



สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ  
และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

**Emergency Nurses' Competency in Pain Management of Traumatic Patients  
and Related Factors**

จุฬารัตน์ แซ่พัง

**Chularat Saephang**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวด  
ผู้บาดเจ็บ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้เขียน นางสาวจุฬารัตน์ แซ่พัง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

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

..... กรรมการ  
(ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับ  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยชิ้นนี้มาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล  
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวจุฬารัตน์ แซ่พัง)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยชิ้นนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน  
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวจุฬารัตน์ แซ่พัง)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวด ผู้บาดเจ็บและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ผู้เขียน	นางสาวจุฬารัตน์ แซ่พัง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2559

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะเฉพาะงานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของกรองไค (2554) และสมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของฟิชแมนและคณะ (Fishman et al., 2013) กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 165 คน แบบสอบถามที่ใช้ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ และสมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง ซึ่งทั้งหมดประกอบด้วย 15 สมรรถนะย่อย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของคำถามรายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 0.76 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI/UA) เท่ากับ 0.80 และหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า

1. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.61, SD = 0.55$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง ( $M = 3.81, SD = 0.61$ ) สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ ( $M = 3.72, SD = 0.52$ ) และสมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ ( $M = 3.63, SD = 0.53$ ) อยู่ในระดับสูง ตามลำดับ ส่วนสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.26, SD = 0.52$ )

(6)

2. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วย โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสบการณ์อบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับประสบการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.24, p < .01$ )

เนื่องจากพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดน้อยเพียงร้อยละ 17.58 แต่สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยมีความจำเป็น ดังนั้นควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนได้รับการอบรม เพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วย โดยเฉพาะการเน้นเนื้อหาที่เกี่ยวกับความรู้พื้นฐานความปวด

**Thesis Title** Emergency Nurses' Competency in Pain Management of Traumatic Patients and Related Factors

**Author** Miss Chularat Saephang

**Major Program** Master of Nursing Science (Adult Nursing)

**Academic Year** 2016

### ABSTRACT

This descriptive correlational research aimed to describe emergency nurses' competency in pain management of traumatic patients and identify related factors. The conceptual framework was based on specific competency of care of the traumatic patients of Krongdai (2011) and core competencies for pain management of Fishman et al. (2013). The sample comprised 165 registered nurses operating at the emergency department selected from tertiary hospitals in southern region. The questionnaire covered four core competencies, pain basic knowledge, pain assessment, pain management, pain monitoring, and fifteen sub-competencies. The contents were validated by three experts, yielding on item-level content validity index [I-CVI] of 0.76 and scale level content validity index [S-CVI] of 0.80. Reliability tested by Cornbach's alpha coefficient was 0.96. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation and Spearman's rank correlation coefficient.

The major findings were as follows:

1. Overall score of emergency nurses' competency in pain management of traumatic patients was at high level ( $M = 3.61, SD = 0.55$ ). Considering each dimension it was found a high level of competency in pain monitoring ( $M = 3.81, SD = 0.61$ ), pain management ( $M = 3.72, SD = 0.52$ ), pain assessment ( $M = 3.63, SD = 0.53$ ), except, pain basic knowledge was at a moderate level ( $M = 3.26, SD = 0.52$ ).
2. The emergency nurses' competency in pain management of traumatic patients were not significantly related to work experience of registered nurses in emergency departments, and pain management training. Considering each, pain management were a low positive statistically significant relationship with work experience of registered nurses in emergency departments ( $r = .24, p < .01$ ).

Due to a very low number of emergency nurses who were trained in this study only 17.58%. However, emergency nurses' competency in pain management of traumatic patients is essential. Therefore, all register nurses should be trained to improve their competency in pain management, particularly content related to basic knowledge of pain.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ซึ่งเป็นแรงผลักดัน ให้กำลังใจ ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ ข้อคิดต่างๆ เป็นอย่างดี และรองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ จนกระทั่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณท่านประธาน คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพื่อนำไปแก้ไขปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวมทั้งขอขอบพระคุณพี่ๆ และเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโททุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและคอยเป็นกำลังใจให้อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ

ขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ทุกท่าน โดยเฉพาะหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวก เพื่อให้การเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นไปอย่างราบรื่น

สุดท้ายนี้ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ บิดา และมารดา ตลอดจนญาติพี่น้อง พี่ๆ เพื่อนๆ ทุกท่าน ที่มอบความรักความห่วงใย ให้การสนับสนุน และคอยให้กำลังใจ และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนทุนการศึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จุฬารัตน์ แซ่พั่ง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์การวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	10
สถานการณ์ปัญหาในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ.....	13
ความหมายของสมรรถนะ.....	13
องค์ประกอบของสมรรถนะ.....	13
ประเภทของสมรรถนะ.....	14
การกำหนดสมรรถนะตามตำแหน่งงาน.....	14
ระดับสมรรถนะ.....	15
สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	16
สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฯ ในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ.....	21
สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปลอดภัย.....	23
สมรรถนะด้านการประเมินความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ.....	33
สมรรถนะด้านการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ.....	41
สมรรถนะด้านการติดตามความปลอดภัยผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง.....	49

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการจัดการความปวดผู้ป่วยเจ็บ.....	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	66
ผลการวิจัย.....	66
การอภิปรายผล.....	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	89
สรุปผลการวิจัย.....	89
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	90
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้.....	90
เอกสารอ้างอิง.....	92
ภาคผนวก.....	104
ก ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	105
ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	106
ค การวิเคราะห์ข้อมูล.....	108
ง เครื่องมือในการวิจัย.....	117
ประวัติผู้เขียน.....	126

**รายการตาราง**

<b>ตาราง</b>		<b>หน้า</b>
1	ศัพท์เฉพาะทางความปลอดภัย.....	28
2	ระบบการคัดกรองผู้ป่วยตาม Emergency Severity Index (ESI).....	35
3	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อจำแนกแต่ละโรงพยาบาล.....	58
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	67
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บโดยรวมและรายด้าน.....	70
6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปลอดภัย.....	71
7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะการประเมินความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ.....	72
8	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ.....	73
9	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะด้านการติดตามความปลอดภัยผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง.....	74
10	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ กับประสบการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสบการณ์อบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย.....	75

**รายการตาราง (ต่อ)**

<b>ตาราง</b>		<b>หน้า</b>
ค 1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้าน ความรู้พื้นฐานความปลอดภัย.....	109
ค 2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านการ ประเมินความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ.....	111
ค 3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านการ จัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ.....	113
ค 4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะด้านการ ติดตามความปลอดภัยผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง.....	116

## รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการศึกษาศรรณพะยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2	มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale; NRS).....	38
3	มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale; VAS).....	39
4	มาตรวัดความปวดของ Wong-Baker FACE Pain rating scale).....	40



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุให้ผู้บาดเจ็บต้องเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Dale & Bjornsen, 2015; Thomas, 2013) โดยพบอุบัติการณ์ความปวดสูงถึงร้อยละ 86 และมักเป็นความปวดระดับรุนแรง (Pierik, IJzerman, Berben, van Eenennaam, van Vugt, & Doggen, 2015) ธรรมชาติของความปวดในผู้บาดเจ็บแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากการบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุ อันส่งผลต่อเนื้อเยื่อร่างกายให้ได้รับความเสียหายหรือถูกทำลาย (Perron, 2011) และก่อให้เกิดความปวดทุกขั้ว ทรมาน ความปวดส่งผลกระทบต่อการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่สำคัญ เช่น ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตสูงขึ้น เสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระบบหายใจ ทำให้การขยายตัวของปอดลดลง การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายและระยะเวลาการหายของแผลยาวนานขึ้น รวมทั้งกระทบต่อสภาพจิตใจก่อให้เกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า และนอนไม่หลับ (Lovrincevic, Kotob, & Santarosa, 2005; Perron, 2011) นอกจากนี้หากผู้บาดเจ็บไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ความปวดชนิดเรื้อรังที่ยากต่อการรักษาได้ (Cohen, Christo, & Moroz, 2004)

ความปวดถูกกำหนดให้เป็นอาการสำคัญที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน ตั้งแต่ผู้บาดเจ็บเข้ามาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Fry, Bennetts, & Huckson, 2011; Thomas, 2013) และความปวดยังถูกระบุให้เป็นสัญญาณชีพที่ 5 (Baharuddin, Mohamad, Nik, Rahman, Ahmad, & Nik Him, 2010) ที่ผู้บาดเจ็บทุกรายต้องได้รับการประเมินและการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ (Berben, Meijs, Grunsvan, & Schoonhoven, 2012) และควรประเมินความปวดทันทีที่ผู้บาดเจ็บเข้ามาถึงโรงพยาบาล (College of Emergency Medicine [CEM], 2014) ซึ่งการประเมินความปวดที่รวดเร็วไม่เพียงช่วยให้ผู้บาดเจ็บทุเลาจากความปวดหรือได้รับความรู้สึกสุขสบายมากขึ้น แต่ยังลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอัตราการสูญเสียชีวิตลงได้ (Cohen et al., 2004; Pierik et al., 2015) นอกจากนี้การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพยังเป็นข้อบ่งชี้



ด้านคุณภาพการพยาบาลที่สำคัญ และเป็นกลยุทธ์ที่ควรได้รับการสนับสนุนพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้บาดเจ็บทุกคนได้รับการประเมินความปวดและการจัดการความปวดที่ดีที่สุด (Dale & Bjomsen, 2015; Fry et al., 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด พบว่า ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Berben et al., 2012) ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการบรรเทาปวดตามความคาดหวัง (โสพิศ, 2549) ทั้งนี้อาจมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ โดยเฉพาะด้านบุคลากรพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจัดเป็นบุคลากรที่สำคัญด่านแรกในการดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ (กฤตยา, 2550) มีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองผู้บาดเจ็บ ประเมินสภาพปัญหา ตัดสินใจให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาล และติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งการส่งต่อผู้บาดเจ็บให้ทีมดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย (วัชรวิวรรณ, 2555) รวมไปถึงการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บอย่างมีประสิทธิภาพ (Ucuzal & Dogan, 2015) แต่จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลประเมินความปวดผู้ป่วยโดยใช้การสังเกตมากกว่าเครื่องมือประเมินความปวด (Berben et al., 2012; Mocerri & Drevdahl, 2014) พยาบาลไม่เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอก (Ucuzal & Dogan, 2014) และการประเมินความปวดของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมินถึงร้อยละ 45 (Duignan & Dunn, 2008) รวมถึงพยาบาลบางท่านมองความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บว่าเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นและไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิต จึงขาดความตระหนักถึงการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ควรปฏิบัติเป็นลำดับแรกๆ (Berben et al., 2012) พยาบาลขาดความรู้ ความเข้าใจในการจัดการความปวด โดยเฉพาะการใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ทั้งนี้เนื่องจากกลัวผลข้างเคียงจากฤทธิ์ยากดการหายใจผู้ป่วย (สุธิดา, 2554; Mocerri & Drevdahl, 2014) และมองว่าการใช้ยาบรรเทาปวดเป็นบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรและแพทย์ (Lewthwaite et al., 2016) ส่วนการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาพบว่า พยาบาลไม่นิยมนำมาปฏิบัติกับผู้บาดเจ็บ โดยเฉพาะในผู้บาดเจ็บที่ปวดระดับรุนแรง (Ucuzal & Dogan, 2015) เนื่องจากเห็นผลช้าและพยาบาลยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง (โสพิศ, 2549) รวมทั้งพยาบาลยังให้ความสำคัญกับการติดตามบันทึกผลการประเมินความปวดและการจัดการความปวดน้อย (Dale & Bjomsen, 2015; Ucuzal & Dogan, 2015) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรได้รับการปรับปรุงและพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติการจัดการความปวด รวมทั้งการมีทัศนคติที่ดีต่อความปวดของผู้บาดเจ็บ เพื่อให้พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลจัดการความปวดผู้บาดเจ็บอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ

พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงนับเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้บาดเจ็บและควรมีสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่มีความเฉพาะต่อแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างเพียงพอ (ระวีวรรณ, 2553) ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้บาดเจ็บที่เข้ามาใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

และบ่อยครั้งเป็นการบาดเจ็บหลายระบบมีความซับซ้อนในการช่วยเหลือ (กฤตยา, 2550) ซึ่งกรองไค (2554) ได้กำหนดสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก และสมรรถนะเฉพาะงาน ดังนี้ สมรรถนะหลัก คือ สมรรถนะพื้นฐานสำหรับพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคน ประกอบด้วย 5 สมรรถนะ ได้แก่ ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน การตัดสินใจที่เหมาะสม การจัดการในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง การวิเคราะห์สาเหตุปัญหา และการทำงานร่วมกัน ส่วนสมรรถนะเฉพาะงาน คือ สมรรถนะเฉพาะที่พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฯ ใช้ดูแลช่วยเหลือและลดภาวะคุกคามชีวิตของผู้บาดเจ็บ ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ ได้แก่ การประเมินผู้บาดเจ็บ การช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ และการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้บาดเจ็บได้รับการประเมิน การช่วยชีวิต และติดตามเฝ้าระวังเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ได้กล่าวมา รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่ามิจานวิจัยใดระบุถึงการดูแลความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ ทั้งที่มีหลายงานวิจัยยืนยันว่า ความปลอดภัยเป็นปัญหาสำคัญของผู้บาดเจ็บในแผนกอุบัติเหตุฯ

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บขึ้นภายใต้การประยุกต์กรอบแนวคิดที่สำคัญ 2 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะเฉพาะงานที่จำเป็นของพยาบาลอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของกรองไค (2554) ประกอบด้วย การประเมินผู้บาดเจ็บ การช่วยเหลือ และการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และสมรรถนะหลักในการจัดการความปลอดภัยของฟิชแมนและคณะ (Fishman et al., 2013) ซึ่งถูกกำหนดขึ้นจากผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัย ประกอบด้วย แนวคิดพื้นฐานความปลอดภัย การประเมินความปลอดภัย การจัดการความปลอดภัย และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัย โดยผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์และบูรณาการสมรรถนะดังกล่าวที่สอดคล้องกับบริบทแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการจัดการความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บที่มีความปลอดภัยชนิดเฉียบพลัน เพื่อให้ครอบคลุมสมรรถนะการจัดการความปลอดภัยที่ชัดเจน

นอกจากนี้การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยบางประการและอาจมีหลายตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิภาพอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย เนื่องจากพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพในการทำงานสูงจะกล้าเผชิญปัญหาและตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (นารี, 2543) และการอบรมช่วยให้พยาบาลเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ความต้องการขององค์กร สามารถปฏิบัติงานอย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (นงนุช, 2550) ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งแต่ละคนอาจแตกต่างกัน สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และเพื่อพิสูจน์ว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ สามารถนำไปพัฒนาเพิ่มขีดความสามารถทางสมรรถนะให้มีระดับที่สูงขึ้นได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ ได้แก่ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิภาพการอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด

### คำถามการวิจัย

1. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บอยู่ในระดับใด
2. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ กับประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิภาพการอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด มีความสัมพันธ์กันหรือไม่

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดที่สำคัญ 2 ประการ คือ สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ (กรองไค, 2554) และสมรรถนะหลักในการจัดการความปวด (Fishman et al., 2013) ดังนี้

1. สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของกรองไค (2554) เหมาะสำหรับพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคน ซึ่งต้องมีพื้นฐานด้านความรู้ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเพียงพอ โดยสมรรถนะดังกล่าวพัฒนามาจากทักษะการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของพยาบาล (Trauma treatment skills for nurse) ภายใต้กรอบแนวคิดของการช่วยชีวิตผู้ป่วยจากอุบัติเหตุขั้นสูง (The advanced trauma life support; ATLS)

ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก และสมรรถนะเฉพาะงาน สำหรับพยาบาลวิชาชีพประเมินผู้ป่วย การช่วยเหลือ และติดตามเฝ้าระวังให้เป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะหลัก (Core competency) เป็นสมรรถนะจำเป็นสำหรับพยาบาล วิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 5 สมรรถนะ ได้แก่ 1) สมรรถนะความร่วมมือในการทำงาน ช่วยเหลือทีมสุขภาพและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการ พยาบาลผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ 2) สมรรถนะการเลือกแนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสมในการพยาบาล ผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ 3) สมรรถนะการจัดการในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงและการเสนอแนวคิดใหม่ และการปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ 4) สมรรถนะในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การแก้ไขและจัดการผลกระทบจากปัญหาในการพยาบาลผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ และ 5) สมรรถนะการ ทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพยาบาลผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ และเนื่องจากเป็นสมรรถนะ สำคัญที่พยาบาลทุกคนต้องมี ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

สมรรถนะเฉพาะงาน (Technical knowledge competency) เป็นสมรรถนะ เฉพาะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ ได้แก่ 1) สมรรถนะการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุ ประกอบด้วย การจำแนกประเภทผู้ป่วย และการประเมิน เบื้องต้น 2) สมรรถนะการช่วยชีวิตผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ ประกอบด้วย การแก้ไขภาวะฉุกเฉินชีวิต และการช่วยชีวิต และ 3) สมรรถนะการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจาก อุบัติเหตุได้รับการดูแลรักษาระดับความคงที่ ป้องกันการบาดเจ็บซ้ำซ้อน ช่วยระบุนการบาดเจ็บที่ คุกคามชีวิต และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพได้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิด ในศึกษาครั้งนี้ แต่เนื่องจากสมรรถนะเฉพาะงานดังกล่าวไม่ได้กล่าวถึงการช่วยเหลือด้านความปลอดภัย ของผู้ป่วย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้การบูรณาการสมรรถนะเฉพาะงานร่วมกับสมรรถนะ หลักในการจัดการความปลอดภัยของพืชแมนและคณะ (Fishman et al., 2013)

