriptive Pain Intensity Scale) เป็นเครื่องมือที่ผู้ป่วยเรียงลำดับความปวด โดยใช้คำในการบอกความปวด เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง หรือปวดมาก มีข้อดี คือ ใช้ง่ายและรวดเร็ว ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือที่ซับซ้อน

ถามคำถามว่า คำใดอธิบาย/บอกถึงระดับความปวดที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ในขณะนี้

ไม่ปวดเลย    ปวดเล็กน้อย    ปวดปานกลาง    ปวดมากที่สุด

ภาพ 5. แสดงมาตรวัดความปวดด้วยคำพูดอย่างง่าย Simple Descriptive Pain Intensity Scale

แหล่งที่มา: จาก “Tools for pain assessment” โดย WUWSH (2007: 3)

การพิจารณาเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด จากผลอุบัติเหตุ สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่ครอบคลุม จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศตามคำแนะนำของสมาพันธ์จัดการเกี่ยวกับการหายของแผล (WUWHS, 2004) ได้ให้ข้อเสนอแนะการใช้เครื่องมือในการวัดระดับความรุนแรงของความปวดแบบมิติเดียว (unidimensional assessment) โดยใช้ VAS, NRS หรือ FPS ซึ่งนิยมใช้ในทางปฏิบัติ เนื่องจากวิธีการไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาค่อนข้างน้อย และได้มาตรฐานในการใช้วัดความรุนแรงของความปวดในทางคลินิก (Arnold, 2002; Stahmer et al., 1998)

การประเมินความปวดผู้ป่วยที่มีผลอุบัติเหตุ ที่มาเข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จะต้องกระทำทันทีที่มีผู้ป่วยมาเข้ารับบริการ ในลักษณะของการคัดกรองอาการปวด (pain triage)

โดยใช้เครื่องมือ/มาตรวัดความปวดดังกล่าวข้างต้น ในต่างประเทศมีการพัฒนารูปแบบการประเมินความปวดขึ้นใช้ในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โดยฟอสโนทซ์และสแวนสัน (Fosnocht & Swanson, 2001) นำรูปแบบการคัดกรองนี้ มาใช้ที่งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยยูทาห์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบระหว่าง ก่อนการนำรูปแบบการคัดกรองความปวดมาใช้และติดตามวัดผลหลังการนำรูปแบบนี้ไปใช้ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ดีขึ้น โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 78 ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดที่ต้องรอให้ขาดลงจาก 78 นาทีเป็น 39 นาที

นอกจากนี้ วอง, ชาง, เรนเนอร์, และยั้ง (Wong, Chan, Rainer, & Ying, 2007) นำระบบการคัดกรองอาการปวดไปใช้ที่งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลในฮ่องกง เพื่อประเมินความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และให้ยาแก้ปวดพาราเซตามอลทันทีที่พบว่า มีอาการปวดและประเมินประสิทธิผลของระบบการคัดกรองอาการปวด งานวิจัยนี้ใช้การวิจัยแบบผสม การศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ (mixed method design) ศึกษาแบบวัดผลก่อน-หลัง ชนิดมีกลุ่มควบคุม (เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มนำระบบการคัดกรองอาการปวดมาใช้) ผลการศึกษา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความปวดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19 เป็นร้อยละ 81 ( $p < .001$ ) ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยรอได้รับยาแก้ปวดลดลงจาก 93 นาที เป็น 9 นาที ( $p < .005$ ) ระดับความปวด 1 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวดพาราเซตามอลจากพยาบาลลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ต้องรอแพทย์เป็นผู้สั่งยา ( $Z = -4.25, p = .001$ ) ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ป่วยยอมรับการให้ยาของพยาบาลและระบุว่าพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก้ปวดและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นด้วย ส่วนพยาบาลให้ข้อมูลว่าการคัดกรองอาการปวดและให้ยาแก้ปวดทันที เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลและรู้สึกที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยทันที อย่างไรก็ตามบางครั้งเมื่อมีผู้ป่วยที่เข้าคิวรอการคัดกรองจำนวนมาก จะรู้สึกเครียด ผลการศึกษาทั้งสองเรื่องนี้ (Fosnocht & Swanson, 2001; Wong et al., 2007) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ชิ้นสำคัญ ที่ผู้วิจัยเล็งเห็นว่ามิใช่ประโยชน์ มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปประยุกต์ใช้สูง แม้ว่าแบบการวิจัยทั้งสองเรื่องนี้ จะมีจุดอ่อนอยู่บ้าง คือ ขาดการควบคุมตัวแปรที่มีผลต่อความตรงภายใน เพราะไม่ใช่งานวิจัยทดลองแท้ เพราะไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (no randomization) หลักฐานระดับ 3.2 ระดับข้อเสนอแนะ B ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2008)

### การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน นับว่าเป็นสิ่งท้าทายความสามารถของบุคลากรทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้อาจจัดแบ่งการจัดการความปวดเป็นสองระยะ คือ เมื่อแรกรับผู้ป่วยทันทีที่ประเมิน พบว่ามีอาการปวด และเมื่อต้องทำหัตถการที่ต้องสัมผัสบาดแผลโดยตรงทำให้ผู้ป่วยอาจมีความปวดรุนแรงขึ้น เช่น การชะล้างทำความสะอาดแผล การเปิดผ้าปิดแผลกรณีที่มีการปฐมพยาบาลมาก่อนถึงงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (เช่น รายที่มีการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น เป็นต้น)

การจัดการความปวดให้กับผู้ใช้บริการงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ควรกระทำโดยรวดเร็ว และทันท่วงที แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาหลาย ๆ การศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมักไม่ได้รับยาแก้ปวดหรือได้รับในขนาดที่ต่ำกว่าที่ควรจะได้ จนมีการเรียกปรากฏการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินนี้ว่า “oligoanalgesia” (Arnold, 2002; Duignan & Dunn, 2008; Todd et al., 2002) นอกจากนี้ผู้ป่วยมักต้องรอเป็นเวลานานจึงจะได้รับการช่วยเหลือ เช่น การศึกษาของทอดด์และคณะ (Todd et al., 2007) ซึ่งสำรวจอาการปวดและปัญหาการจัดการความปวดในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา 20 แห่ง โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีคะแนนความปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป (จากคะแนนเต็ม 10) จำนวน 842 ราย โดยร้อยละ 32 มีความปวดจากการบาดเจ็บ ที่เหลือมีความปวดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก เป็นต้น การศึกษานี้ พบว่าขณะมาถึงงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีความปวดระดับรุนแรง (มัธยฐาน = 8 จาก 10) ร้อยละ 83 ของผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดแต่ก็ไม่ได้รับการประเมินซ้ำ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดแต่ก็มักได้รับเมื่อต้องรอคอยเป็นเวลานาน (มัธยฐาน = 90 นาที พิสัย 0-962 นาที) ร้อยละ 74 ของผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้าน โดยยังมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ในจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาแก้ปวดพบว่า ร้อยละ 42 ต้องการยาแก้ปวดแต่ไม่ได้รับ และร้อยละ 31 ระบุว่าร้องขอยาแล้ว แต่ก็ยังไม่ได้รับสอดคล้องกับการศึกษาของหวัง, ริชาร์ดสัน, โสนูยีและมอร์สัน (Hwang, Richardson, Sonuyi, & Morrisons, 2006) ศึกษาผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีกระดูก ข้อสะโพกหักและมารับบริการที่งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน จำนวน 150 ราย ผู้วิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 83 ปี) จำนวนสูงถึงร้อยละ 83 บอกว่ามีอาการปวด แต่ต้องรอนานมาก คือ 40 นาที (พิสัย 0-60 นาที) จึงจะได้รับการประเมินความปวดและต้องใช้เวลานานถึง 141 นาที (พิสัย 10-525 นาที) จึงจะได้รับยารักษา ในจำนวนผู้ป่วยที่มีความปวดทั้งหมด ร้อยละ 36 ไม่ได้รับยาแก้ปวดเลย ร้อยละ 57 ได้รับยาโอปิออยด์ โดยยากลุ่มที่ใช้มากที่สุด คือ เมเพอริดีน (Meperidine) หรือเพทิดีน (Pethidine) (ร้อยละ 33)

พยาบาลงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โดยทั่วไป อาจให้ความสำคัญกับการจัดการกับความปวด จากแผลอุบัติเหตุแตกต่างกัน จากผลการสำรวจพยาบาลงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เพื่อสอบถามข้อคิดเห็น เกี่ยวกับ (1) สิ่งที่ยาบาลคำนึงถึงในขณะที่ทำแผลอุบัติเหตุ (2) กลยุทธ์ที่ใช้ และ (3) ปัจจัยที่ควรคำนึง ถึงในการเลือกวิธีการช่วยเหลือ (Hollinworth & Collier, 2000) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังพยาบาล 1000 ชุด และได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาคิดเป็น ร้อยละ 37 ผลการศึกษา พบว่า สิ่งที่ยาบาล จำนวนมากคำนึงถึง คือ การป้องกันการบาดเจ็บเพิ่มเติมต่อแผลอุบัติเหตุ (ร้อยละ 47) การหลีกเลี่ยง สาเหตุที่ทำให้ปวดมากขึ้น (ร้อยละ 34) โดยพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) ระบุตรงกันว่า ผู้ป่วยจะ มีความปวดมากที่สุดขณะเปิดผ้าปิดแผล และควรให้ความสำคัญกับการช่วยให้แผล มีความชุ่มชื้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 (n = 225) ให้ความสำคัญกับการทำแผลอย่างตั้งใจโดยไม่ให้เกิดความปวด และให้มีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามพยาบาล เพียงร้อยละ 61 ระบุว่าตนเองมีอิสระ ในการเลือกวัสดุที่ใช้ปิดแผลทุกครั้งที่ทำแผล ในขณะที่พยาบาลร้อยละ 36 ระบุว่าตนเองมีอิสระ ในเรื่องนี้เพียงบางครั้งเท่านั้น ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ ว่าควรมีการให้ความรู้แก่พยาบาลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับ วัสดุปิดแผลชนิดต่างๆ และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการความปวดที่เกิดขึ้นนั้น ไม่สอดคล้อง หรือต่ำกว่าความต้องการ (Hogan, 2005) มีผลให้การจัดการความปวดนั้นกระทำได้ยากขึ้น เนื่องจาก ผลกระทบของความปวดทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญ กับ การจัดการความปวด ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการประกันคุณภาพของสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง และถือ ว่าความปวดเป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกสัญญาณชีพ (Kamal et al., 2006; Lynch, 2001) โดยไม่ให้เกิด ความปวดที่เกิดขึ้นนั้นมีช่วงระยะเวลาที่นาน และเพื่อให้พ้นความทรมานจากอาการปวดโดยเร็ว (โสพิศ, 2549) จึงต้องมีการจัดการความปวด

ความปวดที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินนั้นส่วนใหญ่มัก เป็นปัญหาที่สำคัญแก่ผู้รับบริการพร้อมกันนี้อาจเกิดเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งต้องให้การพยาบาล อย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยอยู่เสมอ โดยความปวดที่เกิดขึ้นนั้น จำเป็นต้องได้รับการประเมินและจัดการความปวด (The College of Emergency Medicine, 2005) ซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจำนวนมากที่มีความปวดเฉียบพลันกลายเป็นความปวดเรื้อรัง (Rauck, 1996) โดยพบว่า พยาบาลขาดการจัดการความปวดที่ฉะฉานทำแผล เช่น โคนิเยร์และคณะ (Choniere et al. as cited in Briggs & Torr I Bou, 2002) พบว่าพยาบาลไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วยก่อนทำ แผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกแม้ว่าผู้ป่วยจะบอกว่ามีความปวดปานกลางถึงรุนแรง

วิธีการจัดการความปวดที่ดีที่สุดในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ คือ การ ใช้ยาระงับปวดโดยชินคาล (Senecal as cited in Briggs & Torr I Bou, 2002) ได้ปรับข้อเสนอแนะการ

บริหารยาตามขั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก (WHO) มาเป็นแนวทางในการจัดการความปวดจากแผลดังนี้ คือ ขั้นที่ 1 ใช้ยาต้านการอักเสบ (NSAID) ร่วมกับยาชาเฉพาะที่ ขั้นที่ 2 ใช้ยาขั้นที่ 1 ร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์ ชนิดออกฤทธิ์อ่อนและเลือกใช้การบริหารยาทางปากก่อน ขั้นที่ 3 ใช้ยาขั้นที่ 2 ร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์ ชนิดออกฤทธิ์แรง

ยาระงับปวด ที่นิยมใช้ในการการบริหารยาตามขั้นบันได ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แก่ (1) ยากลุ่มเสพติด (Opioids) ออกฤทธิ์ที่ตัวรับอนุพันธ์ฝิ่นในประสาทส่วนกลางและตัวรับประสาทส่วนปลาย เช่น มอร์ฟีน (Morphine), เฟนทานิล (Fentanyl) และเพ็ททิดีน (Pethidine) (2) ยากลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (Non-Opioid) เช่น พาราเซตามอล (Paracetamol), ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory: NSAIDs) ยับยั้งการสร้างพลอสตาแกลนดิน (prostaglandins) ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบ เช่น ไอบูโพรเฟน (Ibuprofen), แอสไพริน (aspirin), เซเลค็อกซิบ (Celecoxib) 3) ยาเสริมอื่นๆ (adjuvant therapy) ใช้ลดปวดที่เป็น neuropathic pain เช่น ยาระงับชักที่ออกฤทธิ์เป็น nonselective sodium channel blocker เช่น เฟเนโทอิน (Phenytoin), คาบามาซีพีน (Carbamazepine) ยารักษาอาการเศร้าซึม เช่น อะมิทริปไทลีน (Amitriptyline) ออกฤทธิ์ยับยั้งการเก็บกลับของเซโรโทนิน (serotonin), นอร์อะดรีนาลีน (noradrenaline) จึงมีผลยับยั้งการกระบวน การส่งกระแสความปวด (pain transmission) 4) ยาชาเฉพาะที่

การจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การบำบัดทางกายภาพ (physical pain relief strategies) การบำบัดด้านการนึกคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapies) และการบำบัดทางเลือก (complementary therapy) ซึ่งงานวิจัยของทานาบิ, โทมัส, ไพรซ์, สปีลเลอร์, และมาร์แคนโตนิโอ (Tanabe, Thomas, Paice, Spiller, & Marcantonio, 2002) โดยศึกษาเปรียบเทียบผลจากการบรรเทาความปวดในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกและกล้ามเนื้อ จากการให้การพยาบาลโดยแบ่ง เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยวิธีการประคบเย็น การยกอวัยวะที่มีบาดแผลขึ้นสูง กลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับยาบรรเทาปวด กลุ่มที่ 3 ได้รับการพยาบาลตาม ปกติร่วมกับการฟังดนตรี (การเบี่ยงเบนความสนใจ) โดยมีการประเมินระดับความปวดในระยะเวลา 60 นาที หลังให้การพยาบาล ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 77 ราย ที่มีคะแนนความปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความแตกต่างของระดับความปวดในแต่ละกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลและพบว่า มีระดับคะแนนความปวดลดลงภายใน 30 นาทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p .01$ ) ร้อยละ 86 ของผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ เพราะได้รับการพยาบาลด้วยวิธีการบำบัดทางเลือกทันทีที่มาถึงจุดคัดกรอง มีผลให้ไม่มีความแตกต่างของระดับความพึงพอใจระหว่างกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .003$ ) แม้ว่าความปวดจะยังคงมีอยู่ซึ่งเป็นการจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา

ความปวดจากแผลอุบัติเหตุที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อผู้ป่วยอุบัติเหตุจะมีความวิตกกังวลร่วมด้วยเสมอ เช่น กลัวเสียโฉม กลัวแผลไม่หาย หายช้าหรือแผลติดเชื้อ รวมทั้งกลัวการทำแผล ความวิตกกังวลและความกลัวที่เกิดขึ้น ทำให้ระดับความปวดรุนแรงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ถึงแม้ว่าจะได้รับการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไม่ว่าด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ดังนั้นพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความวิตกกังวล และความกลัวที่เกิดขึ้นควบคู่ไปด้วยเสมอ การทะเลาะหรือไม่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตัวพยาบาลผู้ดูแลและทำให้กลัว วิตกกังวลกับการที่ต้องทำแผลในอนาคตด้วย และนอกจากนั้นยังมีข้อเสนอแนะของบริกส์และทอร์รี่ ไอ บัว (Briggs & Torr I Bou, 2002) ได้ให้ข้อเสนอแนะวิธีการลดความวิตกกังวลขณะทำแผลไว้ ดังนี้ (1) ประเมินปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นและลดลง (2) เชิญชวน/เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุดขณะทำแผล เช่น ให้ผู้ป่วยเปิดแผลเอง (3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจเป็นจังหวะเพื่อการผ่อนคลาย (4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยต่อรองได้ขณะที่ทำแผล เช่น ขอพักชั่วคราว (time out) กรณีที่รู้สึกว่ามันไม่ไหวจริงๆ เป็นต้น

คุณภาพการจัดการความปวดจากแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (TVNA, 2004; WUWHS, 2004, 2007) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุว่าจะต้องประกอบไปด้วย การประเมินความปวดอย่างครอบคลุมทุกมิติ การดำเนินการค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ส่งเสริมให้เกิดความปวด การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด มีการเลือกวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยาในการจัดการความปวด มีการติดตามและประเมินผลความปวดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยควบคุมความปวดให้การจัดการความปวดเป็นไปอย่างมีคุณภาพ (McClelland, 2008) ซึ่งจากงานวิจัยของคอมลีย์และเดเมเยอร์ (Comley & DeMeyer, 2001) ได้ทำการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจากการนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของสมาคมความปวดแห่งอเมริกา มาใช้ในการจัดการอาการปวดเป็นเวลา 1 ปี โดยประเมินความพึงพอใจในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 83 ราย ก่อนใช้แนวปฏิบัติและประเมินความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติโดยกลุ่มตัวอย่างที่เก็บ หลังใช้แนวปฏิบัติจำนวน 83 ราย ( $n = 83$ ) โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแรกโดยก่อนใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วย มีระดับคะแนนความปวดสูงและปานกลาง หลังใช้แนวปฏิบัติจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าครึ่งหนึ่งบอกว่าความปวดลดลงแต่มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยรายงานว่ามีความพึงพอใจในการจัดการความปวด การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้แนวปฏิบัติมีส่วนช่วยในการพัฒนา การจัดการความปวดให้มีคุณภาพ