2. สมรรถนะหลักในการจัดการความปลอดภัยของพืชแมนและคณะ (Fishman et al., 2013) ถูกกำหนดขึ้นจากการจัดประชุมฉันทามติระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัย ซึ่งกล่าวถึง การจัดการความปลอดภัยไว้อย่างกว้างๆ เหมาะสมสำหรับนักศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์ทั่วไป ประกอบด้วย 21 สมรรถนะย่อย ภายใต้ 4 กลุ่มสมรรถนะหลัก ได้แก่ 1) แนวคิดพื้นฐานความปลอดภัย จำนวน 5 สมรรถนะ 2) การประเมินความปลอดภัย จำนวน 4 สมรรถนะ 3) การจัดการความปลอดภัย จำนวน 7 สมรรถนะ และ 4) เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัย จำนวน 5 สมรรถนะ

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประยุกต์จากกรอบแนวคิดดังกล่าวมาข้างต้น โดยศึกษาสมรรถนะเฉพาะงานการดูแลผู้ป่วยจากอุบัติเหตุของกรอง ได เป็นสมรรถนะหลัก และบูรณา การสมรรถนะในการจัดการความปลอดภัยของพืชแมนและคณะเป็นสมรรถนะย่อย ผ่านกระบวนการ วิเคราะห์และเลือกสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยชนิดเฉียบพลันของผู้บาดเจ็บในแผนกอุบัติเหตุฯ

เพื่อให้การดูแลจัดการความปวดมีความจำเพาะต่อกลุ่มผู้บาดเจ็บ และผู้บาดเจ็บเหล่านั้นได้รับการประเมินความปวด การจัดการความปวด และการติดตามความปวดที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากความปวดเป็นกลุ่มอาการที่มีความซับซ้อน พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะขั้นพื้นฐานอย่างเพียงพอสำหรับใช้ดูแลจัดการความปวดผู้บาดเจ็บให้มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงเพิ่มการศึกษาสมรรถนะที่เกี่ยวข้องในด้านความรู้พื้นฐานความปวด โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดของสมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของพิชแมนและคณะ ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย 4 สมรรถนะหลัก ได้แก่ สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ และสมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง ซึ่งเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดชนิดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 15 สมรรถนะย่อย อธิบายไว้ดังนี้

1. สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด สมรรถนะนี้มุ่งเน้นการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของความปวดชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ความหมายของความปวด กลไกการเกิดความปวด ทฤษฎีความปวด คำศัพท์เฉพาะทางความปวด ผลกระทบจากความปวด และปัจจัยทางด้านความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้บาดเจ็บที่มีอิทธิพลต่อความปวด เพื่อให้พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับความปวดอย่างเพียงพอ สามารถนำไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่มีความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 สมรรถนะย่อย ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 การอธิบายธรรมชาติความปวด กลไกการเกิดความปวด และชนิดความปวด

สมรรถนะที่ 2 การอธิบายทฤษฎีความปวด

สมรรถนะที่ 3 การระบุคำศัพท์เฉพาะทางความปวด

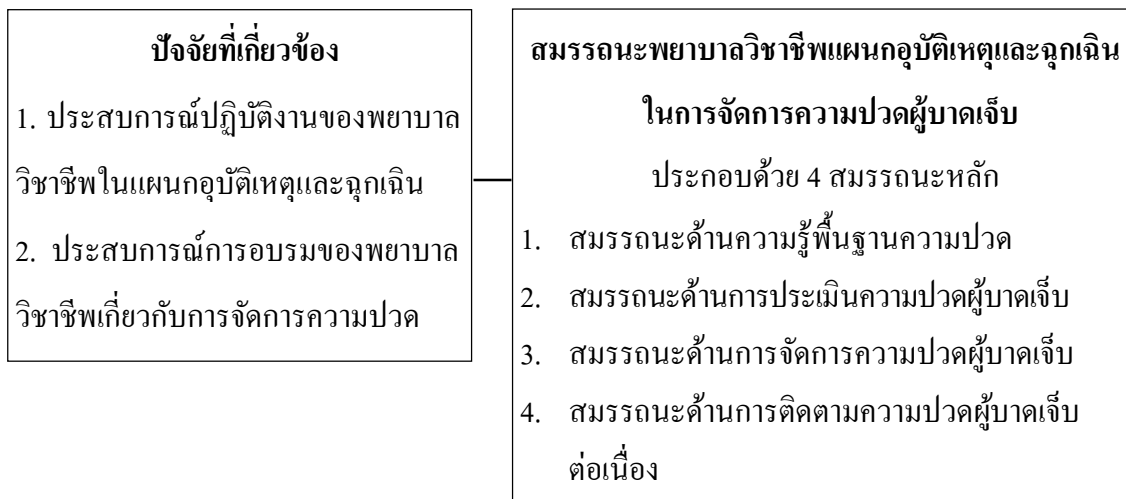
สมรรถนะที่ 4 การอธิบายผลกระทบความปวดชนิดเฉียบพลันต่อผู้บาดเจ็บ

สมรรถนะที่ 5 การอธิบายปัจจัยทางวัฒนธรรมหรือสังคมที่มีอิทธิพลต่อความปวด

2. สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ สมรรถนะนี้มุ่งเน้นการมีความรู้ความเข้าใจ และการมีทักษะขั้นพื้นฐานในการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ ได้แก่ การจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บที่มีความปวด การประเมินความปวดและซักประวัติ การใช้เครื่องมือประเมินความปวด และสามารถระบุปัจจัยส่งเสริมการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บได้ ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถประเมินความปวดผู้บาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ดังนี้

สมรรถนะที่ 6 การจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บที่มีความปวดเบื้องต้น

- ที่เกี่ยวกับ
- สมรรถนะที่ 7 การประเมินความปลอดภัยผู้บาดเจ็บและชกประวัติ
- สมรรถนะที่ 8 การใช้เครื่องมือประเมินความปลอดภัยได้อย่างถูกต้อง
- สมรรถนะที่ 9 การระบุปัจจัยส่งเสริมและขัดขวางการประเมิน
- ความปลอดภัย
3. สมรรถนะด้านการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ สมรรถนะนี้มุ่งเน้นการมีความรู้ ความเข้าใจ และการมีทักษะขั้นพื้นฐานในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ ได้แก่ การระบุแนวทางการรักษา การให้ข้อมูลและคำปรึกษาความปลอดภัย การส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บจัดการความปลอดภัยได้ด้วยตนเอง การวางแผนและพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยได้ ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ดังนี้
- สมรรถนะที่ 10 การระบุวิธีการจัดการความปลอดภัยที่เหมาะสมกับผู้บาดเจ็บ
- สมรรถนะที่ 11 การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยแก่ผู้บาดเจ็บและครอบครัว
- สมรรถนะที่ 12 การส่งเสริมผู้บาดเจ็บให้มีวิธีการจัดการความปลอดภัยด้วยตนเอง
- สมรรถนะที่ 13 การวางแผนและพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ
4. สมรรถนะด้านการติดตามความปลอดภัยผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง สมรรถนะนี้มุ่งเน้นการมีความรู้ ความเข้าใจ และการมีทักษะขั้นพื้นฐานในการติดตามประเมินผลลัพธ์การจัดการความปลอดภัย การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด การบาดเจ็บ และการติดตามความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเข้าใจในบทบาทหน้าที่การดูแลจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บของพยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย 2 สมรรถนะย่อย ดังนี้
- สมรรถนะที่ 14 การเฝ้าระวังและติดตามความปลอดภัยได้อย่างต่อเนื่อง
- สมรรถนะที่ 15 อธิบายบทบาทการจัดการความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพ



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### สมมติฐานการวิจัย

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสบการณ์อบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด

### นิยามศัพท์การวิจัย

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ความสามารถ และทักษะปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการมีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดสมรรถนะเฉพาะงานในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของกรองไค (2554) และสมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของฟิชแมนและคณะ (Fishman et al., 2013) ประกอบด้วย 4 สมรรถนะหลัก ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด 2) สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ 3) สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ และ 4) สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง และมี 15 สมรรถนะย่อย ประเมินสมรรถนะ โดยใช้แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หมายถึง ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ประสพการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หมายถึง จำนวนปีการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นับตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และจำนวนเดือนที่ปฏิบัติงานที่มากกว่า 6 เดือนขึ้นไปจะนับเป็นหนึ่งปี สามารถประเมินจากแบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
2. ประสพการณ์อบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด หมายถึง ประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปวดหรือการจัดการความปวดในช่วงที่ผ่านมา โดยนับเป็นจำนวนครั้งและระยะเวลา (จำนวนชั่วโมง) ที่เคยเข้ารับการอบรม สามารถประเมินจากแบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

### **ขอบเขตการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสพการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสพการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสพการณ์ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 165 คน ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ทั้ง 6 แห่ง เก็บข้อมูลช่วงเดือนมิถุนายน - กันยายน พ.ศ. 2559

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



## บทที่ 2

### เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. สถานการณ์ปัญหาในการจัดการความปวดผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ
  - 2.1. ความหมายของสมรรถนะ
  - 2.2. องค์ประกอบของสมรรถนะ
  - 2.3. ประเภทของสมรรถนะ
  - 2.4. การกำหนดสมรรถนะตามตำแหน่งงาน
  - 2.5. ระดับสมรรถนะ
  - 2.6. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วย
  - 3.1. สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด
  - 3.2. สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้ป่วย
  - 3.3. สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้ป่วย
  - 3.4. สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้ป่วยต่อเนื่อง
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วย ได้แก่
  - 4.1. ประสบการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
  - 4.2. ประสบการณ์อบรมของพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด

## สถานการณ์ปัญหาในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ความปวดเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยบาดเจ็บเกือบทุกคนและมักเป็นความปวดระดับปานกลางจนถึงรุนแรง ซึ่งควรได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (National Clinical Guideline Centre, 2016) อีกทั้งความปวดยังเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปให้ผู้ป่วยบาดเจ็บเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Thomas, 2013) แต่จากการศึกษาสถานการณ์ของความปวดที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการประเมินความปวดเพียงร้อยละ 77 และส่วนใหญ่มักเป็นความปวดระดับปานกลางจนถึงรุนแรง แต่มีเพียงร้อยละ 14.3 เท่านั้นที่ได้รับการจัดการความปวด (Dale & Bjomsen, 2015) เช่นเดียวกับพีริกและคณะ (Pierix et al., 2015) ที่ศึกษาระยะเวลาการจัดการความปวดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความปวดอยู่ในระดับรุนแรง ( $PS \geq 8$ ) แต่ได้รับการจัดการความปวดด้วยยาบรรเทาปวดภายในเวลา 30 นาทีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพียงร้อยละ 17 และ 7 เท่านั้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถสรุปออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีจำนวนมากที่สุดของทีมสุขภาพ พยาบาลมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลจัดการความปวด แต่จากการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเกี่ยวกับการจัดการความปวดผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ (Ucuzal & Dogan, 2014; สุธิดา, 2554) โดยเฉพาะความรู้พื้นฐานด้านสรีรวิทยาความปวดและการบาดเจ็บ (Duignan & Dunn, 2008) พยาบาลประเมินความปวดผู้ป่วยโดยใช้การสังเกตมากกว่าการใช้เครื่องมือประเมินความปวด (Berben et al., 2012; Mocerri & Drevdahl, 2014) ส่งผลให้การประเมินความปวดขาดมาตรฐาน ความน่าเชื่อถือ และไม่สามารถนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของคูกันและดันน์ (Duignan & Dunn, 2008) ที่พบว่า พยาบาลประเมินความปวดต่ำกว่าที่ผู้ป่วยประเมินถึงร้อยละ 45 ส่วนบุญญาภัทร (2554) ศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ป่วย พบว่า พยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวด ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลบางคนกลัวผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวดและภาวะแทรกซ้อนจะก่อกวนการหายใจผู้ป่วย (สุธิดา, 2554; Mocerri & Drevdahl, 2014) พยาบาลยังให้ความสำคัญในการติดตามผลลัพธ์การประเมินและการจัดการความปวดน้อย (Ucuzal & Dogan, 2015) และพยาบาลไม่มีการลงบันทึกผลการจัดการความปวด (Dale & Bjomsen, 2015) รวมทั้งพยาบาลมีทัศนคติต่อความปวดในเชิงลบ มองความปวดของผู้บาดเจ็บเป็นเรื่องปกติและไม่ส่งผลอันตรายต่อชีวิตจึงไม่ให้ความสำคัญกับการประเมินความปวดเท่าที่ควร (Berben et al., 2012)

2. ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้บาดเจ็บบางรายมีปัญหาในด้านการสื่อสารและการใช้ภาษา กับพยาบาล (Dale & Bjornsen, 2015; Thomas, 2013) และการมีพื้นฐานด้านความเชื่อและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้บาดเจ็บบางรายอาจมีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยที่ไม่ถูกต้อง เช่น ปฏิเสธไม่รับยาบรรเทาปวด กลัวผลข้างเคียงจากยา กลัววิตติยา หรือกลัวบาปจากการใช้ยาเพราะคิดว่ายาเป็นสารเสพติด จึงทำให้การจัดการความปวดเกิดความล่าช้าและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (ซัชชัย, 2553; เปรมทิพย์, 2553; Berben et al., 2012) ส่วนผู้บาดเจ็บบางรายที่ปฏิเสธยาบรรเทาปวด เพราะคิดว่ายาบรรเทาปวดปิดกั้นอาการปวดจนแพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยอาการหรือแพทย์ไม่เชื่อว่าความปวดมีอยู่จริงได้ (Lecomte, Huet, Audureau, Guyerdet, Pourriat, & Claessens, 2014) รวมถึงผู้บาดเจ็บที่ใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ไม่สามารถซักประวัติและประเมินความปวดให้ถูกต้อง แม่นยำได้ ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดการความปวดทั้งสิ้น (Duignan & Dunn, 2008)

3. ด้านระบบบริการและหน่วยงาน พบว่า หลายหน่วยงานไม่มีนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติการจัดการความปวดที่เป็นมาตรฐานชัดเจน ส่งผลให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (บุญญากัทร, 2554; Dale & Bjornsen, 2015; Duignan & Dunn, 2008) ขาดเอกสารและคู่มือการจัดการความปวด ขาดเครื่องมือประเมินระดับความปวดที่ได้มาตรฐาน ยาบรรเทาปวดไม่เพียงพอ และขาดทรัพยากรที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมจัดการความปวดอันพึงประสงค์ รวมทั้งขาดปัจจัยเสริมแรงให้แก่บุคลากร (อรรถรงค์, 2557) การประสานการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพไม่มีประสิทธิภาพ (สุปิตา, 2550) จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ภาระงานหนักสูง สถานที่ให้บริการค่อนข้างแออัด (Berben et al., 2012) รวมถึงจำนวนผู้ใช้บริการที่เพิ่มสูงขึ้น จึงทำให้การประเมินความปวดและการจัดการความปวดอาจไม่ทั่วถึงครอบคลุม และเกิดความล่าช้าได้ (นุชนภา, 2556; สุคนธา, 2556)

จากปัญหาข้างต้นที่กล่าวมา ซึ่งล้วนแต่เป็นอุปสรรคสำคัญของการจัดการความปวดให้ไม่มีประสิทธิภาพ และยังส่งผลกระทบต่อผู้บาดเจ็บและหน่วยงานที่รับผิดชอบ (Duignan & Dunn, 2008) ซึ่งการจัดการความปวดมีเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเพียงพอ และเกิดความสุขสบายมากยิ่งขึ้น (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2007) ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาความปวด ผู้บาดเจ็บ สามารถวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาและจัดการความปวดผู้บาดเจ็บในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของตนได้เป็นอย่างดี รวมทั้งได้รับการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บให้มีระดับที่สูงขึ้น

## แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ

สมรรถนะ (competency) หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) และคุณลักษณะภายในตัวบุคคล (attributes) ซึ่งบุคคลจะแสดงออกมาด้วยวิธีการคิดและพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง จนส่งผลให้เกิดความสำเร็จตรงตามมาตรฐานหรือสูงกว่าที่มาตรฐานขององค์กรได้กำหนดไว้ (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2554) และเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของบุคคล เช่น การนำความรู้มาประยุกต์ใช้ การมีทักษะความสามารถและการตัดสินใจที่ดี ซึ่งกรอบแนวคิดพื้นฐานในการกำหนดสมรรถนะมาจากวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ ค่านิยม วัฒนธรรมองค์กร พฤติกรรมที่องค์กรคาดหวังให้ประพฤติดปฏิบัติ (ไสว, กนกพร, และนนุช, 2559)

### องค์ประกอบของสมรรถนะ

ประกอบด้วย (สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร, กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2554)

1. ความรู้ (knowledge) เป็นความรู้เฉพาะด้านของบุคคลหรือในเรื่องที่ต้องรู้และเป็นความรู้ที่เป็นสาระสำคัญ เช่น ความรู้ทฤษฎีความปลอดภัย ความรู้พยาธิสภาพความปลอดภัย
2. ทักษะ (skill) เป็นความสามารถหรือสิ่งที่ต้องปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทักษะการคิดหา ทักษะการทำแผล เป็นต้น ซึ่งทักษะเหล่านั้นจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องอาศัยพื้นฐานด้านความรู้และสามารถปฏิบัติได้อย่างคล่องแคล่วว่องไว
3. ความคิดเห็นส่วนบุคคล (self-concept) คือ ทศนคติ ค่านิยม ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน หรือสิ่งที่บุคคลเชื่อว่าตนเองเป็น เช่น ความมั่นใจในตนเอง ความกล้าแสดงออก เป็นต้น
4. บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล (traits) เป็นสิ่งที่อธิบายถึงบุคคล เช่น เป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือหรือไว้วางใจ มีลักษณะความเป็นผู้นำ
5. แรงจูงใจ/ ทศนคติ (motives/ attitude) เป็นแรงขับเคลื่อนภายใน แรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งสู่เป้าหมาย หรือมุ่งสู่ความสำเร็จ

ดังนั้น องค์ประกอบสมรรถนะจึงเป็นผลรวมของความรู้ ทักษะ ความคิดเห็นส่วนบุคคล บุคลิก และแรงจูงใจ ซึ่งมีความสำคัญต่อการแสดงออกต่อความคิดและพฤติกรรมในการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ

## ประเภทของสมรรถนะ

การแบ่งประเภทของสมรรถนะสามารถสรุปได้ดังนี้ (ไสวและคณะ, 2559)

1. สมรรถนะหลัก (core competency) หมายถึง ความสามารถที่สะท้อนถึงความรู้ ทักษะ ทักษะคิด ความเชื่อ และอุปนิสัยของบุคคล โดยรวมในระดับองค์กร ซึ่งเป็นสมรรถนะของทุกคนที่มีตำแหน่งในองค์กรต้องมี เพื่อสนับสนุนวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรนั้นๆ

2. สมรรถนะเชิงวิชาชีพ (professional competency) หมายถึง ความสามารถพื้นฐานที่ทุกคนในวิชาชีพต้องมีเหมือนกัน ซึ่งเป็นสมรรถนะที่ถูกกำหนดขึ้นตามความจำเป็นของแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสภาพสังคม โดยมีกรอบสมรรถนะเพื่อกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานและบทบาทหน้าที่ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทราบถึงความสามารถของตนเอง เป็นการพัฒนางาน พัฒนาวิชาชีพ และสามารถประเมินได้ เช่น สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จในระดับปริญญาตรี หมายถึง ความรู้ ความสามารถ และเจตคติของพยาบาลที่สำเร็จในระดับปริญญาตรี ที่จะทำให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามขอบเขตวิชาชีพอย่างปลอดภัย มีความรับผิดชอบเป็นร่วมงานที่มีประสิทธิภาพ มีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง เป็นสมาชิกที่ดีของสังคม สามารถแบ่งสมรรถนะออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ 3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) ด้านวิชาการและการวิจัย 6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ 8) ด้านสังคม เป็นต้น (สภาการพยาบาล, 2553) ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพทุกระดับไว้อย่างชัดเจน และได้ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพตามบันไดวิชาชีพตามระยะเวลาที่กำหนด

3. สมรรถนะเชิงเทคนิค (technical/ practice competency) หมายถึง ความสามารถที่จำเป็นต้องมีในหน่วยงานหรือแผนกนั้นๆ ซึ่งเป็นความสามารถเฉพาะด้าน เช่น พยาบาลประจำแผนกออรัลโธปิดิกส์ ควรมีสมรรถนะในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก การใส่ฝือก การให้คำแนะนำการดูแลฝือก ทราบภาวะแทรกซ้อนจากการเข้าฝือกและประเมินความผิดปกติได้

## การกำหนดสมรรถนะตามตำแหน่งงาน (Job competency profile)

การกำหนดสมรรถนะตามตำแหน่งงาน เป็นการกำหนดความรู้ ความสามารถ และทักษะที่จำเป็นต่อสายงานนั้นๆ ให้บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร ซึ่งวิธีการสังเกตพฤติกรรมว่าเป็นไปตามสมรรถนะที่ต้องการหรือไม่ ดังนี้ (สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร, กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2554)

1. เป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ อธิบายได้
2. สามารถลอกเลียนแบบได้
3. มีผลกระทบต่อความก้าวหน้าขององค์กร
4. เป็นพฤติกรรมที่สามารถนำไปใช้ได้หลายสถานการณ์
5. เป็นพฤติกรรมที่ต้องเกิดขึ้นบ่อยๆ

### ระดับสมรรถนะ

ระดับสมรรถนะเป็นการกำหนดระดับความรู้ ความสามารถ และทักษะของสมรรถนะ ซึ่งการกำหนดสมรรถนะมีหลายประเภทแตกต่างกันไปตามลักษณะและความเหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเนื้อหาของสมรรถนะนั้นๆ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร, กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2554)

1. แบบกำหนดเป็นสเกล (scale) สมรรถนะแต่ละตัว กำหนดระดับความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่แตกต่างกันตามปัจจัยที่กำหนดและตัวบ่งชี้พฤติกรรม ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถแต่ละระดับของบุคคล โดยเกณฑ์กำหนดระดับความสามารถมี 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับเบื้องต้น (beginner) 2) ระดับได้รับการอบรม (well-trained) 3) ระดับมีประสบการณ์ (experienced) 4) ระดับเก่ง (advanced) และ 5) ระดับเชี่ยวชาญ (expert)
2. แบบไม่กำหนดเป็นสเกล เป็นสมรรถนะที่เป็นพฤติกรรมเชิงความรู้ลึก หรือทัศนคติที่ไม่ต้องใช้สเกล เช่น ความซื่อสัตย์ ความตรงต่อเวลา เป็นต้น

สำหรับการศึกษารั้วนี้เป็นการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งจัดเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะอันตราย ภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยที่มารับบริการนอกเวลารวมไปถึงผู้ป่วยจากอุบัติเหตุหมู่ต่างๆ ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ซึ่งจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการหลากหลายประเภท และไม่อาจคาดเดาถึงขนาด ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาของผู้ป่วยล่วงหน้าได้ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องมีความสามารถเชิงสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอย่างเพียงพอ มีทักษะความสามารถเฉพาะทางที่เหมาะสม เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในศูนย์อุบัติเหตุที่เป็นเลิศ (excellence trauma center) สอดคล้องตามนโยบายการพัฒนางานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข สามารถให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานตอบสนองความต้องการของสังคมและประชาชนที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (กฤตยา, 2551)

## สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ความสามารถ และทักษะ การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และภารกิจของหน่วยงาน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยวิกฤต (ไสวและคณะ, 2559) สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจะกล่าวถึงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจัดเป็นบุคลากรที่สำคัญบุคคลแรก ทำหน้าที่รับผู้ป่วย ประเมินอาการ จัดลำดับความสำคัญเร่งด่วน และให้การดูแลช่วยเหลือภาวะ คุกคามชีวิต พร้อมทั้งสามารถตัดสินใจรายงานแพทย์หรือตามทีมดูแลได้อย่างรวดเร็ว (มาลี, 2557) โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้การดูแลรักษาภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว ลดความพิการ และช่วยให้อวัยวะสูญเสียหน้าที่น้อยที่สุด รวมทั้งลดความเจ็บปวดและความทุกข์ ทรมานด้านจิตใจ (ไสวและคณะ, 2559) ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะเฉพาะทางที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน ซึ่งกรองไค (2554) ได้กล่าวถึงสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วย อุบัติเหตุ ตามแนวปฏิบัติของ Trauma Treatment Skills for Nurse โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิด The Advanced Trauma Life Support (ATLS) ประกอบด้วย สมรรถนะหลักในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma core competency) และสมรรถนะเฉพาะงาน (Technical knowledge competency) เพื่อให้พยาบาล สามารถประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุ ช่วยเหลือชีวิต และติดตามเฝ้าระวังอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

### สมรรถนะหลักในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma core competency)

ประกอบด้วย 5 สมรรถนะ ได้แก่

1. สมรรถนะการร่วมมือในการทำงาน (Cooperation competency) ลักษณะการ ทำงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นการทำงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือกัน ระหว่างทีมสหวิชาชีพและบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกองค์กร พยาบาลต้องมีการประชุม อธิบายข้อมูลต่างๆ ได้อย่างชัดเจน ปฏิบัติตามข้อตกลงและนโยบายขององค์กร รวมทั้งร่วมกิจกรรม ของหน่วยงานอันจะเป็นการสร้างพื้นฐานความเข้าใจและการประสานความร่วมมือที่เป็นไปในทิศทาง เดียวกัน (กรองไค, 2554) ซึ่งพยาบาลควรมีคุณลักษณะที่สำคัญ คือ มีความยืดหยุ่น รู้จักการ ประนีประนอม มีความเป็นมิตร และการมีน้ำใจต่อกัน (กาญจนา, 2556) และการร่วมมือในการทำงาน

ช่วยให้พยาบาลเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองและสาขาวิชาชีพมากขึ้น รวมถึงสร้างบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงานอีกด้วย (กฤตยา, 2551)

2. สมรรถนะการตัดสินใจการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Decision making competency) การปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว พยาบาลต้องสามารถประเมินและรายงานอาการผิดปกติแก่แพทย์เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตผู้ป่วย ป้องกันความพิการทุพพลภาพ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที การตัดสินใจจึงเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสถานการณ์ปัญหาต่างๆ กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา ตลอดจนพิจารณาแนวทางการเลือกที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ (กาญจนา, 2556; วารุณี, 2548; ละมุล, 2550)

3. สมรรถนะการจัดการสถานการณ์ความเสี่ยงและการเสนอแนวคิดใหม่และการปฏิบัติพยาบาล (Leadership competency) พยาบาลต้องมีความรับผิดชอบในหน้าที่ปฏิบัติงานตามวิสัยทัศน์ ภารกิจ และนโยบาย ประสานความร่วมมือ มีความรอบคอบ รับผิดชอบต่อการตัดสินใจ ให้ความสำคัญการทำงานร่วมกันของทีม มีการพัฒนาตนเองในการทำงานอยู่เสมอสามารถใช้เทคนิคและเทคโนโลยีในการปฏิบัติงานได้ (กรองไค, 2554) ซึ่งลักษณะงานของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นการพยาบาลผู้ป่วยทุกประเภท ทั้งในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่ต้องการความช่วยเหลือแก้ไขเร่งด่วน และมีโอกาสเกิดความเสี่ยงหรือปัญหาตามมาได้ง่ายหากไม่มีการจัดการสถานการณ์ความเสี่ยงอย่างเหมาะสม พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินสถานการณ์ปัญหา ความเร่งด่วน และความต้องการผู้ป่วย มีการวางแผน และตัดสินใจจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสมและรวดเร็ว เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดตามมา (วารุณี, 2548) การจัดการกับสถานการณ์ความเสี่ยงจึงสามารถลดปัญหาและป้องกันการเกิดความเสี่ยงต่างๆ ได้เป็นอย่างดี (ละมุล, 2550) นอกจากนี้สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันมีความรุนแรงซับซ้อนมากยิ่งขึ้น การพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความกล้าแสดงออก มีศักยภาพในตนเอง สามารถเสนอแนวคิดใหม่ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสามารถกระตุ้นให้เพื่อนร่วมงานแสดงศักยภาพของตนเองออกมา (กฤตยา, 2550)

4. สมรรถนะการวิเคราะห์สาเหตุ แก้ไข และจัดการผลกระทบจากปัญหาการพยาบาล (Problem solving competency) เป็นการค้นหาสาเหตุของปัญหา ระบุปัญหา ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา แก้ปัญหาได้ทันต่อสถานการณ์ เฝ้าระวังป้องกันการเกิดปัญหาและความเสี่ยง รวมถึงการบันทึกการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน (กรองไค, 2554) ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาต่างๆ อยู่เสมอ หลายปัญหามีความเร่งด่วน ซับซ้อน คลุมเครือ และแฝงไว้ด้วยปัญหาอื่น ๆ ที่ยากต่อการแก้ไข ซึ่งพยาบาลต้องสามารถ



วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรอบครอบ ตามลำดับความสำคัญ และสามารถแก้ไขปัญหาล่วงหน้าได้ ภายใต้การปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังและมีประสิทธิภาพ (กฤตยา, 2550)

5. สมรรถนะในการทำงานร่วมกันเป็นทีม (Teamwork competency) การทำงานเป็นทีมถือหัวใจสำคัญขององค์กร เนื่องจากการทำงานเป็นทีมจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้จะต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านต่างๆ ในการใช้ทักษะและตัดสินใจจากประสบการณ์อันหลากหลาย (Robbins & Coulter, 2012) และด้วยลักษณะของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลต้องมีการติดต่อประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย หน่วยรักษาความปลอดภัย ตำรวจ รวมถึงพนักงานขับรถและเจ้าหน้าที่เวรเปล พยาบาลต้องมีขั้นตอนการทำงานอย่างเป็นระบบและชัดเจน อดทน เสียสละ มีน้ำใจ เข้าใจและยอมรับบทบาทหน้าที่ของทีม รู้จักให้การเกียรติผู้อื่น รับฟังความคิดเห็นและยอมรับการตัดสินใจที่แตกต่างกัน (กรองไค, 2554; ไสวและคณะ, 2559)

#### **สมรรถนะเฉพาะงาน (Technical knowledge competency)**

ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ ได้แก่ (กรองไค, 2554)

1. สมรรถนะการประเมินผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ (Assessment competency) เป็นสมรรถนะประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย

1.1. การจำแนกประเภทผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ (Triage) เป็นการค้นหาและจัดลำดับความรุนแรงอาการทางคลินิกจากการบาดเจ็บ เพื่อให้การดูแลรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมกับผู้ป่วยอุบัติเหตุแต่ละราย ซึ่งพยาบาลต้องสามารถจำแนกประเภทผู้ป่วยตามลำดับความสำคัญและภายในเวลา 2 นาที เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือตามความเหมาะสมต่อไป สำหรับวิธีการจำแนกผู้ป่วยที่นิยมนำใช้ในประเทศไทย ได้แก่ AHA (The American hospital association) ATS (The Australasian triage scale) CTAS (Canadian ED triage and acuity scale) และ ESI (Emergency severity index) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหน่วยงานจะนำแนวคิดใดมาใช้เป็นกรอบในการปฏิบัติให้เหมาะสมกับผู้ป่วยอุบัติเหตุ

1.2. การประเมินเบื้องต้น (Initial assessment) เป็นการประเมินเพื่อค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิตและให้การดูแลรักษาอย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย

1.2.1. การค้นหาภาวะคุกคามชีวิต (Primary survey) เป็นการประเมินร่างกายตามลำดับ ABCDE (Airway, Breathing, Circulation/ Hemorrhage, Disability, and Exposure/ Environment) อย่างรวดเร็วและระบุปัญหาสำคัญได้ภายในระยะเวลา 2 นาที

1.2.2. การจัดการกับภาวะคุกคามชีวิต (Resuscitation) ได้แก่ การประเมินภาวะออกซิเจนและการกำซาบของออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกาย โดยประเมินจากระดับ Systolic Blood Pressure, Oxygen Saturation, Mean Arterial Pressure และอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง พยาบาลต้องสามารถรายงานอาการผิดปกติได้ทันที

1.2.3. การประเมินร่างกายต่อเนื่อง (Secondary survey) เป็นการประเมินภายหลังผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างละเอียดและครอบคลุมทุกระบบ โดยผู้ป่วยต้องปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตหรือได้รับการจัดการภาวะคุกคามชีวิตแล้ว ได้แก่ ประเมินร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ประเมินสัญญาณชีพ และการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว การแพ้ยา การบาดเจ็บต่างๆ

2. สมรรถนะการช่วยชีวิตผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ (Resuscitation competency) เป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1. การแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต เป็นการช่วยชีวิตและให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยเปิดทางเดินหายใจให้โล่งและดูแลให้มีการระบายอากาศที่ดี การห้ามเลือด การให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย รวมถึงการเตรียมความพร้อมอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ เช่น การเตรียมท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ ชุดระบายลม/ เลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด

2.2. การช่วยชีวิต เป็นการจัดการเกี่ยวกับทางเดินหายใจและสารน้ำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก (shock) ร่วมกับทีมช่วยเหลือ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่ท่อระบายลม/ เลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด

3. สมรรถนะการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (Monitoring competency) เป็นสมรรถนะการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยจนกว่าจะปลอดภัยหรือได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาในสถานที่ที่เหมาะสม เช่น ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก หรือสถานพยาบาลอื่นๆ พยาบาลต้องดูแลได้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ สามารถระบุความผิดปกติหรือความเสี่ยง รวมทั้งเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อจำเป็นและให้ข้อมูลแก่ญาติได้ และการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลโดยจุดบันทึกการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งพยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะการเตรียมความพร้อมในการใช้อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่างๆ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งกาญจนา (2556) ได้ศึกษาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฯ จำนวน 15 คน โดยใช้แบบประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของกรองไค พบว่า สมรรถนะโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านภาวะผู้นำและด้านความรู้เฉพาะสาขา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก

ส่วนด้านการตัดสินใจ ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการ ด้านความร่วมมือในการทำงาน และด้านการทำงานเป็นทีม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ระยะที่ 2 พัฒนายุทธศาสตร์ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฯ โดยระดมความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน ซึ่งยุทธศาสตร์ที่มาวิเคราะห์ คือ 1) ด้านการตัดสินใจ 2) ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการ 3) ด้านการทำงานเป็นทีม และระยะที่ 3 เป็นการประเมินความเหมาะสมของยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 9 คน พบว่า ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฯ อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และมีความเหมาะสม

ดังนั้นสมรรถนะพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของกรองไคจึงเป็นสมรรถนะที่จำเป็นเหมาะสมสำหรับพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้ความร่วมมือในการทำงาน ด้านการตัดสินใจ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดการ ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านความรู้เฉพาะสาขา เพื่อให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะสมรรถนะด้านความรู้เฉพาะสาขา ซึ่งเป็นความรู้เฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ยังไม่มีการบรรจุลงในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และไม่มีโปรแกรมการพัฒนาพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ชัดเจน รวมถึงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการฝึกฝนอบรมมาก่อน ทำให้พยาบาลยังขาดความรู้ ประสบการณ์ และทักษะที่จำเป็น (ไสวและคณะ, 2559) ซึ่งการอบรมจัดเป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในด้านความรู้ ทักษะ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม ตามความต้องการขององค์กร และช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ (พองทิพย์, 2552; สุริรัตน์, 2557) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้านการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน มีการฝึกฝนทำหัตถการต่างๆ กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ย่อมมีความแตกต่างกับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยผ่านการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ ความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการอบรมเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ (ศิริอร, รวมพร, และกุลระวี, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงาน 1 ปี, 1-3 ปี, 5-10 ปี หรือมากกว่า 10 ปี มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน (กรองไค, 2554) สอดคล้องกับแนวคิดของเบนเนอร์ (Bemer, 1984) ที่กล่าวว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในระดับผู้เชี่ยวชาญ (ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป) จะสามารถใช้ประสบการณ์และพื้นฐานความรู้จัดการสิ่งต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เพราะประสบการณ์ที่สูงขึ้นจะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจในลักษณะงานของวิชาชีพ เข้าใจสภาพแวดล้อมต่างๆ ได้ดี มีการปรับตัว เรียนรู้ และพัฒนาความรู้ ความสามารถของตนเองอย่างต่อเนื่อง (เดือนใจ, 2548) และสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า ประสบการณ์ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (นภกานต์, 2553; นารี; 2543)

ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิผลอบรมของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมหรือพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีระดับที่สูงขึ้น

### สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ

ปัจจุบันปัญหาการบาดเจ็บมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและทวีความรุนแรง อันเป็นสาเหตุให้ผู้บาดเจ็บจำนวนมากต้องสูญเสียชีวิต สูญเสียทรัพย์สิน และเกิดความพิการ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ (Curtis & Crouch, 2015) ซึ่งผลจากการบาดเจ็บยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความปวดและนำไปให้ผู้บาดเจ็บต้องเข้ารับบริการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (National Clinical Guideline Centre, 2016; Pierix et al., 2015) จากผลการศึกษาพบว่า แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยบาดเจ็บค่อนข้างน้อย ผู้บาดเจ็บได้รับการประเมินและการจัดการความปวดที่ช้าล่าและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Berben et al., 2012; Hatherley, Jennings, & Cross, 2016) บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการจัดการความปวด รวมทั้งมีทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับความปวดของผู้บาดเจ็บ (Duignan & Dunn, 2008; Ucuzal & Dogan, 2014) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ เพื่อให้พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บอย่างเพียงพอ รวมทั้งทัศนคติที่ดีต่อความปวดซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาภายใต้ 2 กรอบแนวคิดที่สำคัญ คือ สมรรถนะเฉพาะงานพยาบาลอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของกรองไค (2554) และสมรรถนะการจัดการความปวดของฟิชแมนและคณะ (Fishman et al., 2013) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฯ ในการจัดการความปวดมาก่อน ผู้วิจัยจึงใช้การประยุกต์สมรรถนะดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ อธิบายไว้ดังนี้

1. สมรรถนะเฉพาะงานพยาบาลอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของกรองไค (2554) เป็นสมรรถนะเฉพาะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ประกอบด้วย 3 สมรรถนะหลัก ได้แก่ สมรรถนะการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุ สมรรถนะการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุ และสมรรถนะการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นลำดับขั้นตอน รวดเร็ว และเหมาะสม และเป็นสมรรถนะที่ต้องมีในพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคน แต่เนื่องจากสมรรถนะดังกล่าวมุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินทุกคามชีวิต

ผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็นสำคัญ และไม่มีพบว่าเคยมีงานวิจัยใดกล่าวถึงความปวด ทั้งที่ความปวดเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุฯ (Thomas, 2013)

2. สมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของฟิชแมนและคณะ (Fishman et al., 2013) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะหลักที่ใช้ในการประเมินความปวดและจัดการความปวดสำหรับนักศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์ทั่วไป โดยผ่านการศึกษาเชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด จำนวน 7 ท่าน และได้มีการจัดการประชุมขึ้นเพื่อหาฉันทมติและกำหนดสมรรถนะหลักจากผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด จำนวน 22 ท่าน จนได้ข้อสรุปสมรรถนะหลักการจัดการความปวดประกอบด้วย 21 สมรรถนะ ภายใต้ 4 กลุ่มสมรรถนะที่สำคัญ ได้แก่ 1) แนวคิดพื้นฐานของความปวด 2) การประเมินความปวด 3) การจัดการความปวด และ 4) เจือใจที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด สำหรับสมรรถนะหลักในการจัดการความปวดนี้ ได้มีการศึกษาขึ้นเป็นครั้งแรก แต่ไม่ได้กำหนดขึ้นสำหรับใช้โดยตรงกับพยาบาลวิชาชีพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์สมรรถนะเฉพาะงานพยาบาลอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของกรองไคมาใช้เป็นสมรรถนะหลักในการศึกษา คือ 1) สมรรถนะการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุ 2) สมรรถนะการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุ และ 3) สมรรถนะการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง จากนั้นวิเคราะห์สมรรถนะหลักในการจัดการความปวดของฟิชแมนและคณะ โดยพิจารณาสมรรถนะในแต่ละหัวข้อ ได้แก่ การประเมินความปวด การจัดการความปวด และเจือใจที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด และนำมาบูรณาการเป็นสมรรถนะย่อยของสมรรถนะหลักที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ โดยใช้การวิเคราะห์และพิจารณาสมรรถนะที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันของผู้ป่วยอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่านั้น และเนื่องจากศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความปวดที่ผ่านมา พบว่า ความปวดยังคงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้บาดเจ็บต้องเข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Dale & Bjornsen, 2015) แต่ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลในการประเมินความปวดเฉียบพลัน พบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับกลไกทางสรีรวิทยาของความปวดในระดับต่ำที่สุดหรือเพียงร้อยละ 25.3 (Kizza, Muliira, Kohi, & Nabirye, 2016) ซึ่งการขาดความรู้ในการจัดการความปวดของพยาบาลอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การจัดการความปวดผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพได้ (Lewthwaite et al., 2011) จึงทำให้ผู้วิจัยเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานของความปวดเป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักของการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้พื้นฐานของความปวดอย่างเพียงพอ ก่อนให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ดังนั้นการศึกษาศมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะหลัก และ 15 สมรรถนะย่อย ดังนี้

1. สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด ประกอบด้วย 5 สมรรถนะย่อย ได้แก่

1.1. การอธิบายธรรมชาติความปวด กลไกการเกิดความปวด และชนิดความปวด

1.2. การอธิบายทฤษฎีความปวด

1.3. การระบุคำศัพท์เฉพาะทางความปวด

1.4. การอธิบายผลกระทบความปวดชนิดเฉียบพลันต่อผู้บาดเจ็บ

1.5. การอธิบายปัจจัยทางวัฒนธรรมหรือสังคมที่มีอิทธิพลต่อความปวด

2. สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ได้แก่

2.1. การจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บที่มีความปวดเบื้องต้น

2.2. การประเมินความปวดผู้บาดเจ็บและซักประวัติที่เกี่ยวข้อง

2.3. การใช้เครื่องมือประเมินความปวดได้อย่างถูกต้อง

2.4. การระบุปัจจัยส่งเสริมและขัดขวางการประเมินความปวด

3. สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ได้แก่

3.1. การระบุวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับผู้บาดเจ็บ

3.2. การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้บาดเจ็บ

และครอบครัว

3.3. การส่งเสริมผู้บาดเจ็บให้มีวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเอง

3.4. การวางแผนและพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ

4. สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง ประกอบด้วย 2 สมรรถนะย่อย ได้แก่

4.1. การเฝ้าระวังและติดตามความปวดได้อย่างต่อเนื่อง

4.2. อธิบายบทบาทการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพและสหสาขา

วิชาชีพ

ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดไว้ ดังนี้

### 1. สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด

สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด หมายถึง การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของความปวดชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ธรรมชาติความปวด กลไกการเกิดความปวด ทฤษฎีความปวด คำศัพท์เฉพาะทางความปวด ผลกระทบจากความปวด และปัจจัยทางด้านความเชื่อ

และวัฒนธรรมของผู้บาดเจ็บที่มีอิทธิพลต่อความปวด ซึ่งการที่พยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความรู้พื้นฐานของความปวดอย่างเพียงพอ ย่อมสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้บาดเจ็บให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วย 5 สมรรถนะย่อย ดังนี้

### **1.1. การอธิบายธรรมชาติความปวด กลไกการเกิดความปวด และชนิดความปวด**

ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่ยากต่อการอธิบายความหมายหรือลักษณะความปวดที่ชัดเจนได้ ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายความปวดไว้หลากหลาย สรุปได้ดังนี้

ความปวด หมายถึง ประสบการณ์หรือความรู้สึกส่วนบุคคลต่อการรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกอันไม่พึงประสงค์ (ยศพลและศรีสุดา, 2556) ที่เกี่ยวข้องกับการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกายทั้งโดยตรงหรือโดยอ้อม (International Association for the Study of Pain [IASP], 2012) จนเกิดกลไกการทำงานของเส้นประสาทการรับรู้ความปวด ประกอบด้วย หน่วยรับความรู้สึกที่ปลายประสาท เส้นประสาทรับรู้ เซลล์ประสาทส่วนปลาย เซลล์ประสาทไขสันหลัง วิถีประสาท และสมอง และเกิดการรับรู้ถึงความปวด (พงศภารดี, 2547) และเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายจิตใจ และอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลร่วมด้วย (ขวัญจิต, 2549) บุคคลที่ประสบกับความปวดเท่านั้นที่จะสามารถบอกได้และจะยังคงอยู่เท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี (กรรวี, 2548)

#### *กลไกการเกิดความปวดในผู้บาดเจ็บ (Pain mechanism)*

ความปวดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับการความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมแสดงออกถึงการตอบสนองต่อความปวด (วิชัย, วราภรณ์, และสมศรี, 2547) ความปวดเกิดจากกลไกหลายอย่างที่ทำหน้าที่ต่อเนื่องกัน โดยความปวดที่เกิดขึ้นในผู้บาดเจ็บเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่มีการรับรู้ความปวด ประกอบด้วย 4 กลไก ได้แก่ การแปลงสัญญาณความปวด การนำสัญญาณความปวด การปรับสัญญาณความปวด และการรับรู้ความปวด ดังนี้

1. การแปลงสัญญาณความปวด (pain transduction) เมื่อเนื้อเยื่อร่างกายได้รับอันตรายหรือความเสียหายเกิดขึ้นจะทำให้มีการกระตุ้นตัวรับความรู้สึก (nociceptor) บริเวณปลายประสาทรับสัญญาณความปวด (primary afferent neuron) และส่งสัญญาณความปวดผ่านใยประสาทเล็กที่มีเปลือกหุ้ม (small myelinated) นำสัญญาณประสาทไปสู่ไขสันหลังโดยใยประสาทเล็กเหล่านั้น ได้แก่ 1) เอเดลต้า (A-delta) เป็นใยประสาทขนาดใหญ่ที่หุ้มด้วยเยื่อไมอีลิน (myelin) นำความรู้สึกปวดได้เร็ว ทราบตำแหน่งที่แน่นอนและลักษณะการปวดแบบเฉียบแหลม แบบจี้ๆ

เหมือนเข็มแทง 2) โยประสาทซี (unmyelinated-C) เป็นโยประสาทขนาดเล็กที่ไม่มีเยื่อหุ้มนำความรู้สึกช้า ลักษณะความปวดตื้อๆ ปวดแสบปวดร้อน บอกตำแหน่งความปวดได้ไม่ชัดเจน และ 3) เอบีต้า (A-beta) ซึ่งเป็นโยประสาทขนาดใหญ่ นำความรู้สึกได้เร็วที่สุด ลักษณะความรู้สึกที่ปวดเบาๆ แบบการสัมผัส การนวด การลูบ เป็นต้น

2. การนำสัญญาณความปวด (pain transmission) เมื่อเข้าสู่บริเวณปลายประสาทรับสัญญาณความปวด (primary afferent neuron) ในปมประสาทรากบนของไขสันหลัง (dorsal root ganglion; DRG) ได้มีการส่งสัญญาณความปวดต่อไปยังเซลล์ประสาทรับความรู้สึกทุติยภูมิ (secondary neuron) ที่บริเวณคอร์ซัลฮอร์น (dorsal horn) ของประสาทไขสันหลัง เพื่อจะส่งต่อไปสู่ระบบประสาทที่สมอง

3. การปรับสัญญาณความปวด (pain modulation) เป็นการปรับเปลี่ยนที่คอร์ซัลฮอร์นของไขสันหลัง ประกอบด้วย 1) การควบคุมโดยเซลล์ประสาทภายในคอร์ซัลฮอร์นของไขสันหลัง (endogenous pain modulation) ผ่านทางสารสื่อประสาท (neurotransmitters) เช่น เอ็นโดจีน (endogenous) โอปิออยด์ (opioids) และแคลเซียม (calcium) 2) การควบคุมจากประสาทส่วนบน (descending modulatory system) เช่น ทาลามัส (thalamus) และเปลือกสมอง (cerebral cortex) ซึ่งยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทภายในคอร์ซัลฮอร์นผ่านทางสารสื่อประสาทต่างๆ ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) โดปามีน (dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และ โอปิออยด์ (opioids)

4. การรับรู้ความปวด (pain perception) เป็นกระบวนการรับรู้ความปวดที่เกิดขึ้นภายในสมอง โดยผ่านสมองส่วนทาลามัส (thalamus) เปลือกสมอง (cerebral cortex) และลิมบิก (limbic) ซึ่งจะแปลระดับความรุนแรงของความปวด ตำแหน่งที่ปวด และกระตุ้นส่วนควบคุมเกี่ยวกับอารมณ์ จึงทำให้การรับรู้ความปวดมีความเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึก และอาจมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554; วิจิตรรา, 2556; วิชัยและคณะ, 2547; ศศิกานต์, 2554)

### ชนิดความปวดที่พบในผู้ป่วยเจ็บ

ความปวดของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุมีหลายลักษณะ ซึ่งสามารถจำแนกตามเกณฑ์ที่เป็นตัวชี้วัด เช่น หากแบ่งตามระยะการเกิดความปวด ได้แก่ ความปวดชนิดเฉียบพลัน (acute pain) และความปวดชนิดเรื้อรัง (chronic pain) หรือหากแบ่งตามกลไกการเกิดความปวด ได้แก่ ความปวดจากเนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลาย (nociceptive pain) และความปวดจากปลายประสาทถูกทำลาย (neuropathic pain) แต่สำหรับการศึกษาคั้งนี้เน้นการศึกษาความปวดในผู้ป่วยเจ็บ



จากอุบัติเหตุที่มีสาเหตุมาจากเนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลายหรือได้รับอันตรายความเสียหาย เรียกว่า ความปวดจากเนื้อเยื่อร่างกายถูกทำลาย (nociceptive pain) และมักเป็นความปวดที่เกิดขึ้นแบบทันทีทันใด จึงเรียกว่า ความปวดชนิดเฉียบพลัน (acute pain) (สายทิพย์, 2555) อธิบายไว้ดังนี้

1. ความปวดจากเนื้อเยื่อร่างกายถูกทำลาย เป็นความปวดที่มีสาเหตุโดยตรงจากการบาดเจ็บด้วยอุบัติเหตุต่างๆ ทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลาย เช่น การถูกของมีคมบาดจนเป็นแผลฉีกขาด แผลไฟไหม้ ซึ่งเกิดความปวดขึ้นจากการทำงานของระบบประสาทการรับรู้ความปวด ประกอบด้วย หน่วยรับความรู้สึกที่ปลายประสาท เส้นใยประสาทรับรู้ เซลล์ประสาทส่วนปลาย เซลล์ประสาทไขสันหลัง วิธีประสาท และสมอง โดยมีกลไก คือ เมื่อได้รับบาดเจ็บจะเกิดการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดบริเวณผิวหนัง กล้ามเนื้อและกระดูก และอวัยวะภายในที่บาดเจ็บนั้นๆ แล้วมีการส่งสัญญาณการบาดเจ็บไปสู่สมอง เพื่อแปลสัญญาณการรับรู้ถึงความปวด ซึ่งลักษณะของความปวดชนิดนี้มักพบรอยโรค หรือการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกายอย่างชัดเจน สามารถจำแนกย่อยได้ (พงศภารดี, 2547) ดังนี้

1.1. ความปวดบริเวณผิวหนัง (superficial pain) เกิดจากการถูกทำลายหรือการกระตุ้นอวัยวะบริเวณผิวหนัง ซึ่งจะมีลักษณะความรู้สึกปวดเหมือนเข็มแทง (pricking pain) หรือแบบแหลมคม (sharp pain) เนื่องจากบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนังมีปลายประสาทรู้สึกเจ็บปวดกระจายอยู่ทั่วๆ จึงไวต่อความปวดค่อนข้างสูง และบอกตำแหน่งได้ชัดเจน

1.2. ความปวดในเนื้อเยื่อส่วนลึก (deep somatic pain) เกิดจากการถูกกระตุ้นบริเวณอวัยวะส่วนที่อยู่ลึกกว่าชั้นพื้นผิวหนัง เช่น กล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อ เยื่อหุ้มปอด เยื่อช่องท้อง เป็นต้น มักมีลักษณะความรู้สึกปวดแบบตื้อๆ (dull pain) หรือปวดเมื่อย (aching pain) บริเวณที่เจ็บปวดกว้าง และระยะปวดนานกว่าความปวดบริเวณพื้นผิว

1.3. ความปวดจากอวัยวะภายใน (visceral pain) เกิดจากการถูกกระตุ้นอวัยวะภายใน เช่น อวัยวะภายในกะโหลกศีรษะ ทรวงอก ช่องท้อง เป็นต้น ลักษณะความปวดมักจะเป็นแบบตื้อๆ (dull pain) หรือปวดแสบปวดร้อน (burning pain) หรือปวดบิด (colicky pain) บริเวณปวดค่อนข้างกว้าง ระยะเวลาปวดค่อนข้างนาน และมักมีอาการปวดร้าว (refer pain) ร่วมด้วย