1.1 ปัจจัยภายในแผล พบว่า แผลที่มีขนาดใหญ่ จะมีตัวรับสัมผัสของระบบประสาทจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความปวดในระดับที่เพิ่มสูงขึ้น ตำแหน่งของแผลที่มีเส้นระบบประสาทมากจะทำให้ความรุนแรงของความปวดมากขึ้นด้วย เช่น ใบหน้า ฝ่ามือ ทวารหนักและอวัยวะสืบพันธุ์ การติดเชื้อและการอักเสบของแผลส่งผลให้ความปวดสูงขึ้น (Arroyo-Novoa et al., 2009)

## 1.2 ปัจจัยภายนอกแผล พบว่า

1.2.1 การเลือกใช้วัสดุและน้ำยาในการทำแผลไม่เหมาะสมทำให้เกิดความปวดแผลขณะทำหัตถการ (Ramponi, 2009) โดยมีการศึกษาพบว่า การนำสารละลายที่มีความเข้มข้นใช้ในการทำความสะอาดแผลจะส่งผลให้เกิดความรู้สึที่ไม่สุขสบายและเกิดอาการปวด (Hollinworth, 2005)

1.2.2 วิธีการทำแผล หรือขั้นตอนการเปลี่ยนผ้าปิดแผล ซึ่งจะทำให้เกิดการกระตุ้นความรู้สึกรวดแผลมาก (จิราภรณ์, 2551) และการศึกษาสำรวจพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินระบุตรงกันว่า ผู้ป่วยจะมีความปวดมากที่สุดขณะเปิดผ้าปิดแผล (Hollinworth & Collier, 2000)

1.2.3 การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์/วัสดุปิดแผล ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจะช่วยลดความปวดและความเสียหายของเนื้อเยื่อ (Collier & Hollinworth, 2000)

## 2. ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ได้แก่

2.1 อายุ การรับรู้ต่อความรุนแรงของความปวดมีความแตกต่างกันในช่วงแต่ละอายุจากการศึกษาของพันทิลโลและคณะ (Punttillo et al., 2001) พบว่า การทำแผลในกลุ่มวัยรุ่นมีค่าคะแนนความปวดอยู่ในระดับมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มวัยผู้ใหญ่มีค่าคะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้มีติของความปวดที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีผลให้การรายงานความปวดในเวลาที่แตกต่างกันมีความแตกต่างกัน (Rowlingson, อ่างใน บุปผา, 2552) ซึ่งการจัดการความปวด สำหรับผู้ป่วยแต่ละช่วงวัยจะมีผลแตกต่างกัน

ทั้งนี้อาจจะเป็นผลจากพัฒนาการ และการเรียนรู้ ตลอดจนประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดที่เคยได้รับ พื้นฐานทางวัฒนธรรม สังคม ประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วยซึ่งมีผลให้การรับรู้และการแสดงออกถึงความปวดแตกต่างกันไปในแต่ละราย ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายมีความคาดหวังที่จะต้องได้รับการบรรเทาปวดทันทีที่เข้ารับบริการและความต้องการการลดปวดนั้นก็มีความสัมพันธ์และมีผลต่อระดับความพึงพอใจ (Fosnocht et al., 2001)

2.2 ทักษะคิดและความเชื่อ โดยมีทักษะคิดและความเชื่อเกี่ยวกับความปวดไม่ถูกต้อง โดยเชื่อว่าชนิดและขนาดของบาดแผลมีผลต่อความปวด แผลเปิดหรือแผลขนาดใหญ่และแผลที่มีความลึกมาก จะมีความปวดมากตามไปด้วย (Fleck, 2007)



2.3 เพศ จากการศึกษาก็อทและเฮินเดอร์เฟลด์ (Keogh & Herdenfeldt, 2002) ศึกษาโดยใช้ mixed-groups design ในการศึกษาปัจจัยด้านเพศ วิธีการเผชิญความเครียด (sensory-focused และ emotions-focused coping) ต่อการรับรู้ความปวดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาจำนวน 50 ราย (เพศชาย 24 คน เพศหญิง 26 คน) โดยการทดลองกระตุ้นให้เป็นความปวดด้วยความเย็น ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีระดับความทนทานต่อความปวด (pain tolerances) ระดับการถูกกระตุ้นให้เกิดความปวด (pain threshold) ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายและรายงานความปวดสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายสอดคล้องกับ การศึกษาของ โอ้กทาและคณะ พบว่า การรับรู้ความปวดในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (Okta et al., 2008)

2.4 ความวิตกกังวล พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ให้การรับรู้ความปวดเพิ่มสูงขึ้น (Okta et al., 2008)

2.5 ความรู้/ระดับการศึกษา/การได้รับข้อมูลในการจัดการความปวดแบบเฉียบพลันแก่ผู้ป่วยในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน มีผลให้ความปวดลดลง (James et al., 1999)

### 3. ปัจจัยด้านบุคลากร

3.1 พยาบาล ซึ่งพบว่า พยาบาลประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยต่ำกว่าที่แพทย์ประเมิน (Guru & Dubinsky, 2000) และประเมินระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าความเป็นจริง (Garbez & Puntillo, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุงกันและดัน (Duigan & Dunn, 2008a) โดยศึกษาซ้ำงานวิจัยของพัลทิลโลและคณะ (Puntillo et al., 2003) โดยเปรียบเทียบการประเมินความปวดของพยาบาลงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ( $n = 16$ ) และของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มารับบริการงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ( $n = 64$  คน) ในประเทศไอร์แลนด์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยรายงานคะแนนความปวดขณะพัก = 6.4 ขณะที่พยาบาลประเมินความปวดของผู้ป่วย = 5.2 กล่าวคือ พยาบาลประเมินความปวดต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.046, p = 0.003$ ) นอกจากนี้ พบว่าระดับการศึกษา อายุ และประสบการณ์ของพยาบาลที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดแต่กลับพบว่าตำแหน่งที่แตกต่างกันของพยาบาลที่เป็นผลให้ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดที่แตกต่างกัน (จอณพะจง, รัชณี, และวงจันทร์, 2546)

นอกจากนี้ ทานาเบ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท หรือสูงกว่าหรือผู้ที่เคยผ่านการอบรม/สัมมนาเกี่ยวกับ การจัดการความปวดมีความตระหนักรู้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 การสื่อสาร ซึ่งพบว่า การใช้เครื่องมือวัดระดับความปวดมีข้อจำกัดทางด้านภาษาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย (Collins, Gullette, & Schnepf, 2005) และภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร ไม่ใช่ภาษาหลักกับเจ้าหน้าที่ ก็ส่งผลให้มีการสื่อสารที่คลาดเคลื่อนได้ (Glover et al., 2006)

3.3 แพทย์ การประเมินระดับความปวดของแพทย์ มีผลต่อการให้ยาแก่ผู้ป่วยในแต่ละรายซึ่งแพทย์ประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Marinsek et al., 2007) แพทย์ที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของอายุ เพศ ความรู้ก็เป็นอุปสรรคให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ (Motov & Khan, 2009)

นอกจากพยาบาล บุคลากรส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเป็นอย่างดีเช่นกัน จึงจะทำให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพ การศึกษาของโจนส์ (Jones, 1999) พบว่า การอบรมให้ความรู้แก่แพทย์ประจำบ้าน โดยจัดเป็น โปรแกรมให้ความรู้ 4 ชั่วโมง เปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการดูแลก่อนการอบรมกับ หลังการอบรม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลหลังการอบรมมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ เป็นเพราะการอบรมช่วยพัฒนาทั้งความรู้และทักษะในการดูแลปัญหาความปวดของผู้ป่วยที่มารับบริการงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

3.4 บุคลากรในทีม เนื่องจากขาดความตระหนักในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติที่มีอยู่ (Zohar et al., 2001) และมีเพียงร้อยละ 23 เท่านั้นที่ใช้เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของความปวดกับผู้ใช้บริการ (Eder, Sloan, & Todd, 2003) ซึ่งในทางปฏิบัติบุคลากรยังให้ความสำคัญในระดับต่ำเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินความปวด แต่จะใช้การสังเกตจากสีหน้า ท่าทางและการส่งเสียง เช่น เสียงร้อง (Moffatt et al., 2002) และมักใช้ประสบการณ์เดิมในการตัดสินความปวดของผู้ป่วย (Briggs & Torr I Bou, 2002) ซึ่งการประเมินความปวดที่ไม่ครอบคลุมของทีมสุขภาพก็ยิ่งส่งผลให้การจัดการความปวดไม่มีคุณภาพ/เพียงพอ (Stalnikowicz et al., 2005)

#### 4. ปัจจัยด้านระบบบริการ

4.1 จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน จากการศึกษาของหวัง และคณะ (Hwang et al., 2006) พบว่า การมีผู้ใช้บริการที่งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินจำนวนมาก (crowdy ER) สูงถึงร้อยละ 120 ของจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยได้เป็นปัจจัยสำคัญ และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการประเมินและบันทึกความปวดที่น้อยลง ( $p = .05$ ) และระยะเวลาการได้รับการประเมินความปวดที่นานขึ้น ( $p = .01$ )

4.2 ขาดการจัดระบบการประเมินความปวดและการบันทึกความปวด ซึ่งอาจเกิดจากรูปแบบของเครื่องมือที่ไม่ชัดเจน (รูปภาพขนาดเล็ก) ซึ่งทำให้มีการระบุตำแหน่งที่ปวดไม่ชัดเจน มีผลต่อให้การจัดการความปวดไม่ครอบคลุม (บุปผา, 2552) นอกจากนี้ การศึกษาของทานาบิ (Tanabe, 2000) พบว่า เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48) ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินที่ศึกษา รายงานว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญ คือ การที่หน่วยงานไม่มีการจัดระบบการประเมินความปวดที่ดี พอสอดคล้องกับการศึกษาของโสพิศ (โสพิศ, 2549) พบว่า พยาบาลงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินมีการสอบถามความปวดจากผู้ป่วยแต่ไม่มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด เนื่องจากเครื่องมือประเมินความปวดทำได้ยากเพราะผู้ป่วยมีระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยงานสั้น จึงมุ่งเน้นจัดการปัญหาอื่นมากกว่าความปวด

จากปัจจัยดังกล่าว ส่งผลให้การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในผู้รับบริการใน งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่พบบ่อยในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ยังไม่มี ประสิทธิภาพเท่าที่ควรและความปวดเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้รับบริการใน งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ดังนั้น จึงควรมีการนำข้อเสนอแนะหรือแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ ในผู้รับบริการที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

### การพัฒนาแนวปฏิบัติและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) หมายถึง เอกสาร/ข้อความ ที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยนักปฏิบัติทางคลินิก/ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในการตัดสินใจ อย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง (ฟองคำ, 2549)

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นต้องพัฒนาขึ้น โดยนักปฏิบัติทางคลินิกด้วยวิธี การรวบรวม ประเมินและประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่และความคิดเห็นในการปฏิบัติที่ดีที่สุด ขณะนั้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ใช้ลดความหลากหลายของการปฏิบัติ ช่วยการตัดสินใจทางคลินิก และเพื่อส่งเสริมการให้บริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม มีมาตรฐาน หรือช่วยลดความเสี่ยงของการเกิด ความผิดพลาดจากการปฏิบัติ (ฟองคำ, 2549) โดยอาจจะอยู่ในรูปข้อความสั้นๆ (flow chart) หรือ แผนภูมิการตัดสินใจ (algorithm) หรืออยู่ในรูปแบบอื่น เช่น แนวทางการดูแลทางคลินิก (clinical pathway)/แผนที่การดูแล (care map) ซึ่งเป็นแผนการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกด้าน (เฉลิมพงษ์ อ้างตาม พรพิลาศ, 2552) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ รายละเอียด ดังนี้

## ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) โดยคัดแปลงแนวทางและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยแบ่ง การดำเนินงานเป็น 3 ระยะ 12 ขั้นตอน ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มี 6 ขั้นตอน ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ มี 4 ขั้นตอน ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลของแนวปฏิบัติไปทดลองใช้มี 2 ขั้นตอน

### ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา โดยการกำหนดปัญหาต้องเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญที่หน่วยงานต้องการได้รับการปรับปรุงคุณภาพ และมีความเห็นพ้องต้องกัน โดยกลยุทธ์ในการกำหนดประเด็นปัญหาอาจทำได้ โดยการระดมสมองของบุคลากรในหน่วยงาน หรือกำหนดจากประเด็นตัวชี้วัดที่ยังไม่ถึงเกณฑ์ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนา ควรมาจากสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับประเด็นหรือหัวข้อที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เช่น วิสัญญีแพทย์ พยาบาล เกศัชกร เป็นต้น โดยทีมงานต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในเรื่องที่จะทำ สามารถสืบค้น อ่าน ประเมินผลและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ โดยจำนวนสมาชิก ควรอยู่ระหว่าง 5-10 คน เพื่อความสะดวกในการนัดหมายประชุม

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตและผลลัพธ์ การกำหนดวัตถุประสงค์ ต้องให้ชัดเจน สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และต้องมีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) สำหรับกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ หรือหน่วยงานและองค์กร อาจเป็นได้ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว

ขั้นตอนที่ 4 การสืบค้น และการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ต้องมีการกำหนดแนวทางการสืบค้น และคัดเลือก หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นรายงานวิจัยข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่เป็นเลิศ และแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่แล้ว โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice statements) และแนวปฏิบัติที่สร้างโดยสถาบัน/องค์กรต่าง ๆ ในต่างประเทศ และองค์กรการ

ระหว่างประเทศและการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์นั้น การคัดเลือกต้องให้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิกที่ต้องการพัฒนา มีผลลัพธ์ที่กำหนดในหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจน สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เมื่อได้หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว การประเมินคุณค่าของหลักฐานที่สืบค้นได้ต้องทำอย่างเป็นระบบสำหรับการคัดเลือกประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นรายงานวิจัยและเอกสารวิชาการและจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานและเกรดของข้อเสนอแนะตามเกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2008) การประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) เกณฑ์ในการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHNRC, 1998) มีรายละเอียดดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยงานวิจัยทุกเรื่องมีการออกแบบการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง (randomize control trial; RCT)

ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยทุกงานวิจัยเป็นการทดลองและต้องมีอย่างน้อย 1 เรื่องที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง

ระดับ 3 มี 3 กลุ่มย่อย ได้แก่

ระดับ 3.1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยที่ออกแบบการวิจัยอย่างดีและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างไม่สมบูรณ์ (well-design pseudo-randomized controlled trials)

ระดับ 3.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการศึกษาเปรียบเทียบ (comparative study) ไม่มีการสุ่ม (non-randomized) ที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort studies) และเป็นการศึกษาย้อนหลังเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยและการเกิดโรค (case controlled study)

ระดับ 3.3 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการศึกษาติดตามระยะยาว ไม่มีการทดลองศึกษาเปรียบเทียบโดยใช้ประวัติควบคุม (historical control) หรือศึกษาหลายช่วงเวลา (time series)

ระดับ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยเชิงพรรณนา งานวิจัยที่วัดผลหลังการทดลอง (post test) งานวิจัยที่วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pre-test/post-test outcomes) หรือได้มาจากการคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ด้านประสบการณ์ทางคลินิก (Expert opinion)

ส่วนการประเมินคุณค่าของหลักฐาน โดยการจัดแบ่งระดับของข้อเสนอแนะ (grade of recommendation) เพื่อบอกถึงระดับของความเชื่อมั่นในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์นั้น ไปใช้จัดระดับของข้อเสนอแนะของหลักฐานเชิงประจักษ์ ของสถาบัน โจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2008) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับ A มีความเชื่อมั่นในระดับสูง ซึ่งประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับ การยอมรับว่ามีคุณค่าระดับสูงของการนำไปใช้

ระดับ B มีความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง ประกอบด้วย หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ ได้รับการรับรองว่ามีประโยชน์ในการนำไปใช้

ระดับ C ขาดความเชื่อมั่นไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุน ไม่แนะนำให้ นำไปใช้

ขั้นตอนที่ 5 การยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ในขั้นตอนนี้เป็นการนำข้อเสนอแนะ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ผ่านการคัดเลือกว่า มีคุณภาพ เชื่อถือได้ เสนอต่อทีมพัฒนา โดยใน การยกร่างแนวปฏิบัติจะต้องมีรูปเล่ม ประกอบไปด้วย เนื้อหาดังนี้ ชื่อแนวปฏิบัติฯ วิทยานิพนธ์ที่พัฒนา แนวปฏิบัติฯ คำนำ สารบัญ ความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ขอบเขตของ การพัฒนา นิยามศัพท์ ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ขั้นตอนการพัฒนา แผนภูมิแสดงขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ เนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติฯ พร้อมระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ แผนภูมิแสดงขั้นตอนแนวปฏิบัติฯ บรรณานุกรมและภาคผนวก

ขั้นตอนที่ 6 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติฯ) เป็นการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยกำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิกที่พัฒนาและอย่างน้อยควรมีผู้เชี่ยวชาญ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยรูปเล่ม ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่างจะต้องได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ

## ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ

เป็นการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ กับกลุ่มเป้าหมาย ตามระยะเวลาที่กำหนด หรือตามจำนวนที่ต้องการ เพื่อดูความเป็นไปได้ของการนำ ไปใช้ จากนั้นนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้จริง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 7 ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงานเพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญ ของการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ

ขั้นตอนที่ 8 จัดประชุมทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติฯไปใช้ เพื่อขอ ความร่วมมือจากบุคลากรพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากมีการนำ แนวปฏิบัติฯ ไปใช้