2. ความปวดชนิดเฉียบพลัน เป็นความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้น (recent onset) และมักเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ ไม่เกินระยะเวลา 3 เดือน และมักสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการถูกทำลายหรือได้รับความเสียหายของเนื้อเยื่อของร่างกาย มีความซับซ้อนและความไวต่อการรับรู้ตอบสนองต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทั้งนี้ระดับความปวดจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ กระบวนการอักเสบ การหายใจของเนื้อเยื่อ และการเคลื่อนไหวร่างกาย (ยศพลและศรีสุดา, 2556; RNAO, 2013)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความปวดของผู้บาดเจ็บในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่ เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน อันมีสาเหตุสำคัญจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ ซึ่งการบาดเจ็บ ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลายจนเกิดการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกส่วนปลายประสาทให้ แปรลงสัญญาณเป็นกระแสประสาท ส่งผ่านไปยังไขสันหลังและสมอง จนเกิดการรับรู้ถึงความปวด ซึ่งผู้บาดเจ็บที่ประสบกับความปวดเท่านั้นที่จะสามารถบอกถึงความปวดได้ดีที่สุด ดังนั้นหาก พยาบาลมีความเข้าใจในธรรมชาติความปวดและยอมรับต่อพฤติกรรมกรรมการแสดงออกถึงความปวด ของผู้บาดเจ็บแต่ละคนที่เกิดขึ้น โดยปราศจากอคติใดๆ และมีความรู้ ความเข้าใจในกลไกของความ ปวด ชนิดความปวดอย่างเพียงพอ ย่อมส่งผลคุณภาพของการดูแลจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ

## 1.2. การอธิบายทฤษฎีความปวด

ทฤษฎีความปวด (Theory of pain) เป็นการนำพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ อธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีหลายทฤษฎีความปวด เช่น ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ทฤษฎีการควบคุมภายใน (Endogenous pain control) ทฤษฎีการรวมตัว (Summation theory) แต่ในที่นี้ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างเฉพาะทฤษฎีควบคุมประตู อธิบายไว้ ดังนี้

### ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory)

ผู้เสนอทฤษฎีนี้ คือ เมลแซคและวอลล์ (Melzack & Wall) ได้กล่าวถึง ลักษณะเฉพาะของการส่งข้อมูลจากอิทธิพลทางด้านอารมณ์และจิตใจต่อการรับรู้และตอบสนอง ความปวด และอิทธิพลจากระบบประสาทส่วนกลาง โดยเน้นที่การส่งสัญญาณประสาทนำเข้าจาก ส่วนต่างๆของร่างกาย จะถูกปรับให้ลดลงในไขสันหลังก่อนส่งการรับรู้ความปวดไปในสมอง โดย ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความปวดและการรับรู้ความปวดขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบ คือ 1) เซลล์ในสับสแตนเตีย เจลาติโนซา (substantia gelatinosa; SG cell) เป็นเซลล์พิเศษในคอร์ซอลฮอรัน (dorsal horn) 2) โยประสาทส่วนที่เป็นแนวยาวในคอร์ซอล ฮอรัน ที่ทอดตรงไปยังสมอง และ 3) เซลล์ประสาทส่งต่อ (transmission cell; T cell) ที่อยู่ในไขสันหลัง เป็นสื่อกลางนำข้อมูลไปสู่สมอง และขนาดของกระแสประสาทรับความปวดนั้นขึ้นอยู่กับการทำงานของโยประสาทขนาดใหญ่ (รับรู้ตำแหน่ง ความสั่นสะเทือนรับสัมผัสอย่างละเอียด) และโยประสาทขนาดเล็ก (การรับความ เจ็บปวด อุณหภูมิ รับสัมผัสอย่างหยาบ) และขึ้นกับอิทธิพลที่ส่งลงจากสมอง เมื่อโยประสาท ขนาดใหญ่กระตุ้นเซลล์ประสาทส่งต่อ (T cell) และเซลล์ในสับสแตนเตีย เจลาติโนซา (SG cell) พร้อมกัน ซึ่งเป็นการยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อ (T cell) ทำให้กระแสประสาทขนาดเล็ก

ที่นำความเจ็บปวดทำงานไม่ได้ประตู่จึงปิด ขณะเดียวกันหากมีการกระตุ้นกระแสประสาทขนาดใหญ่ เป็นกรเปิดประตูที่ทำให้เกิดความปวดตามมา (ยศพลและศรีสุดา, 2556; ทิวรรณ, จันทนา, วิไลวรรณ, วินัส, และพัสมณท์, 2552)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ทฤษฎีความปวดอาจเป็นเพียงการสมมติฐานหรือการคาดคะเนโดยอาศัยพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ทฤษฎีควบคุมประตู อธิบายไว้ว่า ความปวดเกิดขึ้นจากเนื้อเยื่อร่างกายถูกทำลายและมีความเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับด้านจิตใจ ส่งผลต่อระบบการควบคุมและการตอบสนองต่อความปวดของผู้บาดเจ็บ ซึ่งหากพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในทฤษฎีความปวดที่ถูกต้อง สามารถเชื่อมโยงกับการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีความปวดได้อย่างเหมาะสม ย่อมส่งผลให้การจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 1.3. การระบุคำศัพท์เฉพาะทางความปวด

คำศัพท์เฉพาะทางความปวดมักมีรากฐานมาจากหลายภาษา เช่น ลาติน กรีกโบราณ ซึ่งถูกนำมาใช้จนเป็นอันเข้าใจความหมายและยอมรับทั่วไปทางสากล ตัวอย่างคำศัพท์ความปวดที่พบบ่อย (พงศักรดี, 2547; ไสวและจิราภี, 2559) เช่น

ตาราง 1

#### ศัพท์เฉพาะทางความปวด

คำศัพท์	ความหมาย
Allodynia	ความปวดที่เกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นที่ปกติไม่ทำให้ปวด
Dysesthesia	ความรู้สึกลึบไม่สุขสบาย หรือความปวดที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ
Hyperesthesia	ภาวะที่มีความไวต่อการกระตุ้นและการรับรู้มากกว่าปกติ หรืออาจหมายถึงภาวะขีดความสามารถของการอดทนลดลง และการตอบสนองมากขึ้น
Hyperalgesia	การตอบสนองที่เพิ่มขึ้นหรือรุนแรงกว่าปกติเมื่อได้รับการกระตุ้นในระดับปกติ
Noxious stimuli	การกระตุ้นโดยสิ่งเร้า ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านั้นต้องมีคุณสมบัติเพียงพอที่ทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย และทำให้เกิดความปวดขึ้น
Nociception	กระบวนการทำงานของระบบประสาทของการรับรู้ส่วนปลาย ตั้งแต่หน่วยรับรู้ใยประสาท ประกอบด้วยกระบวนการ การเร้าที่ทำให้บาดเจ็บ การแปลสิ่งเร้าให้เป็นสัญญาณและการนำสัญญาณโดยใยประสาทรับรู้ ขบวนการนี้เป็นเหตุของอาการปวดที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน
Pain threshold	ขีดความอดทนหรือระดับความรู้สึกปวดและปวดที่น้อยที่สุดที่สามารถรับรู้ได้
Radiation	ความปวดที่ร้าวหรือมีการกระจายออกไป

ดังนั้นสรุปได้ว่า ศัพท์เฉพาะทางความปวดที่ใช้สื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นคำศัพท์เฉพาะที่ได้รับการยอมรับและทุกคนมีความเข้าใจในความหมายที่ตรงกัน ซึ่งการนำ คำศัพท์ที่เกี่ยวกับความปวดมาใช้ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร การประสานงาน และการปฏิบัติการพยาบาลที่รวดเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งหากพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความรู้ ความ เข้าใจ สามารถใช้ศัพท์เฉพาะความปวดได้เป็นอย่างดี ย่อมเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลความปวด ผู้บาดเจ็บ การประสานงาน และการทำงานร่วมกันเป็นทีม

#### 1.4. การอธิบายผลกระทบความปวดชนิดเฉียบพลันต่อผู้บาดเจ็บ

ความปวดชนิดเฉียบพลันในผู้บาดเจ็บเป็นความปวดที่เกิดขึ้นแบบกะทันหัน และ จะหายไปเมื่อผู้บาดเจ็บได้รับการแก้ไข แต่หากไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอก็อาจ กลายเป็นความปวดชนิดเรื้อรังที่ยากต่อการรักษาได้ (พงศภารดี, 2547) ซึ่งความปวดชนิดเฉียบพลัน ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจที่สำคัญ คือ

##### 1. ผลกระทบด้านร่างกาย ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ดังนี้

1.1. ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ความปวดจะกระตุ้นระบบ ประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (sympathetic) ให้หลั่งอิพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ทำให้ความต้านทานในหลอดเลือดสูงขึ้น จึงส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ความปวดที่รุนแรงจะทำให้หัวใจต้อง ทำงานหนักมากขึ้น เพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจ และเพิ่มความต้องการออกซิเจน ทำให้ ผู้บาดเจ็บเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และหัวใจวายได้ (ไสวและจิราภิ, 2559)

1.2. ระบบการหายใจ โดยเฉพาะหากมีการบาดเจ็บบริเวณทรวงอกหรือช่องท้องจะก่อให้เกิดความปวดที่รุนแรงมากขึ้น เนื่องจากเป็นส่วนที่มีการขยับเคลื่อนไหว จากการหายใจอยู่ตลอดเวลา ผู้บาดเจ็บจะมีลักษณะการหายใจที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น หายใจตื้น หายใจเร็ว ไม่สามารถหายใจลึกๆและไออย่างมีประสิทธิภาพได้ ปอดขยายตัวได้น้อย การ แลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้บาดเจ็บเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ปอด อักเสบ (pneumonia) การระบายอากาศไม่เพียงพอ (hypoventilation) ออกซิเจนในร่างกายต่ำ (hypoxemia) เกิดก๊าซคาร์บอนคั่งในร่างกาย (hypercarbia) (ปิ่น, 2558; ไสวและจิราภิ, 2559)

1.3. ระบบทางเดินอาหาร ความปวดกระตุ้นระบบซิมพาเทติก ทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด เมื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลงได้ (ปิ่น, 2558; ไสวและจิราภิ, 2559)

1.4. ระบบการทำงานของไต การหดเกร็งตัวแบบรีเฟล็กซ์ของกล้ามเนื้ออาจเพิ่มความตึงและการเกร็งของกล้ามเนื้อจนทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทางเดินปัสสาวะหดตัวมากขึ้น ทำให้เกิดการคั่งของปัสสาวะ และปัสสาวะลำบากได้ (ไสวและจิราภิ, 2559)

1.5. ระบบต่อมไร้ท่อ ความปวดจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตเพิ่มขึ้น แต่ขณะเดียวกันอินซูลินจากตับอ่อนจะถูกหลั่งลดลง ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น รวมทั้งมีการหลั่งแอนติไดยูเรติกฮอร์โมน (antidiuretic hormone) และคอร์ติซอล (cortisol) ส่งผลให้มีการคั่งของน้ำและโซเดียมในร่างกายได้ (ไสวและจิราภิ, 2559)

1.6. ระบบการไหลเวียนเลือด การกระตุ้นขบวนการเรนินแองจิโอเทนซิน (renin-angiotensin) และการแข็งตัวของเลือดทำให้เกิดเลือดเพิ่มขึ้น การไหลเวียนหลอดเลือดดำไม่ดี ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (deep vein thrombosis) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) ได้ (ปิ่น, 2558)

1.7. ระบบภูมิคุ้มกัน จำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น แต่เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (lymphocyte) ลดลง กระบวนการสร้างเม็ดเลือดคิลเลอร์เซลล์ (killer T-cell) ลดลง ทำให้ลดภูมิคุ้มกันของร่างกาย (สหสยา, 2555; ไสวและจิราภิ, 2559)

## 2. ผลกระทบด้านจิตใจ

ความปวดเป็นสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และพฤติกรรม จึงส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว วิตกกังวล หมดกำลังใจ และซึมเศร้า นอกจากนี้ความปวดยังกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น การนอนหลับพักผ่อน การทำกิจกรรมต่างๆ (จิราภิและสุธีรา, 2552; Joshi & Ogunnaike, 2005) และส่งกระทบในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้บาดเจ็บและครอบครัว ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ (อนงค์, 2544) และหากผู้บาดเจ็บไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างเพียงพอ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงจากการบาดเจ็บที่เพิ่มขึ้น (Kutz et al., 2004) และอาจกลายเป็นความปวดชนิดเรื้อรังที่ยากต่อการรักษาได้ (Cohen et al., 2004; Joshi & Ogunnaike, 2005)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเจ็บควรได้รับการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ในระยะแรก และควรได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ มิฉะนั้นอาจกลายเป็นความปวดชนิดเรื้อรังที่ยากต่อการจัดการความปวดได้ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเจ็บ และให้การดูแลช่วยเหลือ ป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนจากความปวดได้

### 1.5. การอธิบายปัจจัยทางวัฒนธรรมหรือสังคมที่มีอิทธิพลต่อความปวด

ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งการรับรู้และตอบสนองต่อการแสดงออกถึงความปวดแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกัน ความปวดมักเกี่ยวเนื่องกับการได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ทั้งทางอารมณ์ ความคิด ความเชื่อทางวัฒนธรรมและสังคม โดยเฉพาะวัฒนธรรม ซึ่งหมายถึง ผลรวมของความเชื่อ พฤติกรรม ค่านิยม ประเพณี พิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ ที่บุคคลได้เรียนรู้ ปฏิบัติ และถูกปลูกฝังจนเกิดเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่มบุคคล วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความปวดในแง่ของความคิด ความเชื่อ การกระทำ และเป็นเหมือนแนวทางการปฏิบัติที่บุคคลเหล่านั้นต้องปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของสังคมแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความปวดผู้ป่วย (เปรมทิพย์, 2553; วงจันทร์, 2553) จากการศึกษาพบว่า พื้นฐานทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรมมีนัยสำคัญทางสถิติกับการประเมินความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วย (Australian and New Zealand College of Anaesthetists [ANZCA] and Faculty of Pain Medicine [FPM], 2010) แต่พยาบาลให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมน้อยมาก (Richardson, 2012) ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ เช่น (ชัชชัย, 2553; เปรมทิพย์, 2553)

1. ปัญหาด้านภาษา ทั้งการสื่อสารและการแปลความหมาย เนื่องจากการสื่อสารต่างภาษากันอาจเป็นอุปสรรคหนึ่งของการดูแลได้อย่างไม่เต็มที่ การให้ข้อมูลความรู้ขาดตกบกพร่อง ถึงแม้จะใช้ล่ามช่วยแปลภาษาก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของความปวดในภาษาหนึ่งอาจไม่เท่าหรือมีความหมายไม่เหมือนในอีกภาษาหนึ่ง

2. การใช้วจนภาษาของผู้บาดเจ็บ เนื่องจากวจนภาษาแต่ละสังคมหรือวัฒนธรรมอาจแตกต่างกัน เช่น เชื้อชาติลาตินมักแสดงออกโหวกเหวกโวยวายให้เห็นชัดเจน แต่ในคนมุสลิมไม่ค่อยแสดงออกทางใบหน้าและกิริยา เนื่องจากกังวลหรือคิดว่าไม่จำเป็นต้องแสดงออกให้สังคมรับรู้ในเรื่องของความปวด

3. การให้คะแนนความปวดที่ต่ำกว่าความจริง เนื่องจากผู้ป่วยเจ็บคิดว่าการเป็นผู้ป่วยที่ดีต้องอดทนต่อความปวดที่เกิดจากพระเจ้าประทานหรือกรรมในอดีต

4. การไม่ยอมการใช้ยาบรรเทาปวด ผู้บาดเจ็บบางคนกลัวการได้รับยา โดยเฉพาะกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) เช่น มอร์ฟิน (morphine) เพราะกลัวติดยา หรือกลัวบาปที่ใช้ยา เนื่องจากคิดว่าเป็นสารเสพติด และบางคนอาจปฏิเสธยาบรรเทาปวด เพราะคิดว่ายาบรรเทาปวดปิดกั้นอาการปวด ทำให้แพทย์วินิจฉัยอาการปวดผิดหรือไม่เชื่อว่าความปวดของตนมีอยู่จริง (Lecomte et al., 2014)

5. การกลัวว่าจะนำยาใช้ในทางที่ผิด บุคลากรทางการแพทย์เองอาจมีทัศนคติกลัวว่าผู้บาดเจ็บเป็นกลุ่มผู้ติดยาเสพติดหรือใช้ในทางที่ผิด จึงหลีกเลี่ยงการใช้ยาบรรเทาปวด โดยเฉพาะกลุ่มโอปิออยด์ (opioids)

นอกจากนี้ภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่ติดตัวของพยาบาลแต่ละคน อาจเกิดคุณลักษณะที่เรียกว่า การถือว่าชาติตนถูกต้องและดีกว่าชาติอื่น (ethnocentrism) กล่าวคือ หากผู้บาดเจ็บแสดงพฤติกรรมความปวดไม่ตรงกับที่พยาบาลคาดหวังไว้ พยาบาลก็อาจตัดสินใจว่าผู้บาดเจ็บคนดังกล่าวแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือใช้ความคิดแบบลัทธิเหมารวม (วงจันทร์, 2553) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรมีการหมั่นฝึกฝนเรียนรู้ตัวเองและยอมรับความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมหรือสังคมของผู้บาดเจ็บ โดยอาจให้การปฏิบัติจัดการความปวดผู้บาดเจ็บตามแนวทาง ดังต่อไปนี้ (นุสราและยุพาภรณ์, 2556; วงจันทร์, 2553; Narayan, 2010)

1. พยาบาลต้องทำความเข้าใจผู้บาดเจ็บเป็นรายบุคคล
2. ชักประวัติประสบการณ์การเจ็บป่วย ประเมินความปวด และเลือกใช้เครื่องมือได้อย่างเหมาะสมกับผู้บาดเจ็บ
3. สามารถสื่อสารความปวดที่แตกต่างกันอย่างมีทักษะและว่องไว
4. ยอมรับการแสดงออกถึงความปวดที่แตกต่างกัน โดยไม่ตัดสินเอง หรือใช้ความคิดแบบลัทธิเหมารวม
5. ยอมรับการขอความช่วยเหลือเมื่อผู้บาดเจ็บมีความปวดที่แตกต่างกัน ถึงแม้ผู้บาดเจ็บบางคนอาจจะไม่ร้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาล
6. เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวดตามความเชื่อของตน และหากพบว่าการจัดการความปวดตามความเชื่ออาจทำให้เกิดผลเสีย พยาบาลต้องออกแบบการดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่ออย่างเหมาะสม
7. ทำหน้าที่แทนผู้บาดเจ็บ กรณีที่ผู้บาดเจ็บไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม
8. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับความแตกต่างด้านชีวภาพในกลุ่มคนหลากหลายวัฒนธรรมอย่างสม่ำเสมอ
9. พัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม โดยเริ่มต้นจากการตระหนักรู้ด้านวัฒนธรรมของตนเอง

สรุปได้ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งความคิด ความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อการรับรู้และแสดงออกถึงความปวดของผู้บาดเจ็บที่แตกต่างกัน พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับความแตกต่างของพฤติกรรมแสดงออกถึงความปวดในผู้บาดเจ็บแต่ละคน โดยไม่ตัดสินไปเองหรือใช้ความคิดแบบลัทธิเหมารวม รวมทั้งฝึกฝนเรียนรู้ความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม เพื่อให้เข้าใจผู้บาดเจ็บ และพัฒนาประสิทธิภาพการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด คือ ความสามารถเกี่ยวกับความรู้ของความปวดขั้นพื้นฐานที่พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคนต้องทราบ เพื่อให้พยาบาลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่มีความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลจัดการความปวดที่เหมาะสม สามารถลดอุบัติเหตุ ความเสี่ยง อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนของความปวดจากการบาดเจ็บได้

## 2. สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ

สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ หมายถึง การมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะพื้นฐานในการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ ได้แก่ การคัดแยกผู้บาดเจ็บที่มีความปวด (Triage) การซักประวัติและประเมินความรุนแรงของความปวด การใช้เครื่องมือประเมินความปวด และการระบุปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวางการประเมินความปวด รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อความปวด ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ควรมีในพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคน เพื่อให้สามารถปฏิบัติการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้วางแผนให้การดูแลจัดการความปวดผู้บาดเจ็บต่อไปได้

ประเมินความปวดจัดเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลที่สำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (ANZCA & FPM, 2010; RNAO, 2013) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยวินิจฉัยสาเหตุของความปวด ประเมินความรุนแรง คุณภาพ และระยะเวลาของความปวด ช่วยในการตัดสินใจให้วิธีการรักษา และเมื่อผู้บาดเจ็บได้รับการรักษาจะต้องมีการประเมินความปวดซ้ำ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความปวด (พงศัการดี, 2547; RNAO, 2007) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นการประเมินความปวดชนิดเฉียบพลันในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ที่เป็นวัยผู้ใหญ่ มีระดับความรู้สีกตัวปกติ และเข้ามารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ดังนี้



## 2.1. การจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บที่มีความปวดเบื้องต้น

การคัดกรองผู้บาดเจ็บ (Triage) เดิมมาจากรากศัพท์ภาษาฝรั่งเศสของคำว่า ทริเออ (Trier) และคำว่า ซอร์ทิง (Sorting) ในภาษาอังกฤษ หมายถึง การเลือกหรือค้นหา สำหรับการคัดกรองผู้บาดเจ็บ หมายถึง การประเมินสภาพและซักประวัติผู้บาดเจ็บอย่างรวดเร็ว เพื่อค้นหาปัญหาฉุกเฉิน และจัดลำดับความรุนแรงของผู้บาดเจ็บให้ได้รับการรักษาตามอาการที่มาโรงพยาบาล (ณรงค์ศักดิ์, 2557) ซึ่งการคัดกรองผู้บาดเจ็บควรรู้ระยะเวลาในการประเมิน 2-5 นาที เพื่อช่วยให้ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงอย่างเหมาะสม ลดความสูญเสียหรือความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ลดความคับคั่งของผู้บาดเจ็บ รวมทั้งผู้บาดเจ็บและญาติเกิดความพึงพอใจในการบริการ (กุมรินทร์และประสิทธิ์, 2553) นอกจากนี้ การคัดกรองผู้บาดเจ็บสามารถแก้ไขปัญหาเชิงระบบการบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ช่วยจัดลำดับความสำคัญของการรักษาภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด ช่วยจัดระบบภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้สามารถสื่อสารประสานงาน และปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐาน ไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งช่วยลดความผิดพลาด ความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน และยกระดับการให้บริการในแผนกอุบัติเหตุฯ ที่เป็นมาตรฐานทางสากลยิ่งขึ้น (พรทิพย์และคณะ, 2559)

ปัจจุบันประเทศไทยได้นำระบบการคัดกรองผู้บาดเจ็บมาใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินกันอย่างหลากหลาย เช่น Australian Triage Scale (ATS) Manchester Triage Scale (MTS) Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) และ Emergency Severity Index (ESI) ซึ่งจากการศึกษาของพรทิพย์และคณะ (2559) ในการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย 13 เขตบริการสุขภาพ จำนวน 105 โรงพยาบาล พบว่า 3 ใน 4 ของโรงพยาบาลทั้งหมดหรือร้อยละ 76 ใช้การคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ Emergency Severity Index (ESI) เช่นเดียวกับโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 12 และ 13 ของภาคใต้ ใช้การคัดกรองผู้ป่วยตามระบบ ESI มาใช้มากกว่าร้อยละ 70 ทั้งนี้เนื่องจากระบบ ESI มีความเที่ยงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องของการจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ใช้งานง่าย ลดระยะเวลาการรอตรวจ และเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ สำหรับระบบ ESI ถูกนำมาใช้โดยพยาบาลซึ่งจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการคัดกรองผู้ป่วย ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงได้นำการคัดกรองผู้ป่วยตามระบบ ESI มาใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองผู้บาดเจ็บที่มีความปวด (triage pain) สามารถไว้ดังนี้ ดังที่แสดงไว้ในตาราง 2 ระบบการคัดกรองผู้ป่วยตาม Emergency Severity Index (ESI)

ตาราง 2

ระบบการคัดกรองผู้ป่วยตาม *Emergency Severity Index (ESI)*

ระดับความรุนแรง	ระดับ 1 (สีแดง)	ระดับ 2 (สีชมพู/ สีส้ม)	ระดับ 3 (สีเหลือง)	ระดับ 4 (สีเขียว)	ระดับ 5 (สีขาว)
ความหมาย/ ความเร่งด่วนช่วยเหลือ (ระยะเวลา)	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ต้องให้การรักษาทันที	ผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยงหากให้รอ ต้องได้รับการรักษาภายใน 10 นาที	ผู้ป่วยเร่งด่วน ต้องได้รับการรักษาภายใน 30 นาที	ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง สามารถรอรักษาได้ภายใน 60 นาที	ผู้ป่วยทั่วไป สามารถรอรักษาได้ภายใน 120 นาที
ระบบทางเดินหายใจ (Airway)	ทางเดินหายใจอุดกั้นทั้งหมด/อุดกั้นบางส่วน	ทางเดินหายใจไม่อุดกั้น	ทางเดินหายใจไม่อุดกั้น	ทางเดินหายใจไม่อุดกั้น	ทางเดินหายใจไม่อุดกั้น
การหายใจ (Breathing)	หายใจลำบากมาก/ ติดขัด/ เร็วผิดปกติ	หายใจลำบากปานกลาง	หายใจลำบากเล็กน้อย	ไม่มีภาวะหายใจลำบาก	ไม่มีภาวะหายใจลำบาก
การไหลเวียน (Circulation)	การไหลเวียนเลือดผิดปกติรุนแรง/ ควบคุมการไหลเวียนเลือดไม่ได้	การไหลเวียนเลือดผิดปกติปานกลาง	การไหลเวียนเลือดผิดปกติเล็กน้อย	การไหลเวียนเลือดปกติ	การไหลเวียนเลือดปกติ
ความรู้สึกรู้ตัว (Disability)	GCS < 9	GCS 9-12	GCS >12	GCS 15	GCS 15
ระดับความปวด (NRS)	-	ปวดมาก (very pain) 7-10 คะแนน	ปวดปานกลาง (moderate pain) 4-6 คะแนน	ปวดเล็กน้อย (mild pain) 1-3 คะแนน	ไม่ปวด (no pain) 0 คะแนน

จากตาราง 2 อธิบายได้ว่า ผู้บาดเจ็บที่มีความปวดระดับมาก (NRS 7-10 คะแนน) แสดงว่าเป็นผู้ป่วยประเภท 2 ของระบบ ESI ซึ่งควรได้รับการดูแลรักษาภายในเวลา 10 นาที ผู้บาดเจ็บที่มีความปวดระดับปานกลาง (NRS 4-6 คะแนน) เป็นผู้ป่วยประเภท 3 ของระบบ ESI ซึ่งควรได้รับการดูแลรักษาภายในเวลา 30 นาที และผู้บาดเจ็บที่มีความปวดระดับเล็กน้อย (NRS 1-3 คะแนน) เป็นผู้ป่วยประเภท 4 ซึ่งควรได้รับการดูแลรักษาภายในเวลา 60 นาที เป็นต้น (Gerdtz et al., 2007; Gilboy, Tanabe, Travers, Rosenau, & Eitel, 2011)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การคัดกรองผู้บาดเจ็บตามระบบ ESI รวมถึงการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นการจัดประเภทความรุนแรงของการบาดเจ็บ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือตามความเร่งด่วน และยังเป็นบทบาทและหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุฯ ทุกคน ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการคัดกรองผู้บาดเจ็บที่มีความปวดได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว

## 2.2. การประเมินความปวดผู้บาดเจ็บและซักประวัติที่เกี่ยวข้อง

การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งผู้บาดเจ็บทุกคนต้องได้รับการประเมินความปวดก่อนจะได้รับการดูแลช่วยเหลือ (RNAO, 2007) การประเมินความปวดจึงเสมือนเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ต้องประเมินพร้อมกับสัญญาณชีพ (Baharuddin et al., 2010) ซึ่งหลักของการประเมินความปวดที่ดี คือ พยาบาลควรประเมินความปวดของผู้บาดเจ็บทันทีที่มาถึงโรงพยาบาล (Fry et al., 2011) ซึ่งการประเมินความปวดที่ถูกต้องและรวดเร็ว สามารถลดความรุนแรงจากการบาดเจ็บ ลดภาวะความตึงเครียดการทำงานของเซลล์และอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกาย และรวมทั้งลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (Gerdtz et al., 2007) ซึ่งสมาคมพยาบาลวิชาชีพออนตารีโอ (RNAO, 2013) ได้กล่าวถึงการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาล ควรมีหลักการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. การคัดกรองผู้บาดเจ็บ เพื่อค้นหาความปวดและชนิดของความปวด
  - 1.1. ประเมินความปวดในทันทีที่ผู้บาดเจ็บเข้ามาถึงโรงพยาบาล
  - 1.2. ประเมินความปวดหลังเปลี่ยนแผนการรักษา
  - 1.3. ประเมินความปวดก่อน ระหว่าง และหลังทำหัตถการผู้บาดเจ็บ
2. ผู้บาดเจ็บที่มีความปวดต้องได้รับการประเมินความปวดและชนิดความปวด โดยพยาบาลต้องเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดอย่างเหมาะสม
3. ในกรณีผู้บาดเจ็บที่ไม่สามารถบอกความปวดได้ด้วยตนเอง พยาบาลควรเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดอย่างไร้ให้เหมาะสมกับผู้บาดเจ็บ

4. ประเมินความเชื่อส่วนบุคคล ความรู้ ความเข้าใจ และวิธีการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บแต่ละราย

5. จัดบันทึกข้อมูลความปวดในเอกสารผู้บาดเจ็บให้ชัดเจนทุกครั้ง

นอกจากนี้การประเมินความปวดเพียงอย่างเดียวอาจได้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอและครอบคลุมสำหรับการนำไปวินิจฉัยหาสาเหตุหรือให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ดังนั้นพยาบาลควรมีการซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับความปวดร่วมด้วย โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้มีผู้เสนอแนวทางการซักประวัติเกี่ยวกับความปวดไว้อย่างมากมาย ดังนี้

อาห์มาดิและคณะ (Ahmadi et al., 2016) ได้ศึกษาการทบทวนการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บและได้เสนอแนวทางการประเมินความปวดและซักประวัติผู้บาดเจ็บ โดยใช้อักษรย่อ OPQRST อธิบายรายละเอียด ดังนี้ O (onset) หมายถึงระยะเวลาที่เริ่มปวด, P (provocation/palliation) หมายถึงสิ่งกระตุ้น/ สิ่งบรรเทาปวด, Q (quality) หมายถึงลักษณะความปวด, R (region/radiation) หมายถึงขอบเขตความปวด, S (severity) หมายถึงความรุนแรงของความปวด และ T (timing) หมายถึงระยะเวลาที่ปวด เป็นต้น ส่วนสมาคมพยาบาลวิชาชีพออนตาริโอ (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2013) ได้เสนอวิธีการประเมินความปวดโดยใช้ OPQRSTUV ซึ่งใกล้เคียงกับวิธีแรก แต่เพิ่มอักษรย่ออีก 2 ตัว คือ UV โดย U (understanding/ impact on you) หมายถึงสาเหตุความปวด อาการร่วมอื่นๆ/ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความปวด และ V (values) หมายถึง ความคาดหวังต่อการได้รับการจัดการความปวด เป็นต้น และกระทรวงสาธารณสุขของมาเลเซีย (Ministry of Health Malaysia [MOH], 2013) เสนอแนวทางการประเมินความปวดโดยใช้ PAIN ซึ่งย่อมาจาก P (place or site of pain) หมายถึงตำแหน่งที่ปวด, A (aggravating factors) หมายถึงปัจจัยที่ทำให้ปวดมากขึ้น, I (intensity) หมายถึงระดับความรุนแรงของความปวด และ N (nature and neutralizing factors) หมายถึงลักษณะความปวดและปัจจัยที่ส่งผลให้ปวดลดลง เป็นต้น และสำหรับในประเทศไทย ศศิกานต์ (2554) ได้เสนอการประเมินความปวดโดยใช้คำถาม 9 ข้อ ได้แก่ 1) ตำแหน่งที่ปวด คือตำแหน่งที่เริ่มปวด 2) เหตุการณ์ของจุดเริ่มต้นความปวด เช่น การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ 3) ลักษณะความปวด เช่น มีความรู้สึกปวดอย่างไร 4) ความรุนแรงของความปวด เช่น ปวดขณะพัก ขณะเคลื่อนไหว ร่วมกับปัจจัยด้านเวลา เช่น ระยะเวลาที่ปวด ความปวดต่อเนื่อง ปวดเป็นพักๆ 5) อาการร่วมอื่นๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน 6) ผลของความปวดต่อการดำรงชีวิต 7) การรักษา 8) ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ และ 9) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรักษา เช่น ความเชื่อของผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ยังลักษณะ (2556) ได้กล่าวว่า การประเมินและซักประวัติความปวดที่ดี ควรประกอบด้วย การสอบถามระดับความรุนแรงของความปวด ลักษณะความปวด และตำแหน่งความปวด และพยาบาลควรบันทึกความปวดผู้บาดเจ็บทั้งก่อนและหลังการจัดการความปวดทุกครั้งหรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง รวมทั้งควรประเมินค้นหาสาเหตุความปวดอย่างอื่นร่วมด้วย

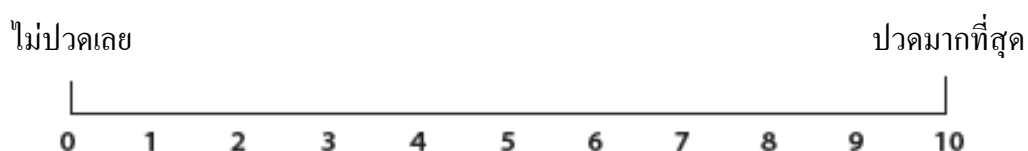
ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การประเมินความปวดผู้บาดเจ็บเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เราทราบถึงความรุนแรงของความปวด รวมทั้งความรุนแรงของการบาดเจ็บและความเร่งด่วน การช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลทุกคนควรตระหนักและให้ความสำคัญในการประเมินความปวด ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเข้ามาถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประเมินความปวดตามมาตรฐานอย่างรวดเร็ว สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และบริหารจัดการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการประเมินความปวดที่รวดเร็วและปลอดภัยมากที่สุด

### 2.3. การใช้เครื่องมือประเมินความปวดได้อย่างถูกต้อง

เครื่องมือประเมินความปวดที่นำไปใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีหลากหลายชนิด แต่ที่นิยมนำมาใช้ประเมินความปวดในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลักๆ ได้แก่ มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS) มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (VRS) และมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (VAS) (Gerdtz et al., 2007) ซึ่งอธิบายรายละเอียดไว้ดังนี้

#### มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale; NRS)

เป็นเครื่องมือประเมินความปวดโดยใช้ตัวเลข ที่นิยมใช้ในทางคลินิกมากที่สุด ใช้งานง่าย สะดวก และเป็นสากล วิธีการคือ ให้ผู้ป่วยบอกคะแนนความปวดเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่ปวดเลย 1-9 คะแนน หมายถึงปวดมากขึ้นตามลำดับ และ 10 คะแนนหมายถึงปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้ (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554; RNAO, 2013; World Union of Wound Healing Societies [WUWHS], 2007) เครื่องมือเหมาะสำหรับใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ และเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ที่เข้าใจค่าตัวเลข (National institute of clinical studies [NICS], 2011)



ภาพ 2. มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale; NRS)

แหล่งที่มา: จาก numerical rating scale (NRS) โดย WRHA (2012: 22)

### มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (*Verbal rating scale; VRS*)

เป็นเครื่องมือประเมินความปวดด้วยวาจา ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกความปวดเป็นค่าตัวเลขได้ แต่สามารถประเมินโดยการชี้คำหรือการขยับปากพูดได้ ได้แก่ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลางปวดมากที่สุด (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554; WUWHS, 2007) เป็นเครื่องมือที่ใช้งานง่าย รวดเร็ว เหมาะสำหรับใช้ในผู้ใหญ่ที่บอกความปวดเป็นคำพูดได้ (RNAO, 2013)

### มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (*Visual analog scale; VAS*)

เป็นเครื่องมือประเมินความปวดด้วยสายตา โดยใช้ไม้บรรทัดหรือเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แล้วให้ผู้ป่วยชี้จุดตำแหน่งหรือกากบาท (x) บนเส้นตรงตามระดับความปวดจริงของผู้ป่วย ทั้งนี้เส้นตรงต้องไม่มีตัวหนังสือหรือตัวเลขใดๆกำกับ จุดที่ 0 เซนติเมตร หมายถึงไม่ปวดเลย ส่วนจุดที่ 1-9 เซนติเมตร หมายถึงปวดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และจุดที่ 10 หมายถึงปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้ (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554; WUWHS, 2007) โดยเชื่อกันว่าเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือและเหมาะสม นิยมใช้กันในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของประเทศออสเตรเลีย (Fry et al., 2011)

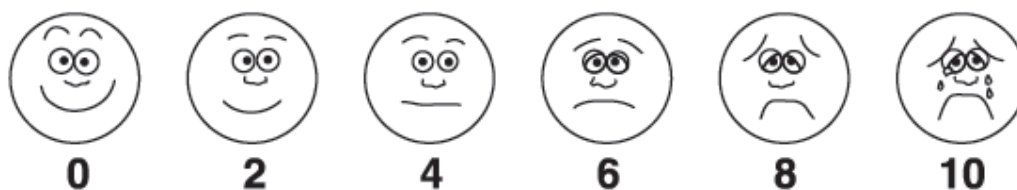


ภาพ 3. มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (*Visual analog scale; VAS*)

แหล่งที่มา: จาก visual analog scale (VAS) โดย WRHA (2012: 22)

### *Faces Pain Scale- Revised (FPS-R)*

ปรับปรุงมาจาก Face pain scale ในการใช้รูปภาพแสดงสีหน้าเพื่อบอกความปวด ประกอบด้วยใบหน้า 6 ลักษณะ ตั้งแต่ไม่ปวดจนถึงปวดมากที่สุดเท่าที่จะปวดได้ ตั้งแต่ 0-10 คะแนน วิธีนี้เหมาะสำหรับเด็กอายุ 5-12 ปี (RNAO, 2013) และในผู้ป่วยที่ไม่สามารถบอกความปวดเป็นตัวเลขได้ แต่สามารถชี้ที่ใบหน้า เพื่อบอกระดับความปวดของตนเองได้ (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554; WUWHS, 2007) เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือ ใช้งานง่าย สามารถแปลได้มากกว่า 35 ภาษา แต่ข้อเสีย คือ ความแตกต่างการให้คะแนนของผู้ประเมินและการยอมรับกับการนำมาใช้ในเด็ก (RNAO, 2013)



ไม่ปวด      ปวดเล็กน้อย      ปวดปานกลาง      ปวดมาก      ปวดมากที่สุด      ปวดมากที่สุด  
 (no hurt)      (hurts little bit)      (hurts little more)      (hurts even more)      (hurts whole lot)      เท่าที่คิดได้  
 (hurts worst)

ภาพ 4. มาตรฐานวัดความปวดของ Wong-Baker FACE Pain rating scale

แหล่งที่มา: จาก Wong-Baker FACE Pain Rating Scale โดย WRHA (2012: 23)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การประเมินความปวดผู้บาดเจ็บในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือในการประเมินความปวด เพื่อให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของความปวด และข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยมีความน่าเชื่อถือ และสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ เครื่องมือต้องมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับทางสากล รวมทั้งใช้งานง่าย สะดวก เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (RNAO, 2013) ซึ่งเครื่องมือข้างต้นที่ผู้วิจัยนำเสนอถือว่าเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล นอกจากนี้พยาบาลควรมีการติดตามประเมินความปวดอย่างต่อเนื่องจนกว่าความปวดของผู้บาดเจ็บจะทุเลาลงและได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อแผนกอื่น ควรพิจารณาความถี่การประเมินความปวดจากระดับความรุนแรงของความปวด ชนิดของยาบรรเทาปวด การตอบสนองต่อยาบรรเทาปวดที่ให้ และความถี่ของการความช่วยเหลือ (NICS, 2011) และที่สำคัญควรมีการลงบันทึกการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับความปวดด้วยครั้ง (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554)

#### 2.4. การระบุปัจจัยส่งเสริมและขัดขวางการประเมินความปวด

ปัจจัยส่งเสริม คือ สิ่งกระตุ้นหรือแรงจูงใจให้เกิดการกระทำหรือการแสดงถึงพฤติกรรมที่ดีออกมา ซึ่งหมายถึง ปัจจัยส่งเสริมการประเมินและการจัดการความปวดที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ ส่วนปัจจัยขัดขวาง คือ การรับรู้สิ่งที่มาขัดขวางให้การประเมินและการจัดการความปวดนั้นมีประสิทธิภาพลดลง (อมรพันธ์, 2549) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการประเมินและการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การประเมินความปวดโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบอกความปวดด้วยตนเอง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ การให้ความร่วมมือแก้ไขปัญหา และนำไปสู่ฉันทมติที่ยอมรับได้ (สุคนธา, 2556) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

เนื่องจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดผู้ป่วยและการแสดงออกถึงความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว จะทำให้เกิดการปรับกลไกทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วยเผชิญกับความปวดได้ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกตนเองมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะเผชิญสู้กับปัญหา และการแสดงออกต่อความปวดลดลง รวมทั้งการให้ความร่วมมือในการประเมินและการจัดการความปวดกับพยาบาล (อนงค์, 2544) ส่วนปัจจัยขัดขวางการประเมินความปวด เช่น จำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยเจ็บ จำนวนบุคลากรและแพทย์ไม่เพียงพอในการตรวจรักษา และผู้ป่วยเจ็บแสดงกิริยาไม่เหมาะสม หรือไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ขณะประเมินความปวด ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยขัดขวางให้ประเมินความปวดล่าช้ามากขึ้น (Patrick et al., 2015)

สรุปได้ว่า ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยขัดขวางความปวดของผู้บาดเจ็บเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความปวดของผู้บาดเจ็บ โดยตรง และยังอาจส่งผลต่อการประเมินความปวดของพยาบาลร่วมด้วย ซึ่งผู้บาดเจ็บแต่ละคนอาจมีปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวางที่แตกต่างกันไป พยาบาลควรทำความเข้าใจและค้นหาปัจจัยเหล่านั้น เพื่อให้สามารถจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสมกับผู้บาดเจ็บ

ดังนั้นจึงสรุปเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บได้ว่า การที่พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะการประเมินความปวดเป็นอย่างดี ทั้งการคัดกรองผู้บาดเจ็บที่มีความปวด (Triage pain) การซักประวัติความปวดผู้บาดเจ็บ การใช้เครื่องมือประเมินความปวด และสามารถระบุปัจจัยส่งเสริมและขัดขวางการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บได้ ซึ่งล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่เพียงแต่จะช่วยส่งเสริมให้การประเมินความปวดและการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 3. สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ

สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ หมายถึง การมีความรู้ ทักษะคิด และทักษะพื้นฐานการการจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันในผู้บาดเจ็บแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ การระบุวิธีการรักษา การให้ข้อมูลและคำปรึกษาความปวด การส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บจัดการความปวดได้ด้วยตนเอง การวางแผนและพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดได้ ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ สามารถจัดการความปวดผู้บาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ดังนี้

#### 3.1. การระบุแนวทางการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับผู้บาดเจ็บ



การจัดการความปวดมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวด โดยการจัดการความปวดทั้งแบบวิธีการใช้ยาและ/ หรือร่วมกับแบบวิธีการไม่ใช้ยาและ/ หรือใช้วิธีการบรรเทาปวดแบบผสมผสาน และประเมินระดับความรุนแรงของความปวดก่อนและหลังการรักษา (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) รวมทั้งเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด (วิชัยและคณะ, 2547) ซึ่งผู้วิจัยได้จำแนกการจัดการความปวดทั้งแบบวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดและวิธีการไม่ใช้ยาบรรเทาปวด ไว้ดังนี้

### การจัดการความปวดแบบวิธีการใช้ยา

การจัดการความปวดแบบวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อบรรเทาความปวดให้เหลือน้อยที่สุดและไม่เกิดผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด (สุรศักดิ์, 2547) ซึ่งหลักการเลือกชนิดและการบริหารยาขึ้นอยู่กับระดับความปวดของผู้บาดเจ็บเป็นสำคัญ (พนิตนันท์, 2557; สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552; CEM, 2014) ดังนี้

#### 1. กลุ่มผู้บาดเจ็บที่มีความปวดระดับเล็กน้อย (Mild pain; Pain scale 1-3)

ควรใช้ยาบรรเทาปวดชนิดรับประทานเป็นหลัก เช่น ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) อธิบายไว้ดังนี้

ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) จัดอยู่ในกลุ่มอะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) ออกฤทธิ์ผ่านการยับยั้งเอนไซม์ไซโคลออกซิเจเนส (Cyclooxygenase, COX) และการสังเคราะห์พอสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ยาจึงไม่มีฤทธิ์เป็นกรดและผ่านเลือดเข้าไปยังสมองออกฤทธิ์ยับยั้งพอสตาแกลนดิน ช่วยบรรเทาปวดและลดไข้ได้ดี แต่ไม่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ (Cohen et al., 2004) ยาพาราเซตามอลเหมาะสำหรับผู้ที่มีความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง รวมทั้งผู้ที่มีไข้หรือมีข้อจำกัด/ ข้อห้ามในการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ มีความปลอดภัยสูง และผลข้างเคียงน้อยเมื่อเทียบกับยากลุ่มอื่น (Thomas, 2013) ควรใช้อย่างระมัดระวังในกลุ่มผู้ที่มีการทำงานของตับผิดปกติ และใช้ยาห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง (Lecomte et al., 2014) จากผลการศึกษาการใช้ยาพาราเซตามอลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ผู้บาดเจ็บที่ใช้ยาพาราเซตามอลทั้งแบบฉีดหรือรับประทาน สามารถลดระดับความปวด (NRS, VAS) ได้ตั้งแต่ 2 ระดับขึ้นไป (Dijkstra, Berben, Van Dongen, & Schoonhoven, 2013)

ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drug; NSAIDs) เป็นยาบรรเทาปวดและลดการอักเสบ ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ไซโคล-ออกซิเจเนสทั้งชนิด COX-1 และ COX-2 และลดการหลั่งพอสตาแกลนดิน ยาอาจมีผลต่อเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้เลือดออกง่ายหยุดยากและทำให้เกิดแผลในระบบทางเดินอาหารได้ จึงควรใช้ยาอย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ (อรลักษณ์, 2551)

รวมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีการใช้ยาอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) (Thomas, 2013) ยาที่เหมาะสมสำหรับใช้บรรเทาปวดในผู้ที่มีระดับปวดเล็กน้อยโดยการรับประทาน เช่น ยาไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) ยานาโพรเซน (Naproxen) ยาไดโคลฟีแนค (Diclofenac) (CEM, 2014) ส่วนผู้ที่มีความปวดระดับปานกลางอาจใช้การฉีดเข้าหลอดเลือดดำแทนซึ่งยาจะออกฤทธิ์ทันที หรือนิดเข้าทางกล้ามเนื้อจะออกฤทธิ์สูงสุด 10-90 นาที (แวนเย๊ะ, 2554) โดยผลข้างเคียงจากยาที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ แพ้ยา (Thomas, 2013)

2. ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลาง (Moderate pain; Pain score 4-6) ยาบรรเทาปวดชนิดรับประทาน ได้แก่ ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และชนิดฉีดเข้าสู่ร่างกาย ได้แก่ ยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์อ่อน (weak opioids) เช่น โคดีอิน (Codeine) ทรามาดอล (Tramadol) อธิบายไว้ ดังนี้

โคดีอิน (Codeine) หรือเมทิลมอร์ฟีน (Methylmorphine) เป็นอัลคาลอยด์ที่พบในฝิ่น ออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีนมีความแรง 1 ใน 10 ของมอร์ฟีน (วิชัยและคณะ, 2547) โคดีอินออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเซลล์เป้าหมายที่เป็นสารสื่อกลางกับตัวรับภายนอก คือ มิว-รีเซพเตอร์ (Mu-receptor) เดลตา-รีเซพเตอร์ (Delta-receptor) และแคปป์-รีเซพเตอร์ (Kappa-receptor) (Dijkstra et al., 2013) ยาจะถูกดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหาร ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก สับสน (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

ทรามาดอล (Tramadol) เป็นยาบรรเทาปวด มีกลไกการออกฤทธิ์ 2 กลไก คือ กลไกแรกจับกับตัวรับโอปิออยด์ชนิดมิว ( $\mu$ -opioid receptor) และกลไกที่สองยับยั้งการนำกลับของซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ในระบบประสาทส่วนกลาง ยามีระดับความแรงเป็น 1/20 – 1/50 ของมอร์ฟีน ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

3. ความปวดระดับรุนแรง (Severe pain; Pain score 7-10) ควรใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์แรง (strong opioids) เช่น มอร์ฟีน (Morphine) เฟนทานิล (Fentanyl) อธิบายไว้ ดังนี้

มอร์ฟีน (Morphine) เป็นยาบรรเทาปวดชนิดเฉียบพลันที่นิยมใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Thomas, 2013) ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเซลล์เป้าหมายที่เป็นสารสื่อกลางกับตัวรับภายนอก คือ มิวรีเซพเตอร์ (mu-receptor) เดลตา-รีเซพเตอร์ (Delta-receptor) และแคปป์-รีเซพเตอร์ (Kappa-receptor) (Dijkstra et al., 2013) ยาเหมาะสมสำหรับใช้บรรเทาปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรง (นุชนภา, 2556) ยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ขนาด 0.1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือประมาณ 7 มิลลิกรัมในผู้ป่วยผู้ใหญ่ (Thomas, 2013) ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ง่วงซึม กดการหายใจ (แวนเย๊ะ, 2554)

เฟนทานิล (Fentanyl) ยาบรรเทาปวดที่นิยมใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากที่สุดชนิดหนึ่ง ยามีโครงสร้างทางเคมีสัมพันธ์กับเพทิดีน (Pethidine) ซึ่งเป็นยาที่ถูกสังเคราะห์ขึ้น ออกฤทธิ์เร็วภายใน 2-3 นาที และออกฤทธิ์เร็วกว่ามอร์ฟิน 50-100 เท่า แต่มีฤทธิ์สั้น (แวนเยาะ, 2554) และเฟนทานิลไม่มีเมตาบอไลต์ของยาในรูปแบบที่มีฤทธิ์ (active metabolites) จึงเหมาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะไตวาย ผู้ป่วยหอบหืด และผู้ป่วยที่แพ้ผลข้างเคียงจากมอร์ฟิน (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554) ยาใช้ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ขนาด 1-2 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ห่างกัน 1-2 ชั่วโมง (Thomas, 2013)

นอกจากนี้ในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยผลการศึกษาศึกษาของดijkstra และคณะ (Dijkstra et al., 2013) พบว่า การใช้เฟนทานิลและมอร์ฟินให้ทางหลอดเลือดดำมีประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวดที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากเฟนทานิลมีกลไกการออกฤทธิ์ที่เร็วกว่ายาบรรเทาปวดชนิดอื่นๆ ส่วนวิชัยและคณะ (2547) พบว่า การใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ร่วมกับพาราเซตามอลหรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ จะให้ผลบรรเทาอาการปวดมากกว่าการใช้ชาชนิดใดเพียงชนิดเดียว หรือที่เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า “โดส สเปร์ริง เอฟเฟ็กต์ (dose-sparing effects)” คือ การได้ผลในการบรรเทาปวดเท่าเดิม แต่สามารถลดปริมาณการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ และลดโอกาสเสี่ยงเกิดผลข้างเคียงของยากลุ่มโอปิออยด์ลงได้

### การจัดการความปวดแบบวิธีการไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดแบบวิธีการไม่ใช้ยามีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้การรักษาแบบวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดได้ผลดียิ่งขึ้น ซึ่งไม่ใช่เพื่อทดแทนยาบรรเทาปวด แต่เป็นการรักษาแบบผสมผสานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความปวดให้ได้ผลดีกว่าการใช้ยาบรรเทาปวดเพียงอย่างเดียว (สุธิดา, 2554) ซึ่งพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมบรรเทาปวดได้อย่างอิสระ โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการปฏิบัติ และให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ และเลือกวิธีการปฏิบัติด้วยตัวเอง รวมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ (ANZCA & FPM, 2010) การจัดการความปวดแบบวิธีการไม่ใช้ยามีหลักการสำคัญ คือ การทำให้ง่ายแก่ความรู้สึกผ่อนคลาย และเกิดการเร้าอารมณ์ทางระบบควบคุมประสาทส่วนกลางในระดับสมองปิดกั้นกลไกการควบคุมประตู่ในระดับไขสันหลัง ทำให้ประตู่ปิดลงตามทฤษฎีการควบคุมประตู่ และเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยออกจากความปวดได้ นอกจากนี้ยังลดการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้มีการลดลงของออกซิเจนในร่างกาย อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความดันโลหิต และยังช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการรับรู้และอำนาจการควบคุมตัวเองอันจะเพิ่มความรู้สึกที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความปวดได้ดียิ่งขึ้น (สิรินยา, 2548) ซึ่งจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ได้เสนอว่า การจัดการความปวดที่ดีต้องประกอบด้วย

วิธีการจัดการความปวดแบบวิถีการใช้ยาและไม่ใช้ยาร่วมด้วยเสมอ (RNAO, 2007) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอการจัดการความปวดแบบวิถีไม่ใช้ยาที่เหมาะสมกับความปวดชนิดเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนี้

1. การประคบเย็น เป็นวิธีการบรรเทาปวดที่กระทำโดยตรงกับร่างกาย สามารถลดความปวด ช่วยให้อกกล้ามเนื้อคลายตัวและลดอาการบวมของตำแหน่งที่ปวดได้ วิธีการปฏิบัติโดยเริ่มจากนำเจลเย็นที่อุณหภูมิน้อยกว่า 5 องศาเซลเซียส ใส่ในถุงผ้าเพื่อป้องกันความเย็นสัมผัสกับผิวหนังโดยตรง และนำไปวางบนบริเวณที่ปวดประมาณ 20-30 นาที ทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อลดการตอบสนองของเนื้อเยื่อ (นงลักษณ์, 2556; สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552)