ขั้นตอนที่ 9 จัดอบรมผู้ใช้แนวปฏิบัติ เพื่อแนะนำรายละเอียด และวิธีการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้

ขั้นตอนที่ 10 ทดลองใช้แนวปฏิบัติ เป็นการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ใช้บริการและพยาบาล)

### ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯ

เป็นการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯ การพยาบาลตามที่ได้วางไว้ในเชิงโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 11 ประเมินจากผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ การประเมินผลจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัย ประเมินผล 2 ด้าน คือ ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยใช้แบบสอบถามความเป็นไปได้และความพึงพอใจของการนำแนวปฏิบัติฯ การจัดการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 12 ประเมินจากผู้ป่วย การประเมินผลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ประเมินผล ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม

### หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ผู้วิจัยกำหนดแนวทางในการสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัย โดยค้นคว้าจากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Science Direct, MD Consult, ThaiList, The Joanna Briggs Institute ใช้คำสำคัญหลักในการสืบค้น คือ “traumatic wound” “guideline” “protocol” “pain management” “emergency department” และกำหนดช่วงระหว่างปี ค.ศ. 2000-2012 ดำเนินการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (NHMRC, 1998) และเกรดของข้อเสนอแนะตามเกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2008) คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ จุกเฉิน

ผลการสืบค้น ผู้วิจัยได้เอกสารที่เกี่ยวข้องมาทั้งหมด 33 เรื่อง จำแนกเป็น งานวิจัย ที่ผ่านการคัดเลือกจำนวน 16 เรื่อง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังกล่าวข้างต้นและจัดระดับหลักฐานและระดับข้อเสนอแนะการปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนาบริกส์

(The Joanna Briggs Institute, 2008) สำหรับหลักฐานที่มาจากสมาพันธ์จัดการเกี่ยวกับการหายของแผล (A World Union of Wound Healing Societies Initiative [WUWHS], 2004, 2007), สมาคมพยาบาลด้านการจัดการเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ (Tissue Viability Nurse Association [TVNA], 2004), และสมาพันธ์การจัดการบาดแผลแห่งยุโรป (European Wound Management Association [EWMA], 2002) ถึงแม้ว่าจะถูกจัดอยู่ในระดับ 4 (ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ) แต่ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจากทั่วทุกองค์กร จัดว่ามีความน่าเชื่อถือเพราะกระบวนการจัดทำมีการใช้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบาดแผลอุบัติเหตุในประเทศยุโรป โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศอังกฤษ เนื้อหาหลักฐานที่มาจากงานวิจัยเดี่ยว ๆ ที่ศึกษาเฉพาะกับความปวดในแผลอุบัติเหตุ ยังมีไม่มากนัก ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่เป็นเลิศจากสมาพันธ์จัดการเกี่ยวกับการหายของแผล (WUWHS, 2004, 2007), สมาพันธ์การจัดการบาดแผลแห่งยุโรป (EWMA, 2002), สมาคมพยาบาลด้านการจัดการเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ (TVNA, 2004), สมาคมการจัดการความปวดแห่งอเมริกา (American Pain Society [APS]) จากทั้งสี่องค์กรนี้เป็นแกนหลักและที่พัฒนาโดย National Institute of Clinical Studies (NICS, 2011) และใช้หลักฐานอื่น ๆ ประกอบเนื่องจากงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ยังมีไม่มากนัก ทั้งนี้จึงได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจากทั่วทุกองค์กร นำมาสู่การ “ร่าง” แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ซึ่งมีประเด็นสำคัญครอบคลุม 4 หัวข้อ คือ (1) การคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม (pain triage) (2) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (3) การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวด และ (4) การบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1.การคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม (pain triage) (2) การประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง (3) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (4) การติดตามผลการจัดการความปวดและการบันทึกทางการแพทย์ และ (5) การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำแผล

### 1. การคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม (pain triage)

1.1 ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีบาดแผลจากอุบัติเหตุต้องทำการคัดกรองความปวด ตั้งแต่แรกเริ่ม โดยทำการประเมินความปวด ผู้ที่มีบาดแผลจากอุบัติเหตุทันทีที่มาถึงหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทุกราย (Blank et al., 2001; Fosnocht & Swanson, 2001; Wong et al., 2007) (ระดับ 3.2 เกรด B)

1.2 พยาบาลทำการประเมินความปวด โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้รายงานความปวดด้วยตนเอง (Kuman, 2007; NICH, 2011; TVNA, 2004; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A) โดยการใช้เครื่องมือ



ในการประเมินความปวด คือ NRS (NICH, 2011; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A) ซึ่งนิยมใช้ในทางปฏิบัติเนื่องจากวิธีการไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาค่อนข้างน้อยและได้มาตรฐานในการใช้วัดความรุนแรงของความปวดในทางคลินิก (Arnold, 2002; Stahmer et al., 1998) โดยแบ่งระดับความปวดออกเป็น 3 กลุ่ม 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)

## 2. การประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง

2.1 ประเมินความปวด โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และเหมาะสมกับบุคคลนั้นโดยไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น และครอบคลุมประวัติที่เกี่ยวข้องกับความปวด การรับรู้ความปวด การใช้ยาและโรคประจำตัว (TVNA, 2004; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

2.2 ระบุระดับความปวด โดยใช้ภาพคน (body map) เพื่อระบายตำแหน่งแผลที่ปวด (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

2.3 วางแผนเลือกวิธีการจัดการความปวด โดยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายระดับความปวดที่รับได้ (acceptable level of pain) (Briggs & Torra Bou, 2002; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

## 3. การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

3.1 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา (TVNA, 2004; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

3.2 เลือกวิธีการใช้ยา โดยใช้ยาตามข้อเสนอนะระการบริหารยาตามขั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก (Briggs & Torra Bou, 2002; WHO; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A) มีแนวทาง ดังนี้ คือ

ขั้นที่ 1 ใช้ยาต้านการอักเสบ (NSAID) ร่วมกับยาชาเฉพาะที่กับคะแนนความปวด กลุ่ม 3 (คะแนน 1-3)

ขั้นที่ 2 ใช้ยาขั้นที่ 1 ร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์ ชนิดออกฤทธิ์อ่อนและเลือกใช้การบริหารยาทางปากก่อนกับคะแนนความปวดกลุ่ม 2 (คะแนน 4-6)

ขั้นที่ 3 ใช้ขั้นที่ 2 ร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์ ชนิดออกฤทธิ์แรงกับคะแนนความปวดกลุ่ม 1 (คะแนน 7-10)

3.3 ให้ยาแก้ปวดก่อนทำแผล และหากผู้ป่วยยังคงปวดอยู่ (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

3.4 เผื่อระวังผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด โดยเฉพาะผู้สูงอายุ (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

3.5 จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งเร้าความปวด (Briggs & Torra Bou, 2002; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A) โดยกั้นม่านให้ผู้ป่วย หลีกเลี่ยงอุณหภูมิที่เย็นจัดและการโดนลมจากพัดลม (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

3.6 จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สบาย (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

3.7 อธิบาย/ให้ข้อมูลต่าง ๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

3.8 อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย พุดคุย สัมผัส (เช่น จับมือ) (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

3.9 สอน/แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยฝึกการหายใจช้า ๆ (slow rhythmic breathing) เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ (Kuman, 2007; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

#### 4. การติดตามผลการจัดการความปวดและการบันทึกทางการพยาบาล

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

4.2 ประเมินความรุนแรงความปวดทุกครั้งที่ทำแผล โดยประเมินก่อน ระหว่าง และหลังทำแผล (Glover et al., 2006; NICH, 2011; TVNA, 2004; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

4.3 ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวด โดยประเมินความปวดทุกครั้ง (WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A) โดยดำเนินการ ดังนี้

4.3.1 ประเมินการไหลเวียนเลือดบริเวณบาดแผล (ปรีชา, 2552; เรวัตติ 2547; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

4.3.2 จัดการ/รักษาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด เช่น ลดอาการบวม โดยใช้ compression therapy (WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

4.3.3 ประเมินและจัดการไม่ให้เกิดแรงกด หรือแรงเสียดสีบริเวณแผลอย่าง ต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดเนื้อตายตามมาได้ (Briggs & Torra Bou, 2002; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

4.4 ควรระมัดระวังในการประเมินความปวดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีความปวดของระบบประสาทที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

4.5 บันทึกผลการประเมินไว้ในแฟ้มผู้ป่วย โดยบันทึกคะแนนความปวดเป็นระยะ ๆ ให้เห็นชัดเจน (Glover et al., 2006; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

4.6 ทบทวนข้อมูลจากการบันทึกความปวดเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความปวด (McClelland, 2008; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

4.7 ระบุปัญหาหรืออุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการความปวดและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดจากแผลช่วยเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิผลหรือคุณภาพ (Briggs & Torra Bou, 2002; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

## 5. การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำแผล

### 5.1 ก่อนการทำแผล

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

5.1.2 เลือกใช้การจัดการความปวด (ใช้ยาและไม่ใช้ยา) อย่างเหมาะสม (TVNA, 2004; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

5.1.3 ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจจัดการความปวดจากแผลโดยสอบถามผู้ป่วยและให้โอกาสมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าต้องการเปิดแผลด้วยตนเองหรือไม่ (Briggs & Torra Bou, 2002; TVNA, 2004; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

### 5.2 ขณะทำแผล

5.2.1 กรณีผ้าปิดแผลแห้งติดกับแผล พิจารณาใช้น้ำเกลือราดแผล เพื่อความชุ่มชื้นก่อนเปิดผ้าปิดแผล (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

5.2.2 ล้างแผลโดยใช้สารละลายควรใช้สารละลายที่มีอุณหภูมิเท่ากับร่างกาย (เรวัตติ, 2547; Hollinworth, 2005; WUWHS, 2004; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

5.2.3 ไม่ใช้คีมหรือก๊อสในการถูบริเวณแผล เพราะเป็นสาเหตุให้เนื้อเยื่อถูกทำลายและทำให้ความปวดที่เกิดขึ้นคงอยู่นาน (ยกเว้น ในกรณีบาดแผลสกปรกอาจทำได้ภายหลังการให้ยาเฉพาะที่) (WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

5.2.4 ป้องกันและไม่ทำลายเนื้อเยื่อบริเวณแผลและรอบ ๆ บริเวณแผล (TVNA, 2004; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

5.2.5 ช่วยเหลือแพทย์ในการเลือกวิธีการกำจัดเนื้อตายอย่างถูกวิธี โดยแผลที่ใช้วิธีการตัดเนื้อตายด้วยวิธีการใช้กรรไกรจะก่อให้เกิดความปวดแบบ sharp, tender และ throbbing

วิธีการที่ช่วยลดความปวด คือ การให้ยาบรรเทาปวด (ชาญเวช, 2552; พรพรหม, 2552; TVNA, 2004; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

5.2.6 เลือกและใช้วัสดุปิดแผลที่ช่วยให้แผลมีความชุ่มชื้น เช่น โซฟรา ทูลเลย์ (sofra tullae) เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ (Moffatt, Flanks & Hollinworth, 2002; Shukla et al., 2005; TVNA, 2004; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

### 5.3 หลังทำแผล

5.3.1 กำจัดปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความปวดและรบกวนการหายใจของแผล เช่น การกดรัด (จากการปิดแผลแน่นเกินไป) (Shukla et al., 2005; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

5.3.2 ให้คำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความปวด (Arroyo-Novoa et al., 2009; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

5.3.3 จัดการปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดความปวด เช่น ลักษณะและความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดยปรึกษาแพทย์เพื่อช่วยเหลือในการจัดการความปวด (WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

## การบันทึกผลการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

การบันทึกผลการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ประกอบด้วย (1) ค่าคะแนนความปวดก่อน ขณะและหลังทำแผล ระบุความปวดโดยใช้ภาพคน (body map) (WUWHS, 2004) ในแฟ้มผู้ป่วย (Glover et al., 2006; WUWHS, 2004) และการจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา (TVNA, 2004; WUWHS, 2007)

## สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การประเมินความปวดเป็นที่ยอมรับในระดับสากลว่ามีความสำคัญมากและการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุ ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกับความปวดจากสาเหตุอื่น ๆ อย่างไรก็ตามการให้รักษาพยาบาลที่สาเหตุเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เช่น การที่ผู้ป่วยมีความปวดจากแผลอุบัติเหตุและไม่ได้รับการดูแลหรือจัดการกับความปวดที่ดีตั้งแต่ต้น อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำแผล เกิดแผลอักเสบติดเชื้อตามมาได้ง่าย พยาบาลเป็นผู้

มีบทบาทสำคัญในการประเมิน/วินิจฉัยปัญหาความปวดและการจัดการความปวด โดยองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับบทบาทนี้ของพยาบาลในการเป็นผู้ประเมินความปวดแรกรับและสามารถให้คำแนะนำเพื่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพต่อไป (Kumar, 2007) จากการสำรวจข้อมูลการประเมินความปวดจากแผลอุบัติเหตุ พบว่า บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด การจัดการความปวด การให้ความรู้ในการจัดการความปวดยังไม่ครอบคลุมและไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน กล่าวคือ หน่วยงานยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุ ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะพยาบาล มีการปฏิบัติที่ไม่เหมือนกันทุกคน เช่น การประเมินเพื่อคัดกรองความปวด การปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ พยาบาลบางคนปฏิบัติ บางคนไม่ปฏิบัติ บางคนใช้การประเมิน โดยการสังเกตพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว มีส่วนน้อยใช้ร่วมกับเครื่องมือประเมินความปวด (มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข หรือ numeric rating scale: NRS) ทำให้ผู้ป่วยที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ที่มาเข้ารับบริการได้รับการจัดการความปวดไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุชั้นใช้งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางการตัดสินใจให้การดูแลช่วยเหลือ ภายใต้การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุเพื่อให้พยาบาลได้นำแนวปฏิบัติเป็นแนวทางในการตัดสินใจเพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาและประเมินผลการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยมีระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

## ผู้มีส่วนร่วม

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเชิงพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ มี 4 กลุ่ม ดังนี้

1. ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ๗ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติกรพยาบาลในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลที่ศึกษา 4 ท่าน รวมผู้วิจัย เป็น 5 ท่าน โดยมีส่วนร่วมในขั้นตอนที่ 1-5

2. ผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ผู้ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน 1 ท่าน โดยมีส่วนร่วมในขั้นตอนที่ 6

3. พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ทั้งหมด 14 ราย มีความเต็มใจเข้ามามีส่วนร่วมในการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ โดยมีส่วนร่วมในขั้นตอนที่ 7-11

4. ผู้ใช้บริการ คือ ผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุ เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ศึกษาและสิ้นสุดการได้รับบริการจากงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (กำลังถูกจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน) ในช่วง 1 เดือน ก่อนนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ และช่วง 1 เดือน ที่มีการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ โดยมีส่วนร่วมในขั้นตอนที่ 12

ผู้มีส่วนร่วมกลุ่มที่ 1 และ 2 จัดว่าเป็นผู้มีส่วนร่วมในขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ในระยะที่ 1 ส่วนกลุ่มที่ 3 จัดว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างของระยะที่ 2 และ 3 คือ ระยะทดลองใช้และระยะประเมินผลและกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มตัวอย่างของระยะที่ 3 คือ ระยะประเมินผลเท่านั้น ระยะและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเชิงพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ โดยคัดแปลงแนวทางและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ 12 ขั้นตอน ประกอบด้วยระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติฯ มี 6 ขั้นตอน ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ มี 4 ขั้นตอน

และระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ มี 2 ขั้นตอน การดำเนินการในแต่ละขั้นตอน มีรายละเอียด ดังนี้

### ระยะที่ 1: ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

#### ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา

ผู้วิจัย เป็นพยาบาลประจำการที่ทำงานในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ ได้ทำการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในที่ทำงาน โดยการปรึกษาหารือกับหัวหน้าหน่วยงาน แพทย์และพยาบาลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ปฏิบัติในหน่วยงานดังกล่าว ร่วมกันสำรวจข้อมูลผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2553 นอกจากนี้ผู้วิจัยศึกษาและวิเคราะห์อุบัติการณ์ จากรายงานการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ และทบทวนวรรณกรรม เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น จากการศึกษาข้อมูลพบว่า หน่วยงานยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีแผลจากอุบัติเหตุ ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะพยาบาล มีการปฏิบัติที่ไม่เหมือนกัน เช่น การประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาเรื่องความปวด (pain triage) ยังไม่มีการทำกิจกรรมนี้ พยาบาลบางคนปฏิบัติ บางคนไม่ปฏิบัติ บางคนใช้การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว มีส่วนน้อยที่ใช้ร่วมกับเครื่องมือประเมินความปวด (มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข หรือ numeric rating scale: NRS) หรือเมื่อประเมินแล้วพบว่ามีความปวด พยาบาลบางคนไม่ให้ความสำคัญแสดงออก โดยมุ่งช่วยเหลือปัญหาอื่น ๆ มากกว่าช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวด บางคนให้ความสำคัญแต่ไม่กล้าตัดสินใจว่าควรดำเนินการอย่างไรต่อไป ทำให้ผู้ป่วยที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ที่มาเข้ารับบริการได้รับการจัดการความปวดไม่ดีเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงวางแผนร่วมกับหัวหน้าหน่วยงาน แพทย์และพยาบาลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังกล่าวข้างต้น กำหนดหัวข้อของการพัฒนาคุณภาพงานบริการของหน่วยงาน คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

#### ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ผู้วิจัยวางแผนร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานในการกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ โดยได้กำหนดคุณสมบัติผู้ร่วมทีมพัฒนาต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ศึกษา มากกว่า 10 ปี จำนวน 3 ท่าน และผู้วิจัย

### ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์

ในขั้นตอนนี้ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประชุมร่วมกัน เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายหลังการนำแนวปฏิบัติฯ ที่จะพัฒนา ขึ้นใช้ในหน่วยงาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

กลุ่มเป้าหมาย แนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากผลอุบัติเหตุ ที่จัดทำขึ้น นี้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

2. ผู้ใช้บริการที่มีผลอุบัติเหตุ และเข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินที่สามารถรายงานความปลอดภัยได้ด้วยตนเอง

ผลลัพธ์ ผลลัพธ์หลัก (primary outcome) ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ใน หน่วยงาน คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ได้แก่ ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวด และความพึงพอใจ ในการจัดการความปลอดภัยจากผลอุบัติเหตุ ผลลัพธ์รอง (secondary outcome) คือ ความพึงพอใจของ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ

### ขั้นตอนที่ 4 สืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยกำหนดแนวทางการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นรายงาน วิจัย ข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่เป็นเลิศ และแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่แล้ว โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Science Direct, MD Consult, Cochrane Collaboration, Joanna Briggs Institute, ThaiList โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ traumatic wound, wound pain, pain management, guidelines, และ protocol กำหนดช่วงระหว่างปี ค.ศ. 2000-2012 หลังจากนั้นจึง คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่เป็นเลิศ และแนวปฏิบัติในการจัดการความ ปลอดภัยจากผลอุบัติเหตุและผลอื่น ๆ ที่สร้างโดยสถาบัน/องค์กรต่าง ๆ ในต่างประเทศ และองค์กร ระหว่างประเทศ ผลการสืบค้น ผู้วิจัยได้เอกสารที่เกี่ยวข้องมาทั้งหมด 33 เรื่อง จำแนกเป็นงานวิจัยที่ ผ่านการคัดเลือก จำนวน 16 เรื่อง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังกล่าว ข้างต้น และจัดระดับหลักฐานและระดับข้อเสนอแนะการปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนา บริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2008) สำหรับหลักฐานที่มาจากสมาพันธ์จัดการเกี่ยวกับ



การหายของแผล (WUWHS, 2004; 2007), สมาพันธ์การจัดการบาดแผลแห่งยุโรป (EWMA, 2002), สมาคมพยาบาลด้านการจัดการเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ (TVNA, 2004), สมาคมการจัดการความปวดแห่งอเมริกา (American Pain Society [APS]) และที่พัฒนาโดย National Institute of Clinical Studies (NICS, 2011) ถึงแม้ว่าจะถูกจัดอยู่ในระดับ 4 (ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ) แต่เป็นข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจากทั่วทุกองค์กร จัดว่ามีความน่าเชื่อถือเพราะกระบวนการจัดทำมีการใช้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบาดแผลอุบัติเหตุในประเทศยุโรป โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศอังกฤษ ซึ่งเนื้อหาหลักฐานที่มาจากงานวิจัยเดี่ยวที่ศึกษาเฉพาะกับความปวดในแผลอุบัติเหตุยังมีไม่มากนัก ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ข้อเสนอแนะการปฏิบัติ จากทั้งสององค์กรนี้เป็นแกนหลักและใช้หลักฐานอื่นๆ ประกอบ นำมาสู่การ “ร่าง” แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ทั้งนี้ในการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการตรวจสอบซ้ำ จากคณะกรรมการอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

#### ขั้นตอนที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ดำเนินการคัดเลือกว่ามีคุณภาพเชื่อถือได้ตามเกณฑ์ในขั้นตอนที่ 4 มานำเสนอต่อทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ เพื่อคัดเลือกข้อเสนอแนะ และสรุปเนื้อหา จัดทำเป็น “ร่าง” แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

“ร่าง” แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (ภาคผนวก ข) มีรูปแบบ ประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติ ๑ ราชานามทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ๑ คำนำ สารบัญ ความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ขอบเขตของการพัฒนา นิยามศัพท์ ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังการนำแนวปฏิบัติ ๑ ไปใช้ ขั้นตอนการพัฒนา แผนภูมิแสดงขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติ ๑ เนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ ๑ พร้อมระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ แผนภูมิแสดงขั้นตอนการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (wound pain management algorithm)

#### ขั้นตอนที่ 6 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ขั้นตอนนี้เป็นการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ ๑ ด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยผู้วิจัยจัดส่ง “ร่าง” แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยพิจารณาจากความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่สำคัญ และจำเป็นในการจัดการความปวดจากแผล

อุบัติเหตุ พร้อมทั้งแนบแบบตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นที่มีต่อข้อเสนอแนะในแต่ละข้อ โดยใช้เกณฑ์การตัดสิน 4 ระดับ (คะแนน 1-4) คือ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 ไม่เห็นด้วย 3 เห็นด้วย และ 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หากข้อเสนอแนะข้อใดมีการให้คะแนนระดับ 1 หรือ 2 ขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิระบุข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงต่อไป

ผลจากการรวบรวมข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์คุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธีการทางสถิติ ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ ฯ ร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ โดยเริ่มจากผู้วิจัยพิจารณาแบบตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ฯ ของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านเป็นรายข้อ ข้อที่ได้คะแนน 1-2 จัดว่าเป็นข้อเสนอแนะที่ยังไม่เหมาะสม ให้คะแนนเป็น 0 ส่วนข้อที่ได้คะแนน 3-4 จัดว่าเป็นข้อเสนอแนะที่เหมาะสม ให้คะแนนเป็น 1 ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่าน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคิดเห็นด้านเนื้อหา (content validity index [CVI]) คำนวณค่าความสอดคล้องเฉลี่ยรวมทั้งฉบับ (Scale-CVI-Average: S-CVI Ave) และเป็นรายข้อ (Item-CVI หรือ I-CVI) ได้ค่า S-CVI-Ave มากกว่า .90 และค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 (Polit & Beck, 2012) ทั้งนี้ได้มีการปรับภาษาและยุบรวมองค์ประกอบของข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติ ฯ ฉบับร่างซึ่งได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จนกระทั่งได้ “แนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากแผ่นดินไหว” ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพความตรงด้านเนื้อหา เป็นแนวปฏิบัติ ฯ ฉบับจริง เพื่อนำไปทดลองใช้และประเมินผลในระยะที่ 2 และ 3 ต่อไป

## ระยะที่ 2: ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากแผ่นดินไหว

### ขั้นตอนที่ 7 ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน

ผู้วิจัย ดำเนินการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน รับทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยพอเป็นสังเขป โดยจัดทำแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์บนบอร์ดประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน เพื่อกระตุ้นให้บุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปลอดภัยจากแผ่นดินไหว โดยการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้

ขั้นตอนที่ 8 จัดประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากแผ่นดินไหวไปใช้ในหน่วยงาน

ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เข้าชี้แจง โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ ในที่ประชุมบุคลากรประจำเดือนของหน่วยงาน ฯ เพื่อขอความร่วมมือจากบุคลากรพยาบาล เข้าร่วมวิจัยในฐานะพยาบาลผู้ไข้ และผู้ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ฯ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากมีการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ในหน่วยงาน ทั้งนี้การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลตอบรับเข้าร่วมการศึกษาทุกราย ผู้วิจัยดำเนินการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ไข้แนวปฏิบัติทุกรายลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ง)

### ขั้นตอนที่ 9 จัดอบรมผู้ไข้แนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากแผลอุบัติเหตุ

ผู้วิจัยจัดอบรมพยาบาลผู้ไข้แนวปฏิบัติ ฯ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและวิธีการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ โดยจัดอบรมครั้งละ 3-4 คน ซึ่งใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งหลังให้พยาบาลผู้ไข้แนวปฏิบัติ ฯ ได้เข้ารับการอบรมครบทุกคน (คนละ 1 ครั้ง) ระหว่างอบรมผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย และมีข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติรายการใดที่กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วย ในเบื้องต้นพบว่าพยาบาล (กลุ่มตัวอย่าง) เข้าใจในรายละเอียดและขั้นตอนของแนวปฏิบัติ ฯ ที่จะนำไปใช้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายเหตุผลโดยแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นที่มาของข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการจัดทำแนวปฏิบัติ ฯ ครั้งนี้และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้ โดยสามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงต่อไปในภายหลัง นอกจากนี้ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการประเมินผลการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องตอบแบบสอบถาม 2 ชุด คือ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากแผลอุบัติเหตุ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากแผลอุบัติเหตุ ในช่วงสุดท้ายของการอบรมผู้วิจัยมอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ ฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากแผลอุบัติเหตุให้กับพยาบาลผู้ไข้แนวปฏิบัติ ฯ ทุกคน (14 คน) และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ภายหลังนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ราย/กลุ่มตัวอย่างพยาบาล 1 คน โดยตอบแบบสอบถามในระยะที่ 3 ของการศึกษา (รายละเอียดจะกล่าวต่อไป)

### ขั้นตอนที่ 10 ทดลองใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากแผลอุบัติเหตุ

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากแผลอุบัติเหตุให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ผ่านการอบรม ในขั้นตอนที่ 9 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีความปลอดภัยจากแผลอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินทุกรายที่เข้ารับบริการในช่วงที่ทำการศึกษา เป็น

เวลา 1 เดือน โดยในระหว่างการทดลองใช้ หากผู้ใช้แนวปฏิบัติ ๑ คือ พยาบาล ( $n = 14$ ) มีข้อสงสัยระหว่างปฏิบัติงานจริง ผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือ และให้คำปรึกษา และกำหนดให้พยาบาลแต่ละคนได้ทดลองใช้แนวปฏิบัติแก่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคนละ 3 ราย รวมทั้งหมด 47 ราย หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้สอบถามถึงความยากง่ายในการดำเนินการขั้นตอนและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามขั้นตอนตามแนวปฏิบัติ ๑ ที่ได้สร้างขึ้น (ฉบับจริง) พบว่าในการสอบถามประวัติที่เกี่ยวข้องกับความปวด การรับรู้ความปวด การใช้ยาและโรคประจำตัวและวางแผนเลือกวิธีการจัดการความปวดโดยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายระดับความปวดที่รับได้ ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรในการได้มาซึ่งข้อมูลดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุไม่เข้าใจว่า ทำไมต้องมาพูดคุยสอบถามข้อมูลมากมายซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล ทั้งนี้ ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่ศึกษาได้สังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมและจดบันทึกปรากฏการณ์ที่สังเกตได้ พบว่าเมื่อใช้กับผู้ป่วยจำนวนหลายราย การถามคำถาม (การซักประวัติ) ของพยาบาลมีความชัดเจนของข้อคำถาม และได้คำตอบที่ตรงประเด็นมากขึ้น เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการจัดการความปวดต่อไป โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าระยะแรกที่ใช้แนวปฏิบัติในการประเมินความปวด อาจจะต้องใช้เวลาในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ๑ และข้อเสนอแนะที่กำหนดไว้ และได้ให้กำลังใจผู้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ๑ ว่าท่านเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความปวดจากแผลอุบัติเหตุ และสังเกตการณ์พบว่าในขณะที่มีผู้ป่วยวิกฤติ จุกเฉิน เข้ามารับบริการในช่วงของการติดตามผลลัพธ์พยาบาลบางคนไม่ได้บันทึกผลการประเมินความปวดทันที

### ระยะที่ 3: ระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ในระยะของการประเมินผลนี้ เป็นการประเมินผลการนำแนวปฏิบัติ ๑ ไปใช้ จากกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม คือ การประเมินจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ๑ และการประเมินประสิทธิภาพการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ภายหลังสิ้นสุดการใช้บริการที่งานอุบัติเหตุ จุกเฉิน (exit survey) รายละเอียดของการประเมินผลในแต่ละกลุ่มผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับในขั้นตอนที่ 11 และ 12 ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 11 ประเมินจากผู้ใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

การประเมินผลจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ๑ ผู้วิจัย ประเมินผล 2 ด้าน คือ ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติ ๑ ไปใช้ และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ๑

โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการในขั้นตอนนี้ครอบคลุมการสร้างแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม รวมทั้งการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามแต่ละชุด ดังนี้

1. การสร้างแบบสอบถามและการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามสำหรับการศึกษาคั้งนี้ โดยบูรณาการแนวคิดของการเปลี่ยนแปลง และการนำผลการวิจัย/การปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์/การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ในการกำหนดขอบเขตการประเมินในแต่ละด้าน (ภาคผนวก จ และข)

1.1 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ เป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ เพื่อสอบถามความคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ (feasibility) ครอบคลุม 4 ด้าน ต่อไปนี้ (1) ความยาก-ง่ายในการนำไปปฏิบัติ (transferability) มี 4 ข้อ (2) ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี (resources) มี 3 ข้อ (3) ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง (readiness) มี 3 ข้อ และ (4) ประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ (usefulness and patient safety) มี 5 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อ จะมีลักษณะให้เลือกตอบ 5 ระดับ (1-5) คือ ไม่เห็นด้วยที่สุด (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ ข้อความทางลบ 6 ข้อ สำหรับข้อที่มีความหมายทางลบ ในการประมวลข้อมูล ต้องกลับคะแนนก่อนนำไปคิดคะแนนรวม โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้สูง

1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะให้เลือกตอบ 5 ระดับ (1-5) คือ พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้มาก และ

1.3 แบบสอบถาม เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติ ฯ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ ในด้านความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้และการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมแบบสอบถามความเป็นไปได้ ฯ ที่ได้มอบให้กับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ ที่ผ่านการอบรมในขั้นตอนที่ 9 กลับคืนมา เมื่อครบกำหนด 1 เดือน หลังมีการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้จริง

2. การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม

2.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเป็นไปได้ และแบบความสอบถามความพึงพอใจ ฯ ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ฯ และใช้วิธีการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยนำมาคำนวณดัชนีความสอดคล้องได้ค่า S-CVI-Ave มากกว่า .90 และค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 (Polit & Beck, 2012)

2.2 การตรวจสอบความเที่ยง ของแบบสอบถามความเป็นไปได้ ฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ฯ ของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาในลักษณะวิจัยเพื่อพัฒนาที่ศึกษาในหน่วยงานเดียว ที่มีบริบทเฉพาะของหน่วยงานจึงจำเป็นต้องศึกษากับประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ จึงเป็นไปได้อย่างที่จะทำการทดสอบความเที่ยงโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันก่อนทำการศึกษาริจริง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach's coefficient) ภายหลังจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ โดยแบบสอบถามความพึงพอใจ ฯ ของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค เท่ากับ .94 เท่ากันทั้ง 2 ฉบับ

### ขั้นตอนที่ 12 ประเมินจากผู้ป่วยที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

การประเมินผลลัพธ์จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ จำเป็นต้องทำด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ทำการศึกษา อาจมีผลต่อคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรจากหน่วยงานอื่น เป็นผู้เก็บข้อมูลเพื่อป้องกันความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้มีทักษะในการคัดเลือกรวมตัวอย่าง และทักษะการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม และการเก็บข้อมูลจากเอกสาร ได้แก่ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลและเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (Outpatient department: OPD card) จนกระทั่งมั่นใจว่าผู้ช่วยวิจัยสามารถทำได้ถูกต้อง การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลจากผู้ป่วยในขั้นตอนนี้ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ใช้หลักการเดียวกันกับที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอน ที่ 11 สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย มี 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ความปวดในอดีต ประสบการณ์ความปวดที่เกี่ยวข้องกับแผลอุบัติเหตุในอดีต บุคคลที่นำส่งโรงพยาบาล การช่วยเหลือเบื้องต้น ชนิดของการบาดเจ็บ-อุบัติเหตุ ลักษณะและขนาดของแผลอุบัติเหตุ ระยะเวลาที่คาดหวังว่า

จะได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวด ระยะเวลาที่ต้องรอคอยยาแก้ปวด และการช่วยเหลืออื่น ๆ เพื่อบรรเทาความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะให้เลือกตอบ 5 ระดับ (1-5) คือ พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความพึงพอใจในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่พยาบาลงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินในระดับมาก ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในระหว่างใช้บริการที่งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ และส่วนที่ 4 ข้อมูลระยะเวลาการได้ยาแก้ปวด ประกอบด้วย เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เวลาที่ผู้ป่วยได้ยาแก้ปวด ชนิด และขนาดของยาแก้ปวดที่ได้รับ และการจัดการความปวดโดยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา

2. การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงดำเนินการเช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 11 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจฯ ที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ศึกษา ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 20 ราย จากนั้นนำข้อมูลในแบบสอบถามส่วนที่ 2 มาตรวจสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค เท่ากับ .94 (Cronbach's coefficient)

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย

การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ต่อผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ในหน่วยงาน ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย จึงแบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ 1 เดือนก่อนนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 69 ราย และช่วงระหว่าง 1 เดือนที่มีการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 108 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

3.1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ คือ เป็นผู้ป่วยที่

- 1) มีความปวดเฉียบพลันจากแผลอุบัติเหตุขณะใช้บริการที่งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและรอจำหน่ายออกจากหน่วยงาน ประเมินจาก NRS มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ขึ้นไป
- 2) มีการรับรู้บุคคล เวลาและสถานที่ปกติ (คะแนนความรู้สึกตัวด้วย Glasgow Coma Score: GCS = 15) และสามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง
- 3) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

3.2 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และสอบถามความสนใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ หากผู้ป่วยแสดงความสนใจ ผู้ช่วยวิจัยจะชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย อธิบายความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดยการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุตามลำดับที่ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านตามแบบสอบถาม ใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที ผู้ช่วยวิจัยให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่าง ว่าข้อมูลที่ได้จะถูกปกปิดเป็นความลับ โดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการมีส่วนร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการมาใช้บริการ ณ หน่วยงานแห่งนี้ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก จ) และหากกลุ่มตัวอย่างรายใด ไม่ต้องการลงนามไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ยินดีตอบแบบสอบถาม ให้จัดว่าเป็นการแสดงความยินยอมด้วยวาจา

3.3 ผู้ช่วยวิจัยอ่านข้อความตามแบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกราย เป็นผู้ตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1-3 โดยเก็บข้อมูลภายนอกพื้นที่งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (นอกสถานที่ปฏิบัติการพยาบาล)

3.4 ผู้ช่วยวิจัย บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในแบบสอบถามความพึงพอใจ ๑ ส่วนที่ 4 คือ เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน คะแนนความปวด ลักษณะบาดแผล ขนาดของบาดแผล บาดแผลอื่นๆ (แผลที่มีอยู่เดิม) เวลาที่ผู้ป่วยได้ยาแก้ปวด ชนิดและขนาดของยาแก้ปวดที่ได้รับ ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวด การจัดการความปวดที่ได้รับ (ยาแก้ปวด) ยาเฉพาะที่ (ยาชา) และการบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา จากบันทึกทางการแพทย์ OPD card และจากการสอบถามพยาบาล

3.5 ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด ก่อนนำส่งผู้วิจัยเพื่อใช้ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุตามแนวปฏิบัติ ๑ ที่พยาบาลนำไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด โดยผู้วิจัยชี้แจงความหมายของข้อคำถามในแบบสอบถามที่บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในแบบสอบถามความพึงพอใจ ๑ ส่วนที่ 4 คือ เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน คะแนนความปวด ลักษณะบาดแผล ขนาดของบาดแผล บาดแผลอื่น ๆ (แผลที่มีอยู่เดิม) เวลาที่ผู้ป่วยได้ยาแก้ปวด ชนิดและขนาดของยาแก้ปวดที่ได้รับ ระยะเวลาที่ต้องรอคอยยาแก้ปวด การจัดการความปวดที่ได้รับ (ยาแก้ปวด) ยาเฉพาะที่ (ยาชา) และการบรรเทาความปวดด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา โดยมีวิธีการเก็บรวบรวม



ข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์พยาบาล, OPD card และจากการสอบถามพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยรายเดียวกัน 2 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ ข้อใดที่ไม่ตรงกันผู้วิจัยอธิบายจนกระทั่งผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจถูกต้องทั้งหมดจึงจะดำเนินการเก็บข้อมูลจริง

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามระเบียบและขั้นตอนการทำวิจัยในมนุษย์ โดยคำนึงถึงเรื่องสิทธิประโยชน์และการไม่ทำอันตราย การรักษาความลับ การปกปิดข้อมูล การเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม สำหรับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยชี้แจงและให้ข้อมูลก่อนกลุ่มแสดงความจำนงเข้าร่วมการวิจัย โดยกำหนดการดำเนินการในส่วนนี้ในขั้นตอนที่ 8 ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กำหนดการดำเนินการไว้ในขั้นตอนที่ 12 ข้อ 3.2 ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูล โดยการลงรหัสข้อมูล ป้อนข้อมูลใน โปรแกรมสำเร็จรูป ตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขข้อผิดพลาด (ถ้ามี) และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณดังนี้

1. สถิติบรรยาย (descriptive statistics) ใช้ในการบรรยายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย และตัวแปรผลการประเมิน โดยข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติและเรียงอันดับ เช่น เพศ ระดับการศึกษา ชนิดของยาแก้ปวดที่ได้รับ ผู้วิจัยใช้การบรรยายด้วย จำนวน ร้อยละ มัชฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ส่วนข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบอันตรภาคและสัดส่วน เช่น ความเป็นไปได้ ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ความพึงพอใจของพยาบาล ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวด (นาทีก) ใช้การบรรยายด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอ้างอิง (inferential statistics) ใช้ในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยกำหนดใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) ในการทดสอบการเปลี่ยนแปลงของระยะเวลาการได้ยาแก้ปวด และความพึงพอใจของผู้ป่วยในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากคำถามปลายเปิด ได้แก่ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ และผู้ป่วย ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้การจัดกลุ่มคำและแจกแจงความถี่

### การนำเสนอผลการศึกษาต่อหน่วยงาน

นอกจากนี้ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ โดยเชิญหัวหน้างานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ ผู้วิจัยนำเสนอผลการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ และเปิดอภิปรายทั่วไปเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย รวมทั้งประมวลข้อสรุปจากที่ประชุมเพื่อกำหนดนโยบายในการประกาศใช้แนวปฏิบัติ ฯ หากมีข้อคิดเห็นในการปรับปรุงข้อเสนอแนะใด ๆ ในแนวปฏิบัติ ฯ นี้ ที่เป็นการตกลงร่วมกันของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ ผู้วิจัยจะนำมาปรับปรุงเป็นขั้นตอนสุดท้าย ก่อนส่งมอบให้หัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน นำเสนอหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เพื่อประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ สำหรับหน่วยงานอย่างต่อเนื่องต่อไป

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แนวปฏิบัติ ๓ ดังกล่าวได้นำไปทดลองใช้โดยพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติ ดังรายละเอียดที่ระบุไว้ในบทที่ 3 ทุกประการ

ในบทนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาและอภิปรายข้อค้นพบจากการศึกษาไปควบคู่กัน โดยจะนำเสนอผลการศึกษาเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

1. องค์ประกอบ และข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ
  2. คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัย
    - 2.1 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ๓
    - 2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย
3. ผลของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ใน งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
  - 3.1 ความเป็นไปได้ของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
  - 3.2 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
  - 3.3 ระยะเวลาการการได้ยาแก้ปวด (นาทีก่อนและหลังนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
  - 3.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ไปใช้ในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ไปใช้

## องค์ประกอบและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ผู้วิจัยได้ดำเนินการในระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ ตามขั้นตอน จนกระทั่งได้ “ร่าง” แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ มีประเด็นสำคัญครอบคลุม 4 หัวข้อ คือ (1) การคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม (pain triage) (2) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (3) การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวด และ (4) การบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ คือ (1) การคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม (2) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (3) การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวด (4) การบันทึกทางการพยาบาล และ (5) การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำแผล (ก่อนทำแผล, ขณะทำแผล และหลังทำแผล) และมีจำนวนข้อเสนอแนะ 33 ข้อ

โดยขั้นตอนต่อมาได้มีตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (ฉบับร่าง) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านแสดงความคิดเห็นที่มีต่อข้อเสนอแนะในแต่ละข้อพร้อมระบุข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง จนกระทั่งได้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (ฉบับจริง) ซึ่งประเด็นสำคัญครอบคลุม 4 หัวข้อ คือ (1) การคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม (pain triage) (2) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (3) การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวด และ (4) การบันทึกทางการพยาบาล ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินความปวดและคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม (2) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (3) การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดและการบันทึกทางการพยาบาล และ (4) การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำแผล (ก่อนทำแผล ขณะทำแผล และหลังทำแผล) โดยคงจำนวนข้อเสนอแนะไว้ 33 ข้อ และมีการปรับภาษาและยุบรวมองค์ประกอบ ทั้งนี้ในการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงองค์ประกอบและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ (ตาราง 1)

## ตาราง 1

จำนวนองค์ประกอบและจำนวนข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผล  
อุบัติเหตุ

เนื้อหาแนวปฏิบัติ ฯ	ฉบับ	
	ร่าง	สมบูรณ์
จำนวนองค์ประกอบของแนวปฏิบัติ ฯ	5	4
1. การคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม	/	/ *
2. การประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง	/	/ *
3. การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ	/	/
4. การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดและ การบันทึกทางการแพทย์	/	/
5. การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำแผล (ก่อนทำแผล, ขณะทำแผลและหลังทำแผล)		
จำนวนข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ ฯ		
องค์ประกอบ 1	2	5
องค์ประกอบ 2	3	
องค์ประกอบ 3	9	9
องค์ประกอบ 4	7	7
องค์ประกอบ 5	12	12

\*ฉบับสมบูรณ์ มีการปรับปรุงองค์ประกอบโดยรวมองค์ประกอบ 1 และ 2 และเปลี่ยนชื่อเป็นการประเมิน  
ความปวดและคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม

### แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ จุกฉิน โรงพยาบาล ทั่วไปแห่งหนึ่ง

แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ จุกฉิน โรงพยาบาล  
ที่ศึกษา ประเด็นสำคัญครอบคลุม 4 หัวข้อ คือ (1) การคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม (pain triage)  
(2) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (3) การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวด และ (4) การ  
บันทึกทางการแพทย์ ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินความปวดและคัด  
กรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม (2) การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ (3) การติดตามผลลัพธ์การจัดการ  
ความปวดและการบันทึกทางการแพทย์ และ (4) การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำ

แผล (ก่อนทำแผล ขณะทำแผลและหลังทำแผล) โดยคงจำนวนข้อเสนอนេះไว้ 33 ข้อ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

## 1. การประเมินความปวดและคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม (pain triage)

1.1 ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีบาดแผลจากอุบัติเหตุต้องทำการคัดกรองความปวดตั้งแต่แรกเริ่ม โดยทำการประเมินความปวดผู้ที่มีบาดแผลจากอุบัติเหตุทันทีที่มาถึงงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทุกราย (Blank et al., 2001; Fosnocht & Swanson, 2001; Wong et al., 2007) (ระดับ 3.2 เกรด B)

1.2 พยายามทำการประเมินความปวดโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้รายงานความปวดด้วยตนเอง (Kuman, 2007; NICH, 2011; TVNA, 2004; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A) โดยการใช้เครื่องมือ ในการประเมินความปวด คือ NRS (NICH, 2011; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A) ซึ่งนิยมใช้ในทางปฏิบัติเนื่องจากวิธีการไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาค่อนข้างน้อย และได้มาตรฐานในการใช้วัดความรุนแรงของความปวดในทางคลินิก (Arnold, 2002; Stahmer et al., 1998) โดยแบ่งระดับความปวดออกเป็น 3 กลุ่ม 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 การไข้และโรคประจำตัว (TVNA, 2004; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

1.4 ระบุระดับความปวดโดยใช้ภาพคน (body map) เพื่อระบายตำแหน่งแผลที่ปวด (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

1.5 วางแผนเลือกวิธีการจัดการความปวด โดยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายระดับความปวดที่รับได้ (acceptable level of pain) (Briggs & Torra Bou, 2002; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

## 2. การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

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

2.2 เลือกวิธีการใช้ยาโดยใช้ยาตามข้อเสนอแนะการบริหารยาตามชั้นบันไดขององค์การอนามัยโลก (Briggs & Torra Bou, 2002; WHO; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A) มีแนวทางดังนี้ คือ

ขั้นที่ 1 ใช้ยาต้านการอักเสบ (NSAID) ร่วมกับยาชาเฉพาะที่กับคะแนนความปวดกลุ่ม 3 (คะแนน 1-3)

ขั้นที่ 2 ใช้ยาขั้นที่ 1 ร่วมกับยากลุ่มโอปิออยด์ ชนิดออกฤทธิ์อ่อนและเลือกใช้การบริหารยาทางปากก่อนกับคะแนนความปวดกลุ่ม 2 (คะแนน 4-6)

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

2.3 ให้ยาแก้ปวดก่อนทำแผล และหากผู้ป่วยยังคงปวดอยู่ (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

2.4 ฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดโดยเฉพาะผู้สูงอายุ (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

2.5 จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งเร้าความปวด (Briggs & Torra Bou, 2002; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A) โดยกั้นม่านให้ผู้ป่วย 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. การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดและการบันทึกทางการพยาบาล

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

3.2 ประเมินความรุนแรงความปวดทุกครั้งที่ทำแผล โดยประเมินก่อน ระหว่าง และหลังทำแผล (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, 2552; เรวัตติ 2547; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

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

3.3.3 ประเมินและจัดการไม่ให้เกิดแรงกดหรือแรงเสียดสีบริเวณแผลอย่างต่อเนื่องซึ่งอาจส่งผลให้เกิดเนื้อตายตามมาได้ (Briggs & Torra Bou, 2002; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

3.4 ควรระมัดระวังในการประเมินความปวดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีความปวดของระบบประสาทที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป (WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

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

3.6 ทบทวนข้อมูลจากการบันทึกความปวดเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความปวด (Mc Cleland, 2008; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

3.7 ระบุปัญหาหรืออุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการความปวดและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดจากแผลช่วยเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิผลหรือคุณภาพ (Briggs & Torra Bou, 2002; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

#### 4. การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำแผล

##### 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 และให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จัดการความปวดจากแผลโดยสอบถามผู้ป่วยและให้โอกาสมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าต้องการเปิดแผลด้วยตนเองหรือไม่ (Briggs & Torra Bou, 2002; TVNA, 2004; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

##### 4.2 ขณะทำแผล

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



4.2.2 ล้างแผลโดยใช้สารละลายควอร์ใช้สารละลายที่มีอุณหภูมิเท่ากับร่างกาย (เรวัตติ, 2547; Hollinworth, 2005; WUWHS, 2004; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

4.2.3 ไม่ใช่คีมหรือก๊อส์ในการถูบริเวณแผล เพราะเป็นสาเหตุให้เนื้อเยื่อถูกทำลายและทำให้ความปวดที่เกิดขึ้นคงอยู่นาน (ยกเว้น ในกรณีบาดแผลสกปรกอาจทำได้ภายหลังการให้ยาฆ่าเชื้อเฉพาะที่) (WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

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

4.2.5 ช่วยเหลือแพทย์ในการเลือกวิธีการกำจัดเนื้อตายอย่างถูกวิธี โดยแผลที่ใช้วิธีการตัดเนื้อตายด้วยวิธีการใช้กรรไกรจะก่อให้เกิดความปวดแบบ sharp, tender และ throbbing วิธีการที่ช่วยลดปวด คือ การให้ยา (ชาญเวช, 2552; พรพรหม, 2552; TVNA, 2004; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

4.2.6 เลือกและใช้วัสดุปิดแผลที่ช่วยให้แผลมีความชุ่มชื้น เช่น โซฟรา ทูลเลย์ (sofra tulle) เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ (Moffatt, Flanks & Hollinworth, 2002; Shukla et al., 2005; TVNA, 2004; WUWHS, 2004) (ระดับ 4 เกรด A)

### 4.3 หลังทำแผล

4.3.1 กำจัดปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความปวดและรบกวนการหายใจของแผล เช่น การกดรัด (จากการปิดแผลแน่นเกินไป) (Shukla et al., 2005; WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

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

4.3.3 จัดการปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดความปวด เช่น ลักษณะและความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดยปรึกษาแพทย์เพื่อช่วยเหลือในการจัดการความปวด (WUWHS, 2007) (ระดับ 4 เกรด A)

## องค์ประกอบและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินในบริบทโรงพยาบาลที่ศึกษา

แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ฉุกเฉินในบริบทโรงพยาบาลที่ศึกษา ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยรวมทั้งฉบับ (S-CVI Ave) จนได้ค่าเท่ากับ 1 และคำนวณเป็นรายชื่อได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1 ทุกข้อเสนอแนะ ดังนั้นแนวปฏิบัติ ๑ ดังกล่าว จึงถือว่ามีมาตรฐานและความปลอดภัยเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วย และเป็นที่ยอมรับของบุคลากรในหน่วยงาน

ทั้งนี้มีการปรับภาษา รวมถึงองค์ประกอบโดยในการดำเนินงาน ผู้วิจัยทำการปรับปรุงองค์ประกอบ และข้อเสนอแนะ ซึ่งได้จากผู้ทรงคุณวุฒิและบริบทของโรงพยาบาลที่ศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ในฉบับร่างแนวปฏิบัติ ฯ การคัดกรองความปวดเมื่อแรกเริ่ม (pain triage) ในรายละเอียดของข้อเสนอแนะในเรื่องการใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด ฉบับร่าง ได้ระบุเครื่องมือที่ใช้ คือ VAS, NRS และ FPS ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำว่าควรเลือกใช้เครื่องมือที่ใช้วัด ได้ทันทีโดยไม่ต้องมีอุปกรณ์ (VAS ต้องมีมาตรวัดให้ผู้ป่วยกากบาทตำแหน่งที่ปวด, FPS ต้องมีภาพ ใบหน้าแสดงความปวด) ผู้วิจัยจึงเลือก NRS ซึ่งสามารถใช้อธิบายด้วยคำพูดกับผู้ป่วยโดยตรง และเป็นมาตรวัดที่เป็นที่คุ้นของบุคลากรในหน่วยงานอยู่แล้วและจากการศึกษาของสุภาพ วงจันทร์ และลัทธนา (2552) พบว่า ทั้งมาตรวัด NRS และ FPS มีความตรงและความเที่ยงสูงใช้ได้กับผู้ป่วย ผู้ใหญ่ทุกกลุ่มอายุ รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่มีและเริ่มมีความเสื่อมทางการคิดและตัดสินใจ

องค์ประกอบที่ 3 การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดและการบันทึกทางการแพทย์ฉบับร่างแนวปฏิบัติ ฯ ไม่ได้มีการระบุระยะเวลาในการประเมินและบันทึกที่ชัดเจน ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ ข้อเสนอแนะว่า ควรระบุเวลาให้ชัดเจนเพื่อการประเมินที่มีคุณภาพและเป็นมาตรฐานเหมือนกันทุกคน โดยระยะเวลาในการประเมินอย่างต่อเนื่องทุก 5-15 นาทีและหลังได้ยาบรรเทาปวด ทั้งนี้มีการปรับ ข้อเสนอแนะในการบันทึกผลการประเมินความปวด จากเดิมฉบับร่างแนวปฏิบัติ ฯ ได้มีการทำ แบบบันทึกเพื่อบันทึกค่าคะแนนความปวดและผลการจัดการความปวด ทั้งนี้ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ และผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยในการบันทึกผลการประเมินไว้ในแฟ้มผู้ป่วย โดยบันทึกคะแนนความ ปวดเป็นระยะ ๆ ให้เห็นชัดเจน โดยมีการเพิ่มระบุข้อมูลในแบบบันทึกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในส่วนค่า คะแนนความปวดแรกเริ่ม ซึ่งง่ายและสะดวกต่อการบันทึกในเอกสาร ซึ่งช่วยลดภาระงานของ พยาบาลในการปฏิบัติตามแนวทางที่จัดทำขึ้นนี้

องค์ประกอบที่ 4 การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำแผล (ก่อนทำแผล, ขณะทำแผลและหลังทำแผล) ฉบับร่างแนวปฏิบัติ ฯ ข้อเสนอแนะระบุว่าไม่ใช่คิมหรือก๊อสในการถู บริเวณแผลเพราะเป็นสาเหตุให้เนื้อเยื่อถูกทำลายและทำให้ความปวดที่เกิดขึ้นคงอยู่นาน ทั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ข้อเสนอแนะว่า ในกรณีบาดแผลสกปรกอาจทำได้ภายหลังการให้ยาชาเฉพาะที่ และข้อเสนอแนะ ฉบับร่างแนวปฏิบัติ ฯ ระบุว่าให้เลือกและใช้วัสดุปิดแผลที่ช่วยให้แผลมีความชุ่มชื้น เช่น โซฟรา ทูเลีย (sofra tullae), ไฮโดรเจล (hydrogels) และไฮโดรไฟเบอร์ (hydrofibers) เพื่อป้องกันการ บาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อเพื่อปรับเปลี่ยนเพื่อให้เข้ากับบริบทโรงพยาบาลที่ศึกษา จึงเลือกระบุเลือกใช้ วัสดุปิดแผลที่ช่วยให้แผลมีความชุ่มชื้น เช่น โซฟรา ทูเลียเท่านั้น

อย่างไรก็ตามเมื่อพยาบาลทั้งหมด 14 คนนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการความปวด จากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ศึกษาพบประเด็นที่สำคัญ คือ

1. ด้านการประเมินความปวดและการนำผลการประเมินไปใช้ในการจัดการความปวดพบว่าเมื่อพยาบาลรายงานความปวดแก่แพทย์ เพื่อให้ดำเนินการสั่งการรักษาแพทย์บางท่านยังไม่เห็นความสำคัญจำเป็นของเรื่องนี้เท่าที่ควร (การจัดการความปวดแผลจากอุบัติเหตุ) เช่น ดูเหมือนว่าแค่เป็นแผลเล็ก ๆ ไม่น่าจะปวดมากขนาดนั้น (อาจจะคิดแทนคนไข้) เพราะฉะนั้นการจัดการความปวดแผลจึงถูกจำกัดโดยแพทย์บางท่าน ซึ่งแม้ว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะพยายามกระตุ้นเตือนให้เห็นความสำคัญก็ตาม ปัจจัยจากแพทย์ผู้สั่งการรักษาแก่ปวดนี้จึงยังเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ผู้ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การประเมินระดับความปวดของแพทย์ มีผลต่อการให้ยาแก่ผู้ป่วยในแต่ละราย ซึ่งแพทย์ประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Marinsek et al., 2007) และแพทย์ที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของความรู้ก็เป็นอุปสรรคให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ (Motov & Khan, 2009) ในการศึกษาครั้งนี้แม้ว่าในขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ๆ จะมีแพทย์ผู้ปฏิบัติในงานอุบัติเหตุ ลูกเงินเข้าร่วมในทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ๆ แล้วก็ตาม ในการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้จริงยังต้องอาศัยแพทย์ที่หมุนเวียนกันมาปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุ ลูกเงิน ในอนาคตจึงควรมีการเผยแพร่ และประชุมตกลงกับแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินและแพทย์เวรเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการจัดการความปวดวิธีอื่น ๆ เช่น การอยู่เป็นเพื่อน พุดคุย สัมผัส พบว่าการเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม โดยการอยู่กับผู้ป่วยช่วยส่งเสริมให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเมื่อเกิดแผลอุบัติเหตุ ซึ่งสอดคล้องกันกับการศึกษาว่าความวิตกกังวลส่งผลให้การรับรู้ความปวดเพิ่มสูงขึ้น (Oktay et al., 2008) การที่ญาติคอยอยู่เป็นเพื่อน พุดคุย สัมผัส ช่วยลดความวิตกกังวลผู้ป่วยลงส่งผลให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้นและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดการความปวด

3. ด้านระบบการบริการ โดยพยาบาลเห็นว่ากรมมีแนวทางในการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบมีมาตรฐานในการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ส่งผลดีต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกรายและก่อให้เกิดการพยาบาลที่มีมาตรฐาน การดูแลที่เท่าเทียมกันทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของทานาบิและบุชแมน (Tanabe & Buschmann, 2000) พบว่า เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48) ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลงานอุบัติเหตุ ลูกเงินที่ศึกษา รายงานว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการจัดการความปวดคือ การที่หน่วยงานไม่มีการจัดระบบการประเมินความปวดที่ดีพอ ดังนั้น พยาบาลผู้ใช้นโยบายนี้เห็นว่าควรใช้แนวปฏิบัตินี้ต่อไปเพื่อทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

### คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในระยะที่ 3 ประกอบด้วย พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ๗ และผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุเท่านั้น

#### พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ๗

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ จำนวน 14 ราย มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 33.64 ปี ( $SD = 9.56$ ) มีระยะเวลาปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินเฉลี่ย 7.93 ปี ( $SD = 6.60$ ) และมีประวัติการผ่านการอบรม เรื่องการจัดการความปวดเพียง 4 ราย (ตาราง 2) โดย 2 รายเข้ารับการอบรมเรื่องการจัดการความเจ็บปวด ปี พ.ศ. 2553 และปี พ.ศ. 2555 ตามลำดับและอีก 2 รายได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลต่าง ๆ ปี พ.ศ. 2555

#### ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ๗ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

( $N = 14$ )

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
อายุ (ปี) ( $M = 33.64$ , $SD = 9.56$ , $Min = 23$ , $Max = 50$ )	
เพศ	
ชาย	-
หญิง	14
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	13
ปริญญาโท	1

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (ปี) ( $M = 7.93, SD = 6.60, Min = 1, Max = 20$ )	
1-3	1
>3-5	3
>5-10	5
>10	
ประวัติการผ่านการอบรมเรื่องการจัดการความปวด	
ไม่ผ่านการอบรม	10
ผ่านการอบรม (ครั้ง) เฉลี่ย 1 ครั้ง	4

### ผู้ให้บริการ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษา ในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ศึกษา จำนวน 177 ราย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 115 ราย (ร้อยละ 65) ที่เหลือเป็นเพศหญิง 62 ราย (ร้อยละ 45) อายุเฉลี่ย 33.86 ปี ( $SD = 12.1$ ) ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปวช/ปวส 69 ราย (ร้อยละ 39) รองลงมา มีวุฒิมัธยมศึกษา 53 ราย (ร้อยละ 30) นั้บถึอศาศนาศุทธ เป็นส่วนใหญ ่ 113 ราย (ร้อยละ 66.7) และโดยมากประกอบอาชีพเกษตรกร 47 ราย (ร้อยละ 26.6) และเมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับกลุ่มก่อนใช้ ( $n = 69$ ) แนวปฏิบัติ ๑ และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ๑ ( $n = 108$ ) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและความปวด ยกเว้น ระดับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติ ๑ จำนวนผู้มีการศึกษาสูงกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ๑ ( $X = 49.95, p = .000$ ) อาชีพที่มีความหลากหลายแตกต่างกัน ( $X = 21.39, p = .000$ ) และประสบการณ์ความปวดที่เกิดจากแผลอุบัติเหตุ และการทำแผลอุบัติเหตุแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติ ๑ มีจำนวนผู้มีประสบการณ์มาก่อนมากกว่า ( $X = 4.55, p = .033$ ) ถึงแม้ว่าตัวแปรทั้งสามตัวนี้ จะมีความแตกต่างกัน แต่ผู้วิจัยเชื่อว่า ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตัวแปรผลลัพธ์ของการศึกษา นี้ (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $N = 177$ )

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ก่อนใช้	หลังใช้	$X^2/Z$	$P$
	ที่ศึกษา ( $N = 177$ )	แนวปฏิบัติ ฯ ( $n = 69$ )	แนวปฏิบัติ ฯ ( $n = 108$ )		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
เพศ					.216
ชาย	115 (65.0)	41 (59.4)	74 (68.5)	1.53	
หญิง	62 (45.0)	28 (40.6)	34 (31.5)		
อายุ (ปี) $M(SD)$	33.86 (12.1)	31.81 (12.49)	31.62 (11.56)	0.312	.755
สถานภาพสมรส				0.39	.822
โสด	91 (51.4)	36 (52.2)	55 (50.9)		
คู่	80 (45.2)	30 (43.5)	50 (46.3)		
หม้าย/หย่า	6 (3.4)	3 (4.3)	3 (2.8)		
ศาสนา				0.39	.532
พุทธ	113 (66.7)	46 (66.7)	67 (62.0)		
อิสลาม	23 (33.3)	23 (33.3)	41 (38.0)		
ระดับการศึกษา				49.95	.000*
ไม่ได้เรียน	2 (1.1)	2 (2.9)			
ประถมศึกษา	22 (12.4)	20 (29.0)	2 (1.9)		
มัธยมศึกษา	53 (30.0)	27 (39.1)	26 (24.1)		
ปวช/ปวส	69 (39.0)	11 (16.0)	58 (53.7)		
ปริญญาตรี	31 (17.5)	9 (13.0)	22 (20.4)		

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน ที่ศึกษา (N = 177)	ก่อนใช้	หลังใช้	X <sup>2</sup> /Z	P
		แนวปฏิบัติ ฯ	แนวปฏิบัติ ฯ		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพ				29.39	.000*
เกษตรกรกรรม	47 (26.6)	12 (17.4)	35 (32.5)		
รับจ้างทั่วไป	31(17.5)	22 (32.0)	9 (8.3)		
พนักงานบริษัท	31 (17.5)	7 (10.1)	24 (22.2)		
รับราชการ	7 (4)	1 (1.4)	6 (5.6)		
ค้าขาย	29 (16.4)	8 (11.6)	21 (19.4)		
ไม่มีอาชีพ/พ่อบ้าน	32 (18.0)	19 (27.5)	13 (12)		
โรคประจำตัว				0.04	.943
ไม่มี	165 (93.2)	64 (92.8)	101 (93.5)		
เบาหวาน	2 (1.1)	1 (1.4)	1 (0.9)		
ความดันโลหิตสูง	4 (2.3)	2 (2.9)	2 (1.9)		
โรคหัวใจ	5 (2.8)	2 (2.9)	3 (2.8)		
เก๊าท์	1 (0.6)	-	1 (0.9)		
ประสบการณ์ความปวด				0.322	.072
ในอดีต					
มี	53 (29.9)	26 (37.7)	27 (25)		
ไม่มี	124 (70.1)	43 (62.3)	81 (75)		
ประสบการณ์ความปวดที่				4.55	.033*
เกิดจากแผลอุบัติเหตุและ					
การทำแผล					
มี	53 (29.9)	27 (39.1)	26 (24.1)		
ไม่มี	124 (70.1)	42 (60.9)	82 (75.9)		

ผู้ใช้บริการที่มีผลอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ศึกษา จำนวน 177 ราย เมื่อจำแนกตามลักษณะการบาดเจ็บ ลักษณะบาดเจ็บ ค่าคะแนนความปวด บุคคลที่นำส่ง และการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนเข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 51.4) รองลงมาเป็นอุบัติเหตุทั่วไปที่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 16.9) ลักษณะบาดเจ็บที่เกิดขึ้นประมาณหนึ่งในสามเป็นแผลฉีกขาด (ร้อยละ 35.7) และบาดเจ็บถลอก (ร้อยละ 33.4) ความปวดแรกรับส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คือมีค่าความรุนแรงความปวด 4-7 คะแนน (ร้อยละ 62.1) และอีกประมาณ 1 ใน 3 มีความรุนแรงความปวด 8-10 คะแนน (ร้อยละ 34.5) เช่นเดียวกับการศึกษาของมียูมีและคณะ (Meaume et al., 2004) ซึ่งพบความปวดระดับรุนแรงในผู้ที่มีบาดเจ็บเฉียบพลัน โดยความปวดที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินนั้น ส่วนใหญ่มักเป็นปัญหาที่สำคัญโดยความปวดที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องได้รับการประเมินและจัดการความปวด (The College of Emergency Medicine, 2005) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนเข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลสูงมากกว่าร้อยละ 60 ทั้งกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ และหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ (ตาราง 4) แสดงให้เห็นว่าความปวดที่เกิดขึ้นจากผลอุบัติเหตุ นั้น ไม่ได้มีการจัดการความปวดหรือการช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อบรรเทาความปวดก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาล ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน พยาบาลจึงควรตระหนัก เรื่องความปวดและให้ความสำคัญในการคัดกรองปัญหานี้และหาวิธีการจัดการความปวด ทั้งโดยใช้ยาหรือไม่ใช้ยา ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาของทานาบิ, โทมัส, ไพรซ์, สปีลเลอร์, และมาร์แกน โคนิ โอ พบว่าผู้ป่วยจะมีระดับความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับทันทีที่มาถึงจุดคัดกรอง (Tanabe et al., 2002)



ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ ที่เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ศึกษา จำแนกตามการบาดเจ็บ ลักษณะบาดแผล ค่าคะแนนความปวด บุคคลที่นำส่งและการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนเข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (N=177)

การบาดเจ็บ	จำนวน ที่ศึกษา	ก่อนใช้	หลังใช้
		แนวปฏิบัติ ฯ	แนวปฏิบัติ ฯ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อุบัติเหตุจราจร	91 (51.4)	37 (53.6)	54 (50.0)
อุบัติเหตุทั่วไป			
พลัดตกหกล้ม	30 (16.9)	11 (15.9)	19 (17.6)
ถูกของมีคม	48 (27.2)	18 (26.1)	30 (27.6)
ถูกยิง/แทง	8 (4.5)	3 (4.4)	5 (4.8)
ลักษณะบาดแผล			
แผลถลอก	59 (33.4)	24 (34.9)	35 (32.4)
แผลฟกช้ำ	26 (14.8)	11 (16.0)	15 (13.9)
แผลถูกที่มแทง	12 (6.8)	5 (7.2)	7 (6.5)
แผลฉีกขาด	63 (35.7)	23 (33.4)	40 (37)
แผลถูกบด/บีบ	2 (1.1)	1 (1.4)	1 (0.9)
แผลถลอก/เนื้อเยื่อหลุดหาย	3 (1.7)	1 (1.4)	2 (1.9)
แผลถูกตัด	2 (1.1)	1 (1.4)	1 (0.9)
แผลถูกกัด	10 (5.4)	3 (4.3)	7 (6.5)
ค่าคะแนนความปวดแรกรับ(คะแนน)			
1-3	6 (3.4)	2 (3.0)	4 (3.7)
4-7	110 (62.1)	38 (55.0)	72 (66.7)
8-10	61 (34.5)	29 (42.0)	32 (29.6)
บุคคลที่นำส่งหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน			
มาเอง	55 (31.1)	19 (27.5)	36 (33.3)
ญาติ/เพื่อนบ้าน	60 (33.9)	25 (36.3)	35 (32.4)
พลเมืองดี	11 (6.2)	5 (7.2)	6 (5.6)
หน่วยกู้ชีพ	36 (20.3)	14 (20.3)	22 (20.4)

ตาราง 4 (ต่อ)

การบาดเจ็บ	จำนวน ที่ศึกษา	ก่อนใช้	หลังใช้
		แนวปฏิบัติฯ จำนวน ร้อยละ (%)	แนวปฏิบัติฯ จำนวน ร้อยละ (%)
บุคลากรทางการแพทย์	15 (8.5)	6 (8.7)	9 (8.3)
การช่วยเหลือเบื้องต้น	67 (37.9)	27 (39.1)	40 (37.0)
ได้รับ	110 (62.1)	42 (60.9)	68 (63.0)
ไม่ได้รับ			

### ผลของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ความเป็นไปได้ตามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ต่อการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ ( $n = 9$ ) ให้ความเห็นว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุดและพร้อมในการนำไปปฏิบัติทุกขั้นตอนตามแนวปฏิบัติ ฯ ที่ได้สร้างขึ้น โดยมีความเห็นว่าแนวปฏิบัติ ฯ ที่จัดทำขึ้นนี้สามารถอ่านและเข้าใจข้อเสนอแนะได้ง่าย แนวปฏิบัติ ฯ ช่วยบรรเทาความปวดได้จริงและแผนภูมิการตัดสินใจช่วยในการตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยได้เร็วขึ้นและไม่พบว่ามีพยาบาลรายใดที่ระบุว่าไม่มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติ ฯ นี้ไปใช้ (ตาราง 5)

เมื่อพิจารณาประเด็นย่อยรายชื่อ เกี่ยวกับความเป็นไปได้ต่อการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ เพื่อจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในข้อที่มีความถี่สูง พบว่า “พร้อม ที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ฯ นี้มากที่สุดและแนวปฏิบัติ ฯ นี้ช่วยบรรเทาความปวดได้” ( $n = 9$ ) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติ ฯ ที่พัฒนาขึ้นมานี้เป็นเอกสาร/ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม (ฟองคำ, 2549) ในที่นี้ก็คือ การจัดการความปวดของผู้ป่วย/ผู้รับบริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับที่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ฯ ครั้งนี้ให้ความเห็นว่ามีความเป็นไปได้สูงมากที่สุดในการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในข้อความที่กล่าวไว้ว่า แนวปฏิบัติช่วยบรรเทาความปวดได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ลดความหลากหลายของการปฏิบัติ ช่วยการตัดสินใจทางคลินิกและเพื่อส่งเสริมการให้บริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม มีมาตรฐาน หรือช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ (ฟองคำ, 2549)

ตาราง 5

จำนวนของพยาบาลจำแนกตามความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ ฯ (N = 14)

ข้อความ	ความเป็นไปได้		
	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. อ่านและเข้าใจข้อเสนอแนะได้ง่าย		9	5
2. การปฏิบัติตามข้อเสนอแนะไม่เป็นการะงาน	4	4	6
3. แนวปฏิบัตินี้หน่วยงานไม่ต้องการอุปกรณ์เพิ่ม	1	7	6
4. แพทย์ให้ความร่วมมือตามแนวปฏิบัติ	1	10	3
5. แนวปฏิบัติช่วยบรรเทาความปวดได้		5	9
6. แนวปฏิบัติไม่ทำให้ฉันเสียเวลา	4	3	7
7. แนวปฏิบัติไม่ทำให้การทำงานแต่ละเวรยุ่งยาก	3	4	7
8. บุคลากรในหน่วยงานสามารถทำตามแนวปฏิบัติได้	2	5	7
9. สามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ได้ทันที	1	8	5
10. หน่วยงานไม่สิ้นเปลืองอุปกรณ์ในการทำตามแนวปฏิบัติ	3	3	8
11. แผนภูมิการตัดสินใจช่วยในการตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยได้เร็วขึ้น		6	8
12. หน่วยงานไม่ต้องการหาบุคลากรเพิ่มเติมในการใช้แนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ	5	5	4
13. แนวปฏิบัติช่วยให้ผู้ป่วยปวดจากแผลอุบัติเหตุได้ประโยชน์	1	6	7
14. การใช้แนวปฏิบัติช่วยให้การสื่อสารในทีมรวดเร็วขึ้น	1	6	7
15. พร้อมทั้งจะปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้	1	4	9

### ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ความคิดเห็นต่อความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ในการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่ามีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ที่ได้สร้างขึ้นโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $n = 8$ ) มีความคิดเห็นต่อความพึงพอใจจากการที่เป็นที่ยอมรับของแพทย์ในภาพรวมมาก ( $n = 11$ ) และตัดสินใจช่วยเหลือในขอบเขตวิชาชีพ มากเช่นกัน ( $n = 10$ ) ทั้งนี้พยาบาลพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติ ฯ โดยมีความมั่นใจตนเองในการจัดการ

ความปวด แสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพและเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล  
ต่อการใช้แนวปฏิบัติ ฯ นี้ในการจัดการความปวดมากเช่นกัน ( $n = 9$ ) และไม่พบว่ามีพยาบาลรายใด  
ที่ระบุว่าไม่มีความพึงพอใจจากการใช้แนวปฏิบัติ ฯ นี้เลย (ตาราง 6)

เมื่อพิจารณาประเด็นย่อยรายชื่อเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ของ  
พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในการความปวดจากผลอุบัติเหตุไปใช้ พบว่าพยาบาลมากกว่าครึ่งหนึ่งมี  
ความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $n = 8$ ) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมา  
เป็นแนวทางในการช่วยการตัดสินใจในการช่วยเหลือการจัดการความปวดภายในขอบเขตวิชาชีพ  
ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาจากข้อความที่กล่าวไว้ว่า มีความพึงพอใจในการตัดสินใจช่วยเหลือใน  
ขอบเขตวิชาชีพมีค่าความถี่ของความพึงพอใจมาก ( $n = 10$ ) ร่วมกับการมีความมั่นใจตนเองในการจัดการ  
ความปวดและเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ พบว่า มีพยาบาล 1 คนให้ข้อคิดเห็นต่อความพึงพอใจ  
ในการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้มีความถี่ในระดับปานกลางและให้ข้อมูลว่า “ เป็นที่ยอมรับของแพทย์  
ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและญาติ ” ทั้งนี้อาจเป็นเนื่องจากพยาบาลต้องมีการประสานความร่วมมือ  
ทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและรวมถึงแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในขณะนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนการรายงาน  
ความปวดและการจัดการความปวด เมื่อพยาบาลประเมินความปวดและเห็นว่าต้องได้รับการจัดการ  
ความปวดโดยการใช้ยาจากคำสั่งแพทย์ซึ่งต้องใช้ทักษะการสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย  
ทั้งนี้อาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน ทำให้พยาบาลบางคนมีข้อคิดเห็นต่อความพึงพอใจ ในระดับ  
ปานกลางในการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ จากข้อความที่ว่า “ เป็นที่ยอมรับของแพทย์ ” ประกอบกับ  
แพทย์ที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เป็นแพทย์หมุนเวียน สลับเปลี่ยนกันในแต่ละวัน จึงอาจ  
เป็นข้อจำกัดในการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งอธิบายได้ว่าบุคลากรในทีมขาด  
ความตระหนักในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ ฯ ที่มีอยู่ (Zohar et al., 2001) สอดคล้องกับ  
งานวิจัยที่พบว่ามีเพียงร้อยละ 23 เท่านั้น ที่ใช้เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของความปวดกับ  
ผู้ใช้บริการ (Eder, Sloan, & Todd, 2003) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดล่าช้ากว่าที่ผู้ป่วย  
คาดหวังไว้ในการจัดการความปวด ดังนั้น จึงควรมีการประชุมชี้แจงแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในเรื่องแนว  
ทางการจัดการความปวดจากผลอุบัติเหตุตามแนวทางปฏิบัติ ฯ ที่ใช้ในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลที่ศึกษา

## ตาราง 6

จำนวนร้อยละของพยาบาลจำแนกตามความคิดเห็นต่อความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ฯ

(N = 14)

ข้อความ	ความพึงพอใจ		
	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความปวดจากแผลอุบัติเหตุ		8	6
2. มีความมั่นใจตนเองในการจัดการความปวด		9	5
3. เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล		9	5
4. เป็นที่ยอมรับของแพทย์	1	11	2
5. ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย	1	7	6
6. ตัดสินใจช่วยเหลือในขอบเขตวิชาชีพ		10	4
7. ผู้ป่วยและญาติพอใจในการจัดการความปวด		8	6
8. ได้รับการยอมรับจากญาติผู้ป่วยที่มีความปวด	1	8	5
9. ได้แสดงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ		9	5
10. ความพึงพอใจโดยภาพรวม		8	6

ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวด (นาฬิกา) ก่อนและหลังนำแนวปฏิบัติ ฯ การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ไปใช้ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ความแตกต่างของระยะเวลารอได้รับยาแก้ปวด ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ พบว่า ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดเฉลี่ย 42.79 นาที (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 5-386 นาที) หลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดรอคอยได้รับยาแก้ปวดเฉลี่ย 19.38 นาที (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 5-50 นาที) ซึ่งเมื่อนำไปเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ ด้วยค่าสถิติแมนวิทนิย์ ยู เทส พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $u = 785, z = -2.78, p = .005$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยอันดับของกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ ต่ำกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ (mean rank = 84.32 และ 92.70 ตามลำดับ) (ตาราง 7)

ตาราง 7

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอันดับ (Mean Rank) ของระยะเวลารอการได้รับยาแก้ปวด (Waiting time) (นาที) ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ และสถิติแมนวิทนีย์ (N = 105)

กลุ่ม	N	Mean Rank	Sum of Rank	Z	P
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ (pre-CNPG)	33	92.70	2152	-2.78	0.005
หลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ (post-CNPG)	72	84.32	3413		

ระยะเวลาคาดหวังที่จะต้องได้รับการจัดการความปวดก่อนและหลังนำแนวปฏิบัติ ในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ระยะเวลาคาดหวังที่จะต้องได้รับการจัดการความปวดทั้งก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ คือ 5 นาที ตั้งแต่แรกเริ่มโดยพบว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ มีผู้ป่วยคาดหวังระยะเวลาที่ได้รับการจัดการความปวดทันทีตั้งแต่แรกเริ่ม (นาทีแรก) ร้อยละ 2.9 และระยะเวลาที่คาดหวังในการได้รับการจัดการความปวด คือ ภายใน 30 นาทีเป็นส่วนใหญ่ของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ (ตาราง 8)

ตาราง 8

เปรียบเทียบระยะเวลาคาดหวังที่จะต้องได้รับการจัดการความปวดทั้งก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ (N = 177)

ระยะเวลาคาดหวัง (นาทีที่)	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ	หลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ
	จำนวน ร้อยละ (%)	จำนวน ร้อยละ (%)
0 (ทันที)		
1	2 (2.9)	8 (7.4)
3	1 (1.4)	2 (1.9)
5	3 (4.3)	35 (32.4)
10	21 (30.4)	26 (24.1)
15	13 (18.8)	20 (18.5)
20	4 (5.8)	10 (9.3)
30	10 (14.5)	7 (6.5)
40	10 (14.5)	
50	1 (1.4)	
60	1 (1.4)	

จากตาราง 3 ตาราง 8 และตาราง 11 ข้อมูลดังกล่าว วิเคราะห์ได้ว่าภายหลังการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินนั้น ผู้ป่วยในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ ส่วนใหญ่ร้อยละ 32.4 คาดหวังระยะเวลาที่ต้องได้รับการจัดการความปลอดภัยภายใน 5 นาทีแรก ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ความปลอดภัยที่เกิดจากแผลอุบัติเหตุ ร้อยละ 75.9 จึงมีความคาดหวังต่อการจัดการความปลอดภัยภายใน 5 นาทีแรก โดยภายหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ เพื่อช่วยเหลือในการจัดการความปลอดภัยซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับยาบรรเทาปวดสูงถึงร้อยละ 65.4 มีผลให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62

### ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปลอดภัยจากแผลอุบัติเหตุ ไปใช้ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจโดยรวมของผู้ใช้บริการระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ ( $M = 4.23, SD = 0.53$ ) สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ ( $M = 3.75, SD = 0.70$ ) อย่างมีนัยสำคัญ ( $t = -6.71, p = .000$ ) (ตาราง 9)

#### ตาราง 9

เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจโดยรวมของผู้ใช้บริการระหว่างก่อน (pre-CNPG) และหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ (post-CNPG) ( $N = 177$ )

กลุ่ม	M (sd)	Min	Max	t-values	$\rho$
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ (pre-CNPG) (n = 69)	3.75 (0.70)	2.53	4.80	-6.71	.000
หลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ (post-CNPG) (n = 108)	4.23 (0.53)	3.33	4.87		

ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปลอดภัย พบว่า มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ และเมื่อพิจารณารายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจสูงหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ (post-CNPG) เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ มีการสอบถามอาการปวดทันทีที่มาถึง ( $M = 4.63, SD = 0.48$ ) รองลงมา คือ “ มีการแนะนำให้บอกทันทีที่ต้องการความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความปลอดภัย ” ( $M = 4.55, SD = 0.58$ ) และ “ มีการจัดทำให้อยู่ในท่าที่สบาย ” ( $M = 4.48, SD = 0.52$ ) (ตาราง 10)

ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจที่ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ อยู่ในระดับน้อยนั้น เมื่อพิจารณารายชื่อเรียงตามลำดับ คือ มีการให้ยาแก้ปวดทันทีที่ร้อง

ขอ ( $M = 3.36$ ,  $SD = 0.80$ ) รองลงมา คือ มีการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย ( $M = 3.59$ ,  $SD = 0.71$ ) และมีการแนะนำให้บอกทันทีที่ต้องการความช่วยเหลือ ( $M = 3.62$ ,  $SD = 0.80$ ) ทั้งนี้ จากข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ ใช้งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (ตาราง 5) อภิปรายผลว่า ผลรวมของค่าความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลังนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในแต่ละด้าน (รายชื่อ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อมีการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ โดยสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ ฯ ได้กำหนดให้มีการคัดกรองความปวดเมื่อแรกรับ (pain triage) พยาบาลจึงได้สอบถามอาการปวดทันทีที่มาถึงเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาจัดการความปวดต่อไปตามแนวทางปฏิบัติ ฯ เป็นผลให้ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรายชื่อของการสอบถามอาการปวดทันทีที่มาถึงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าข้ออื่น (ตาราง 10)

#### ตาราง 10

เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ใช้บริการระหว่างก่อน (pre-CNPG) และหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ (post-CNPG)

ข้อความ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ			ใช้แนวปฏิบัติ		
	Min	Max	M (SD)	Min	Max	M (SD)
1. มีการสอบถามอาการปวดทันทีที่มาถึง	2	5	3.99 (0.71)	4	5	4.63 (0.48)
2. มีความสนใจ-เอาใจใส่เมื่อบอกว่าปวด	2	5	3.93 (0.64)	3	5	4.33 (0.53)
3. มีการทำความสะอาดแผลของฉันทัวด้วยความนุ่มนวล	2	5	3.87 (0.70)	3	5	4.04 (0.69)
4. มีการพูดคุยปลอบใจฉันหรืออยู่เป็นเพื่อนขณะที่บอกว่าปวดมาก	2	5	3.77 (0.78)	3	5	4.31 (0.66)
5. มีการแสดงออกถึงความพยายามที่จะช่วยให้ความปวดจากแผลลดลง	2	5	3.81 (0.73)	3	5	4.08 (0.64)
6. มีการประสานงานกับแพทย์ให้ได้รับยาแก้ปวดโดยเร็ว	2	5	3.71 (0.68)	3	5	4.27 (0.62)
7. มีการหมั่นติดตามสอบถามเป็นระยะ ๆ ว่าอาการปวดดีขึ้นหรือยัง	2	5	3.68 (0.71)	3	5	4.30 (0.60)
8. มีการบอกกล่าวเป็นระยะ ๆ ว่าจะได้รับการรักษาต่อไปอย่างไร	2	5	3.67 (0.65)	3	5	3.98 (0.61)
9. มีการให้ยาแก้ปวดทันทีที่ร้องขอ	2	5	3.36 (0.80)	3	5	3.99 (0.52)



ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ			ใช้แนวปฏิบัติ		
	Min	Max	M (SD)	Min	Max	M (SD)
10. มีการยอมรับว่าปวดจริงเมื่อบอกว่าปวด	2	5	3.74 (0.76)	3	5	4.12 (0.66)
11. มีการแนะนำให้บอกทันทีที่ต้องการความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปวด	2	5	3.62 (0.80)	3	5	4.55 (0.58)
12. มีการจัดทำให้อยู่ในท่าที่สบาย	3	5	3.91(0.68)	3	5	4.48 (0.52)
13. มีการสอนให้ใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อลดปวด (เช่น การหายใจช้าๆ)	2	5	3.59 (0.71)	3	5	4.22 (0.63)
14. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการลดปวด (เช่น ถัดยาเข้าเส้นหรือฉีดยาชา)	1	5	3.67 (0.86)	2	5	3.99 (0.74)
15. มีการสื่อสารกับฉันด้วยภาษาที่สุภาพเข้าใจง่าย	2	5	3.96 (0.73)	3	5	4.20 (0.66)

### การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

เปรียบเทียบความแตกต่างการจัดการความปวดของผู้ใช้บริการระหว่างก่อน (pre-CNPG) และหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ (post-CNPG) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 46.38 ที่ได้รับยาบรรเทาปวดแต่เมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ในหน่วยงานมีผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 65.74 ได้รับการช่วยเหลือในความปวดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการได้รับยาบรรเทาปวด (ตาราง 11)

ตาราง 11

เปรียบเทียบความแตกต่างการจัดการความปวดของผู้ใช้บริการระหว่างก่อน (pre-CNPG) และหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ (post-CNPG) (N = 177)

การจัดการความปวด	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ	หลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ	p	df
	จำนวนร้อยละ (%)	จำนวนร้อยละ (%)		
ไม่ได้รับยาบรรเทาปวด	37 (53.62)	37 (34.26)	.001	1
ได้รับยาบรรเทาปวด	32 (46.38)	71 (65.74)		

เปรียบเทียบความแตกต่างของวิธีการจัดการความปวดของผู้ใช้บริการระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ (N = 177) พบว่ามีการจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยาเฉพาะที่สูงที่สุด

ในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ๑ ร้อยละ 63.9 รองลงมาคือ การให้ยา diclofenac และ pethidine ตามลำดับ และกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ๑ มีวิธีการใช้ยาเฉพาะที่สูงที่สุดเหมือนกันกับกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ๑ ในส่วนของการจัดการความปวดด้วยวิธีอื่น ๆ มีการจัดการความปวดด้วยการอยู่เป็นเพื่อน พุดคุย สัมผัส รองลงมา คือ จัดท่าที่สุขสบาย เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ถึงแม้ว่าวิธีการจัดการความปวดทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่กลับพบว่าปริมาณที่ผู้ป่วยได้รับยาในการจัดการความปวดสูงขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าภายหลังมีการใช้แนวปฏิบัติ ๑ พยายามให้ความสำคัญ ตระหนักที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในการที่รายงานความปวดแก่แพทย์เพื่อสั่งการรักษาด้วยวิธีการให้ยาต่างๆ เพื่อจัดการกับความปวดและการอยู่เป็นเพื่อน พุดคุย สัมผัสกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้สูงถึงร้อยละ 81.5 (ตาราง 12)

ตาราง 12

เปรียบเทียบความแตกต่างของวิธีการจัดการความปวดของผู้ใช้บริการระหว่างก่อน(pre-CNPG) และหลังใช้แนวปฏิบัติ ๑ (post-CNPG) (N = 177)

วิธีการจัดการความปวด	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ๑	หลังใช้แนวปฏิบัติ ๑
	จำนวน ร้อยละ (%)	จำนวน ร้อยละ (%)
การให้ยา		
Tramol		
ไม่ได้รับ	68 (98.6)	104 (96.3)
ได้รับ	1 (1.4)	4 (3.7)
Morphine		
ไม่ได้รับ	67 (97.1)	106 (98.1)
ได้รับ	2 (2.9)	2 (1.9)
Pethidine		
ไม่ได้รับ	68 (98.6)	99 (91.7)
ได้รับ	1 (1.4)	9 (8.3)
Diclofenac		
ไม่ได้รับ	65 (94.2)	97 (89.8)
ได้รับ	4 (5.8)	11 (10.2)

ตาราง 12 (ต่อ)

วิธีการจัดการความปวด	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ
	จำนวน ร้อยละ (%)	จำนวน ร้อยละ (%)
Local analgesia		
ไม่ได้รับ	42 (60.9)	39 (36.1)
ได้รับ	27 (39.1)	69 (63.9)
ไม่ใช้ยา		
อยู่เป็นเพื่อน พุดคุย สัมผัส	44 (63.8)	88 (81.5)
จัดทำที่สุขสบาย	1 (1.4)	1 (0.9)
ไม่ได้ช่วยเหลือ	24 (34.8)	19 (17.6)

### ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินไปใช้

1. ด้านการประเมินความปวด พบว่าเมื่อพยาบาลรายงานความปวด เพื่อให้ดำเนินการสั่งการรักษา แพทย์บางท่านยังไม่เห็นความสำคัญ/จำเป็นของการจัดการความปวดผลจากอุบัติเหตุ เพราะฉะนั้นการจัดการความปวดผลจึงถูกจำกัด ในอนาคตจึงควรมีการเผยแพร่ และประชุมตกลงกับแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินและแพทย์เวรเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง
2. ด้านระบบบริการ พยาบาลเห็นว่ากรมมีแนวทางในการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบมีมาตรฐานในการปฏิบัติเดียวกันส่งผลดีต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
3. ด้านการจัดการความปวดวิธีอื่น ๆ เช่น การอยู่เป็นเพื่อน พุดคุย สัมผัส พบว่าการเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมโดยการอยู่กับผู้ป่วยช่วยส่งเสริมให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งแนวปฏิบัติได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยใช้เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วย (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ศึกษา และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยแบบสอบถามความเป็นไปได้ของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ

ผลการวิจัย สรุป ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การประเมินความปวดและการคัดกรองระดับความรุนแรงความปวดเมื่อแรกรับ 2. การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ 3. การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดและการบันทึกทางการพยาบาล 4. การจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำแผล (ก่อนทำแผล, ขณะทำแผลและหลังทำแผล) 33 ข้อเสนอแนะ คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคิดเห็นด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) คำนวณค่าความสอดคล้องเฉลี่ยรวมทั้งฉบับ (Scale-CVI-Average: S-CVI Ave) และเป็นรายข้อ (Item-CVI หรือ I-CVI) ได้ค่า S-CVI-Ave มากกว่า .90 และค่า I-CVI เท่ากับ 1.00

2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุไปใช้ พยาบาลผู้ใช้นโยบายในการจัดการความปวดให้ความเห็นว่ามีความเป็นไปได้มากที่สุดร้อยละ ( $n = 9$ ) โดยพร้อมที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ฯ นี้และพยาบาลจำนวนเท่ากัน ( $n = 9$ ) ให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัติ ฯ นี้ช่วยบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยได้มากที่สุด

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ไปใช้ พยาบาลผู้ใช้นโยบายในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุมากกว่าครึ่งหนึ่ง ( $n = 8$ ) ให้ความเห็นว่ามีความพึงพอใจโดยภาพรวมสูงมาก

4. ระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดเฉลี่ยก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ คือ 42. 79 นาที (ช่วงค่าพิสัย 5 – 386 นาที) สูงกว่าหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ ซึ่งมีระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดเฉลี่ย 19. 38 นาที (ช่วงค่าพิสัย 5 – 50 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $U = 785, z = -2.78, p = .005$ )

5. ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ ( $M = 4.23, SD = 0.53$ ) สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ฯ ( $M = 3.75, SD = 0.70$ ) อย่างมีนัยสำคัญ ( $t = -6.71, p = .000$ )

### ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การวิจัยครั้งนี้ทำในโรงพยาบาลระดับทั่วไป โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ จัดทำขึ้นภายใต้บริบทของหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งเท่านั้น ซึ่งมีบริบทเฉพาะของหน่วยงานในด้านอัตรากำลังและอุปกรณ์ส่งผลให้อาจมีข้อจำกัดในการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า
2. การวิจัยครั้งนี้มีองค์ประกอบและรายละเอียดเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินภายในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มผู้ป่วย คือ เป็นผู้ป่วยที่มีบาดแผลจากอุบัติเหตุและมีระดับการรู้สติดี (GCS = 15) ทำให้อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในการจัดการบาดแผลผู้ป่วยทั่วไปหรือผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน จึงควรมีการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการความปวด โดยการประสานงานและขอความร่วมมือจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้ความรู้แก่พยาบาลและแพทย์ทีมผู้รักษาเพื่อให้ตระหนักและมีการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้อย่างต่อเนื่องและพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ ให้ทันสมัยเหมาะสมกับบริบทและสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน
2. ควรมีการศึกษาและติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน อย่างต่อเนื่องโดยการตรวจสอบทะเบียนประวัติผู้ป่วยในขั้นตอนการได้รับยาบรรเทาปวดหรือการช่วยเหลืออื่นๆ เพื่อจัดการความปวด
3. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในขณะที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุในผู้ป่วยที่มีระดับการรู้สติลดลง

## เอกสารอ้างอิง

- จอนพะจง เฟ็งจาด, รัชณี อยู่ศิริ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2546). *ความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปลอดภัยและการจัดการจัดการความปลอดภัย*. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์.
- จิราภรณ์ ธิโป. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการทำแผลอุบัติเหตุในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารการพยาบาล*, 20(2), 63-76.
- ชาญเวช ศรีธธาพุทธ. (2552). การเย็บแผลและการตัดไหม. ใน ประยุทธ์ ศิริวงษ์, ทวีวงษ์ จุลกมนตรี, และอนันต์ ตันमुखกุล (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 15* (หน้า 36-41). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- บุปผา โคตะนิวงษ์. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินความปลอดภัยแบบเรียบง่าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์. (2554). *คุณภาพการจัดการความปลอดภัยขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). *การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีการปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร.
- ประณีต ส่งวัฒนา. (2554). ความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและอุบัติเหตุ. ใน ประณีต ส่งวัฒนา (บรรณาธิการ), *แนวปฏิบัติพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและอุบัติเหตุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1-8).
- ปรีชา ศิริทองถาวร, และสีบวงส์ จุฑาทิสิตธิ์. (2547). *บาดแผลในห้องฉุกเฉิน*. ใน ปรีชา ศิริทองถาวร, สีบวงส์ จุฑาทิสิตธิ์, และอนันต์ ตันमुखกุล (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 12 การดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุช่วงโมงแรกที่ห้องฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 139-154). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปรีชา ศิริทองถาวร. (2552). การดูแลรักษาบาดแผล. ใน อนันต์ ตันमुखกุล, พรสุข หุ่นนิรันตร์, สุภาพร โอภาสธานนท์ และดวงพร สายอร่าม (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้บาดเจ็บที่ไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 32-44). กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.

- พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน. (บรรณาธิการ). (2547). *Pain: ความปวด ชุดตำราพื้นฐานความปวด (เล่มที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: มัลติมีเดีย (ประเทศไทย).
- พรพิลาศ พลประสิทธิ์. (2552). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลางในการเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เรณู แบนสุภา. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการบาดแผลอุบัติเหตุ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลลี จ.ลำพูน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เรณู พุกบุญมี. (2553). *ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี (บรรณาธิการ), การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ (หน้า 125-147)*. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- เรวัต ชุณหสุวรรณกุล. (2547). *Wound Care*. ใน ปรีชา ศิริทองถาวร, เรวัต ชุณหสุวรรณกุล, กฤษณ์ แก้วโรจน์, และอนันต์ ตันมูขยกุล (บรรณาธิการ). *ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 13* (หน้า 175-189). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- เรวัต ชุณหสุวรรณกุล. (2552). *วัสดุ อุปกรณ์และวิธีการเย็บแผล*. ใน อนันต์ ตันมูขยกุล, พรสุข หุ่นรินทร์, สุภาพร โอภาสธานนท์ และดวงพร สายอร่าม (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้บาดเจ็บที่ไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 68-83)*. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- พรพรหม เมืองแมน. (2552). *Traumatic wound care*. ใน ประยูทธ ศิริวงษ์, ทวีวงษ์ จุลกมนตรี, และอนันต์ ตันมูขยกุล (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 15* (หน้า 135-154). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2551). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 126-146)*. กรุงเทพมหานคร: ฟรี วัน.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2547). *การประเมินความปวด: ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข*. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน การประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติ วันที่ 26-28 พฤษภาคม 2547 คณะพยาบาลศาสตร์และภาควิชาวิสัญญีพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2552). ความปวดในเวชปฏิบัติ. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไวย (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับความปวด: Pain & Pain Management 2* (หน้า 1-26). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุนทรภาพร วันสุพงศ์. (2554). การดูแลบาดแผลอุบัติเหตุ. ใน ไชยยุทธ ธนไพศาล, ทวีโชค วิษณุโยธิน, และพนอ เตชะอริท (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้บาดเจ็บที่ห้องฉุกเฉิน* (หน้า 165-178). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สุเทพ สมะบัน, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียรและลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2552). การเปรียบเทียบคุณสมบัติของมาตรวัดความปวดระหว่างผู้ป่วยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุที่ไม่มีและเริ่มมีความเสื่อมทางการคิดและตัดสินใจ. การประชุมวิชาการเพื่อนำเสนอผลการวิจัย, 2552, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552*.
- สถิติงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบี่. (2553). รายงานสถิติประจำปี พ.ศ. 2553. กระบี่.
- โสพิศ เวียงโสด. (2549). *การจัดการอาการปวดโดยพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามการรายงานของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- Arnold, J. L. (2002). Pain management in the emergency department. *The Middle East Journal of Emergency Medicine, 2*, 1-5. Retrieved on September 1, 2009 from <http://www.hmc.org.qa/mejem/sept2002/guest/lec1.htm>
- 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.
- Benbow, M. (2009). A practical guide to reducing pain in patients with wounds. *British Journal of Nursing, 18*, 20-28.
- 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.



- Collins, A. S., Gullette, D., & Schnepf, M. (2005). Break through language barriers. *The 2005 sourcebook for advanced practice nurses* (pp. 19-20). Springhouse.
- Collier, M., & Hollinworth, H. (2000). Pain and tissue trauma during dressing change. *Nursing Standards, 14*(40), 71-73.
- Comley, A.L., & DeMeyer, E. (2001). Assessing patient satisfaction with pain management through a continuous quality improvement effort. *Journal of Pain and Symptom Management, 21*, 27-40.
- Duignan, M., & Dunn, V. (2008a). Congruence of pain assessment between nurses and Emergency department patients: A replication. *International Emergency Nursing, 16*, 23-28.
- Duignan, M., & Dunn, V. (2008b). Barriers to pain management in emergency department. *Emergency Nurse, 15*, 30-34.
- Ducharme, J., & Barber, C. (1995). A prospective blinded study on emergency pain assessment and therapy. *Journal Emergency Medicine, 13*, 571-575.
- Eder, S. C., Sloan, E. P., & Todd, K. (2003). Documentation of ED patient pain by nurse and physicians. *American Journal of Emergency Medicine, 21*, 253-257.
- Fleck C. A. (2007). Managing Wound Pain: Today and in the Future. *Advances in skin & wound care, 20*(3), 138-145.
- Fosnocht, D. E., Swanson, E. R. & Bossart A.P. (2001). Patient Expectations for pain Medication Delivery. *American Journal of Emergency Medicine, 19*, 399-402.
- Fosnocht D.E., Heaps N.D., & Swanson E.R. (2004) Patient expectations for pain relief in the ED *American Journal of Emergency Medicine, 22*(4), 286-8.
- Garbez, R. & Puntillo, K., (2005). Acute Musculoskeletal pain in the Emergency Department: A Review of the Literature and Implications for the Advanced Practice Nurse. *AACN clinical Issues, 16*(3), 310-319.
- 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. Retrieved on January 3, 2012 from [www.molnlycke.com/Old/Global/Wound\\_Care\\_Products/UK/Wound](http://www.molnlycke.com/Old/Global/Wound_Care_Products/UK/Wound)

- Guru, V., & Dubinsky, I. (2000). The patient vs. caregiver perception of acute pain in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine, 18*, 7-12.
- Herman, L. & Newberry, L. (2003). *Emergency nursing*. St. Louis, MO: Mosby.
- Hogan, S. (2005). Patient satisfaction with pain management in the emergency department. *Emergency Medicine, 27*, 284-294.
- Hofman, D. (2006). Practical steps to address pain in wound care. *British Journal of Nursing, 15*, 10-14.
- Hollinworth, H., & Collier, M. (2000). Nurses' views about pain and trauma at dressing changes: Results of a national survey. *Journal of Wound Care, 9*, 369-73.
- Hollinworth H. (2005). The management of patients' pain in wound care. *Nursing Standard, 20* (7), 65-70 .
- Jones, J. B. (1999). Assessment of pain management skills in emergency medicine residents: The role of a pain education program. *Journal of Emergency Medicine, 17*, 349-354.
- Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organization: JCAHO. (2001). JCAHO standards for pain management. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals 2001*.
- Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organization: JCAHO. (2003). *Improving the Quality of Pain management Through Measurement and Action*. Retrieved January 10, 2010, from [www.jcrinc.com](http://www.jcrinc.com)
- Kamal, R. S., Ishaq, M., Baqir, M., & Haque, S. (2006). Pain relief in the emergency room: Are we doing it right ? *Anaesthesiological and Clinical Pharmacological Journal, 22*, 169-172.
- 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.
- Keogh, E. & Herdenfeldt, M. (2002). Gender, coping and the perception of pain. *International Association for the Study of Pain, 97*, 195-201.
- Kumar, N. (2007). *WHO normative guidelines on pain management*. Retrieved April 7, 2012 from [http://www.who.int/medicines/arres/quality\\_safety/delphi\\_study\\_pain\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/medicines/arres/quality_safety/delphi_study_pain_guidelines.pdf)

- Louhasuvanpanich, S. (2000). *A study of pain in patients during wound dressing*. The Degree of Master of Nursing Science, Adult Nursing, Graduate School, Mahidol University, Bangkok.
- Lynch, M. (2001). Pain as the fifth vital sign. *Journal of Intravenous Nursing*, 24, 85-94.
- Managlsdorff, A. (1979). Patient satisfaction questionnaire. *Medicare*, 17, 86-90.
- 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. *Europian Journal Pain*, 11(7), 773-778
- McCallum, T. (2002). Pain management in Australian Emergency Departments: A critical appraisal of evidence based practice. *Australian Emergency Nursing Journal*, 6, 9-13.
- McClelland, H. (2008). Quality and pain. *International Emergency Nursing*, 16, 221-222.
- Meaume, S., Teot, L., Lazareth, I., Martini, J., & Bohbot, S. (2004). The importance of pain reduction through dressing selection in routine wound management: The MAPP study. *Journal of Wound Care*, 13, 11-19.
- Moffatt, C. J., Franks, P. J. & Hollinworth, H. (2002). Understanding wound pain and trauma: An international prospective In S. Cahe (ed.), *Pain at wound dressing change EWMA Position Documents* (pp. 1-7). London: Medical Education Partnership.
- Moffatt, C. J., Franks, P. J., & Hollinworth, H. (2005). Nurses' views about pain and trauma at dressing changes: reseals of a national survey. *Journal of Wound Care*, 9, 369-373.
- Motov, S. M., & Khan, A. N. (2009). Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *Journal of Pain Research*, 2, 5-11.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Retrieved March 16, 2010 from [http://www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/publications/attachments/cp30.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp30.pdf)
- National institute of clinical studies. (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

- Oktaý. c., Eken, C., Ozbek, K., Ankun, G., Eray O., & Avci, A. B. (2008). Pain perception of patients predisposed to anxiety and depressive disorders in emergency department. *Pain Management Nursing, 9*, 150-153.
- Polit, D. F., & Beck, C. T., (2012). *Nursing research: Principles and methods* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Puntilo, K. A., White, C., Morris, A. B., Perdue, S. T., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L. et al. (2001). Patients' perceptions and responses to procedural pain: Results from Thunder Project II. *American Journal of Critical Care, 10*, 238-251.
- Puntillo, K., Neighbor M., O'Neil, N., & Nixon, R. (2003). Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Management Nursing, 4*, 171-175.
- Ramponi, D. (2009). Reducing pain in pediatric procedures in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing, 35*, 379-382.
- Reddy, M., Kohr, R., Queen, D., Keast, D., & Sibbald, R. (2003). Practical treatment of wound pain and trauma, a patient-centered approach: An overview. *Ostomy Wound Management, 49*, 2-15.
- Rauck, R. L. (1996). Acute pain syndromes. In P. P. Raj. (Ed.) *Pain medicine: A comprehensive review* (pp. 346-357). Los Angeles, CA: Mosby.
- Roxanne, G. & Puntillo, K. (2005). Acute musculoskeletal pain in the emergency department: A review of the literature and implications for the advanced practice nurse. *American Association of Critical-Care Nurses, 16*, 310-319.
- 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.
- Shukla, D., Tripathi, A. K., Agrawal, S., Ansari, M. A., Rastogi, A., & Shukla, V. K., (2005). Pain in acute and chronic wounds: A descriptive study. *Ostomy Wound Management, 51*, 47-51.
- Stahmer, S. A., Shofer, F. S., Marino, A., Shepherd, S., & Abbuhl, S. (1998). Do quantitative changes in pain intensity correlate with pain relief and satisfaction? *Academic Emergency Medicine, 5*, 851-857.

- Stalnikowicz, R., Mahamid, R., Kaspi, S. & Brezis, M. (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.
- Tanabe P., & Buschmann, M. (2000). Emergency nurses' knowledge of pain management principles. *Journal of Emergency Nursing*, 26, 299-305.
- Tanabe, P., Thomas, R., Paice, J., Spiller, M., & Marcantonio, R. (2002). The effect of standard care, ibuprofen, and music on pain relief and patient satisfaction in adults with musculoskeletal trauma. *Journal of Emergency Nursing*, 27, 124-131.
- 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](http://www.wounds-uk.com/pdf/content_8952.pdf)
- The College of Emergency Medicine. (2005). Clinical effectiveness committee guideline for the management of pain in adults.
- Todd, K. H., Ducharme, J., Choiniere, M., Crandall, C., Fosnocht, D. E., Peter, H. & Tanabe, P. (2007). Pain in the emergency department: Results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *The Journal of Pain*, 8, 460-466.
- Todd, K. H., Sloan, E. P., Chen, C., Eder, S., & Wamstad, K. (2002). Survey of pain etiology, management practices and patient satisfaction in two urban emergency departments. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 4, 252-256.
- Vuolo, L. C. (2009). Wound-related pain: Key sources and triggers. *British journal of nursing*, 18, 20-25
- 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]. (2004). *Principle of best practice: Minimizing pain at wound dressing related procedures: A consensus document: MEP*. Retrieved March 16, 2010 from [http://www.wuwhs.org/general\\_publications.php](http://www.wuwhs.org/general_publications.php)

- World Union of Wound Healing Societies [WUWHS]. (2007). Principle of best practice: Minimising pain at dressing related procedures. *Implementation of pain relieving strategies*: WoundPedia. Retrieved March 16, 2010 from [http://www.wuwhs.org/general\\_publications.php](http://www.wuwhs.org/general_publications.php)
- Zohar, Z., Eitan, A., Halperin, P., Stolero, J., Hadid, S., Shemer, J., & Zveibel, F. R. (2001). Pain relief in major trauma patients: An Israeli perspective. *The Journal of Trauma*, 51, 767–772.