2. การจัดทำ เป็นวิธีการบรรเทาปวดที่กระทำโดยตรงกับร่างกาย โดยการยกอวัยวะส่วนที่ปวดให้สูงกว่าระดับหัวใจผู้ป่วย ลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป ขจัดแรงกด และความตึงกล้ามเนื้อ ช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความปวด ลดบวมและเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดได้ การจัดทำควรวางตรงตามแนวปกติของร่างกาย เช่น การยกขาที่หักวางบนหมอน (นงลักษณ์, 2556; RNAO, 2007)

3. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการใช้กระบวนการคิดและการกระทำ การสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เช่น การอยู่เป็นเพื่อน การพูดคุย การปลอบใจ การสัมผัส ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยความเต็มใจ ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด และความปวด รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น (พนิตนันท์, 2557; แวเย้าะ, 2554)

4. การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำผู้ป่วย สามารถลดความปวดและความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุความปวด และกล้าเผชิญกับความปวดได้ดียิ่งขึ้น (RNAO, 2007)

5. การฝึกหายใจ เป็นการมุ่งความสนใจผ่านประสาทสัมผัสเน้นการให้ความสนใจความตึงตัวของกล้ามเนื้อตามจังหวะการหายใจ ช่วยลดปวด เนื่องจากระบบการควบคุมการหายใจเชื่อมโดยตรงกับระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งควบคุมด้วยการเร้าทางกายภาพ การหายใจแบบช้าๆ และเป็นจังหวะสม่ำเสมอจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการตอบสนองที่ตรงข้ามกับการเกิดภาวะตึงเครียด ในการปฏิบัติให้ผู้ป่วยหลับตาอยู่ในท่าที่สบาย หายใจเข้าทางจมูกอย่างลึกและช้า แล้วค่อยผ่อนหายใจออกทางปากช้าๆ เป็นจังหวะและสม่ำเสมอ (สิรินยา, 2548; Kwekkeboom & Gretarsdottir, 2006)

สำหรับการจัดการความปวดแบบวิถีไม่ใช้ยาอาจไม่ใช่วิธีหลักในการบรรเทาปวดผู้บาดเจ็บแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่พยาบาลสามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษา

ด้วยยาบรรเทาปวด เพื่อช่วยเสริมประสิทธิภาพในการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บ และเป็นบทบาทของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติแก่ผู้ป่วยได้อย่างอิสระ (Demir, 2012) แม้ที่ผ่านมายังไม่มีหลักฐานใดระบุไว้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบวิธีการไม่ใช่ยา (ANZCA & FPM, 2010) แต่กิจกรรมที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ง่าย เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลเอาใจใส่ สามารถลดความกลัว วิตกกังวล และพฤติกรรมความปวดของผู้ป่วย รวมทั้งสร้างความมั่นใจในการรักษาแก่ผู้ป่วยมากขึ้น (Fulde & Fulde, 2014) การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม งดการใช้เสียงดัง การจัดตำแหน่งอุปกรณ์ต่อพ่วงจากร่างกายผู้ป่วย เช่น ท่อช่วยหายใจ ท่อระบายทรวงอก สายสวนต่างๆ ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมไม่ดึงรั้ง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การพูดคุยให้กำลังใจ สัมผัสปลอดภัย การดูแลสังเกตการณ์อย่างใกล้ชิด รวมทั้งการใช้เทคนิคผ่อนคลายอื่นๆ สามารถช่วยบรรเทาปวดให้ผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน (ชัชชัย, 2550; แวैयाะ, 2554)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การจัดการความปวดแบบวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดจัดเป็นเป้าหมายหลักของการบรรเทาปวดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่มีความปวดชนิดเฉียบพลันอยู่ในระดับรุนแรง (Pierix et al., 2015) จึงจำเป็นต้องได้รับการบรรเทาปวดด้วยวิธีการที่สามารถบรรเทาปวดได้รวดเร็วที่สุดก่อน ซึ่งพยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารยาบรรเทาปวดเป็นอย่างดี สามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากยาบรรเทาปวดในผู้บาดเจ็บได้ รวมทั้งสามารถจัดการจัดการความปวดแบบวิธีการไม่ใช่ยามาใช้ในการบรรเทาปวดได้ ซึ่งวิธีที่ปฏิบัติต้องสามารถทำได้ง่ายที่สุด เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การจัดสิ่งแวดล้อม การงดใช้เสียง การจัดตำแหน่งอุปกรณ์ต่อพ่วงจากร่างกายผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วย การพูดคุยให้กำลังใจ การดูแลสังเกตการณ์อย่างใกล้ชิด การสัมผัส การปลอดภัย และการใช้เทคนิคผ่อนคลายอื่นๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้บาดเจ็บเกิดความมั่นใจในการรักษาสามารถลดความกลัว วิตกกังวล และพฤติกรรมของความปวดลงได้ (Fulde & Fulde, 2014) ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดทั้งแบบวิธีการใช่ยาและไม่ใช่ยาที่เพียงพอสำหรับการดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

### **3.2. การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้บาดเจ็บและครอบครัว**

การให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้บาดเจ็บและครอบครัวผู้บาดเจ็บเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญ ช่วยให้ผู้บาดเจ็บและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ ยอมรับต่อปัญหาความปวดที่เกิดขึ้นได้ และมีวิธีการรับมือกับอาการปวดได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากความปวดเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันกะทันหัน โดยเฉพาะในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ ซึ่งเกือบทั้งหมดของผู้บาดเจ็บต้องประสบกับความปวด และมักจะเป็นความปวดในระดับปานกลางจนถึงรุนแรง (Pierik et al., 2015)

ซึ่งการเผชิญความปวดของผู้บาดเจ็บแต่ละรายแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยรวมทั้งประสบการณ์ความปวดเดิม ซึ่งผู้บาดเจ็บบางคนเคยมีประสบการณ์ความปวดมาก่อนก็อาจมีวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเอง แต่ผู้บาดเจ็บหลายคนที่ไม่เคยมีประสบการณ์ความปวดมาก่อน ก็อาจไม่อดทนต่อระดับความปวดที่รุนแรงหรือไม่มีวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสม และหลายครั้งจึงพบว่า ผู้บาดเจ็บนำวิธีการจัดการความปวดมาปฏิบัติได้ไม่เหมาะสมและถูกต้อง สร้างความกลัว ความวิตกกังวลให้กับผู้บาดเจ็บ และอาจส่งผลกระทบต่อระดับความปวดเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาล ควรเปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บและและญาติได้มีโอกาสให้การปรึกษา มีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ เพื่อเลือกวิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสม ซึ่งการศึกษาของโซอิกาและคณะ (Zoega et al., 2015) เกี่ยวกับคุณภาพการจัดการความปวดในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาความปวดมีความสัมพันธ์ต่อความปวดที่ดีขึ้น นอกจากนี้ผู้บาดเจ็บบางคน อาจมีความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดที่ไม่เหมาะสม เช่น การปฏิเสธยามอร์ฟิน เพราะกลัว ติดยาหรืออบาปที่ใช้ยาดังกล่าวโดยคิดว่าเป็นสารเสพติด หรือการปฏิเสธยากลุ่มอะซีตามิโนเฟนและ ยินยอมที่จะทนความปวด ทั้งนี้เนื่องจากกลัวยาบรรเทาปวดจะปิดกั้นอาการปวด ทำให้แพทย์ วินิจฉัย ไม่ถูกต้อง (Lecomte, et al., 2014)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับความปวดเป็นวิธีการ ช่วยเหลือให้ผู้บาดเจ็บและครอบครัวมีแนวทางการจัดการความปวดที่เหมาะสม สามารถลด ความกลัว วิตกกังวล และสนับสนุนให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 3.3. การส่งเสริมผู้บาดเจ็บให้มีวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเอง

การจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้บาดเจ็บเมื่อต้องรับรู้และเผชิญกับความปวด ของแต่ละคนย่อมมีกลไกการปรับตัวและการตอบสนองต่อการจัดการกับความปวดที่แตกต่าง ซึ่ง อมรพันธุ์ (2549) ได้ให้ความหมายของการจัดการความปวดด้วยตนเอง หมายถึง วิธีการที่ผู้บาดเจ็บ ใช้จัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน โดยอาจเป็น วิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาก็ได้ และคอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้กล่าวถึงการจัดการกับ อาการไว้ว่า การที่ผู้ป่วยปฏิบัติวิธีการต่างๆเมื่อเกิดอาการขึ้น เพื่อการบรรเทาหรือขจัดอาการปวด นั้นๆ ทั้งนี้องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการจัดการกับอาการที่สำคัญ ได้แก่

1. ด้านบุคคล (person domain) ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะ ทางด้านจิตใจ ลักษณะทางสังคม และลักษณะสรีรวิทยา
2. ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (health and illness domain) ได้แก่ ปัจจัย เสี่ยงต่างๆ ทางสุขภาพ โรค อุบัติเหตุ และพิการไร้ความสามารถ ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่ออาการ การรักษา และผลลัพธ์ที่ตามมา

3. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บริเวณรอบบ้าน โรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และลักษณะทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ การให้คุณค่า ค่านิยมต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วย การเลือก และตัดสินใจการรักษา

ซึ่งในกระบวนการส่งเสริมการจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้บาดเจ็บ พยาบาลอาจต้องคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญดังกล่าว เพื่อให้การส่งเสริมการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม สำหรับวิธีการส่งเสริมหรือกลยุทธ์การจัดการความปวดจัดเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้บาดเจ็บ ซึ่งผู้บาดเจ็บบางคนพยายามแสวงหาวิธีการรักษาแต่บางคนอาจเลือกที่จะอยู่เฉยๆ (อมรพันธุ์, 2549) และจากการศึกษาของอนงค์ (2544) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยแผลไหม้ ในการจัดการความปวดด้วยตนเอง และทีมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองตามความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ที่ผ่านมา เช่น ผู้ที่มีความเชื่อในหลักธรรมคำสอนทางศาสนาและยึดถือศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เมื่อนำศาสนามาใช้จัดการความปวด ย่อมเชื่อว่าศาสนาทำให้เกิดความสบายใจ และเพิ่มความสามารถในการอดทนต่อความปวดมากขึ้น เช่นในศาสนาพุทธได้นำการกำหนดลมหายใจ การทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ การปลง และบางคนเชื่อในเรื่องผลกรรม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยกำหนดความคิดให้สนใจหรือสงบนิ่งอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งและหันเหความสนใจออกจากความปวดที่เผชิญอยู่ หรือที่เรียกว่าการเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) ได้ นอกจากนี้ผู้บาดเจ็บหลายรายอาจใช้วิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองที่แตกต่างกันไป เช่น การอดทนนอนนิ่งๆ เป็นวิธีที่ช่วยลดสิ่งรบกวนความปวด การพูดคุยสนทนาเป็นวิธีการบรรเทาปวดแบบเบี่ยงเบนความสนใจ การร้องไห้ ช่วยลดแรงกดดันทางอารมณ์ ผ่อนคลายความเครียด และแสดงออกถึงความทุกข์ทรมาน ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากคนรอบข้าง รับรู้ต่อความรักและห่วงใย และเกิดพลังใจในการเผชิญความปวดได้ดีขึ้น วิธีการสั้นๆ-สั้นๆ มีหลักการคือ การกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่เป็นผลให้เกิดการกระตุ้นเซลล์เอสจี ทำให้ยับยั้งการส่งประสาทความปวดไปยังสมองตามทฤษฎีควบคุมประตู (อนงค์, 2544)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การจัดการความปวดด้วยตนเองของผู้บาดเจ็บอาจแตกต่างกันไปตามการรับรู้ส่วนบุคคล ประสบการณ์ และความเชื่อ ซึ่งในฐานะพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญและใกล้ชิดกับผู้บาดเจ็บมากที่สุด พยาบาลควรมีวิธีการจัดการความปวดในรูปแบบต่างๆ การยอมรับและเข้าใจในความต่างระหว่างบุคคล เคารพการตัดสินใจและการเลือกวิธีการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บ โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและข้อมูลที่ถูกต้อง คอยสนับสนุนให้กำลังใจ เมื่อผู้บาดเจ็บสามารถจัดการความปวดด้วยตนเองได้

### 3.4. การวางแผนและพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดผู้ป่วย

การจัดการความปวดเป็นสิทธิของผู้บาดเจ็บทุกคนพึงได้รับการรักษาและพยาบาลควรคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย โดยให้การดูแลจัดการความปวดอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดให้ลดลงมากที่สุดและพึงพอใจต่อการบริการรักษาพยาบาลควรคำนึงถึงหลักของการจัดการความปวดที่สำคัญ ดังนี้ (McCaffery, 1990 อ้างตามใน อนงค์, 2544)

1. การจัดการความปวดควรใช้หลายๆ วิธี
2. การจัดการความปวดควรกระทำก่อนที่ผู้ป่วยจะปวดมากขึ้น
3. การวางแผนการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย
4. การพิจารณาเลือกวิธีการจัดการความปวดควรคำนึงถึงความสามารถหรือความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วย
5. พยาบาลเป็นผู้ฟังที่ดี เมื่อผู้ป่วยบอกระดับความปวดของตน
6. ตระหนักถึงความต่างในระดับความปวดของบุคคลว่าแตกต่างกัน
7. สนับสนุนให้ผู้ป่วยพยายามใช้วิธีการจัดการความปวดมากกว่าหนึ่งครั้ง เพราะการจัดการความปวดเพียงครั้งเดียวอาจยังไม่เห็นผล

สรุปได้ว่า การวางแผนและพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ แม้จะเป็นเพียงความปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ แต่การจัดการความปวดผู้ป่วยที่ได้การวางแผนเป็นอย่างดี ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นสรุปสมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้ป่วยได้ว่า การที่พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการพยาบาลในด้านการจัดการความปวดผู้ป่วยเป็นอย่างดี ตั้งแต่การระบุนวิธีการรักษา การให้ข้อมูลและคำปรึกษาความปวด การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการความปวดด้วยตนเองได้ รวมทั้งสามารถวางแผนและพัฒนารูปแบบการจัดการความปวด ย่อมส่งผลให้การจัดการความปวดผู้ป่วยนั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้บาดเจ็บได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสมและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ



#### 4. สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง

สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง หมายถึง การมีความรู้ ทักษะคิด และการมีทักษะพื้นฐาน ในติดตามประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด การเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวดและการบาดเจ็บ รวมถึงการเข้าใจในบทบาทหน้าที่ การจัดการความปวดผู้บาดเจ็บทั้งของพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการ ติดตามประเมิน ความปวดอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความ ปวดผู้บาดเจ็บ ซึ่งประกอบด้วย 2 สมรรถนะย่อย ดังนี้

##### 4.1. การเฝ้าระวังและติดตามความปวดอย่างต่อเนื่อง

การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดจัดเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญของ กระบวนการพยาบาล แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บของพยาบาล และ สามารถนำผลลัพธ์ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น สำหรับการเฝ้าระวังและติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่สำคัญตามแนวทางของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศอังกฤษ (CEM, 2014) ได้กำหนด ดังนี้ ผู้ที่มีความปวดระดับรุนแรง (Pain scale 7-10) ควรได้รับการประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับยา บรรเทาปวดภายใน 30 นาที ส่วนผู้ที่มีความปวดระดับปานกลาง (Pain scale 4-6) ควรได้รับการ ประเมินความปวดซ้ำหลังได้รับยาบรรเทาปวดภายใน 30-60 นาที และผู้ที่มีความปวดระดับเล็กน้อย (Pain scale 1-3) และผู้ที่ไม่มีความปวด ควรได้รับการประเมินความปวดซ้ำภายใน 60 นาที สอดคล้องกับนงลักษณ์ (2556) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ จัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บ กล่าวว่า ผู้บาดเจ็บที่ได้รับการยาบรรเทาปวดกลุ่ม โอปิออยด์ ควรได้รับการประเมินความปวดซ้ำภายใน 30 นาที พร้อมกับประเมินระดับความรู้สึกตัว (sedation) และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา และหากพบว่าผู้บาดเจ็บมีอาการปวดไม่ทุเลาลงหรือปวดเพิ่มขึ้น พยาบาลควรรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาหรือตัดสินใจปรับขนาดยาให้เหมาะสม นอกจากนี้พยาบาล ควรลงบันทึกผลการจัดการความปวดที่เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ถูกต้อง และครอบคลุม ทั้ง ระดับความปวด วิธีการจัดการความปวด และระดับความปวดที่ประเมินซ้ำ ซึ่งจะช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพในการจัดการความปวดและการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ (นุชนภา, 2556)

ดังนั้นสรุปได้ว่า การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดเป็นสิ่งสำคัญในขั้นตอน สุดท้ายที่พยาบาลมีอาจจะเลยได้ ซึ่งพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดผู้บาดเจ็บอย่างเคร่งครัด

#### 4.2. อธิบายบทบาทการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพและสาขาวิชาชีพ

พยาบาลถือเป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมีบทบาทสำคัญในการดูแลความปวดผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมินความปวด การวางแผน การปฏิบัติการจัดการความปวด และการติดตามประเมินผล รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ การสอนแก่ผู้ป่วย อาจเป็นที่ปรึกษาให้แก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทั่วไป และเป็นผู้วิจัยในการพัฒนาองค์ความรู้และงานการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพโดยอาศัยกระบวนการวิจัย (วงจันทร์, 2550) ซึ่งพยาบาลควรมีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลจัดการความปวดผู้ป่วย (สุนันทา, 2546) ดังนี้

1. พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยยอมรับว่าความปวดเกิดจากปัจจัยด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
2. การดูแลผู้ป่วยต้องดูแลร่วมกันเป็นทีม ทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย เพราะการจัดการความปวดต้องทำไปพร้อมกับการรักษาโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งการดูแลปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคมของผู้ป่วยควบคู่กัน
3. ในการประเมินความปวด พยาบาลต้องเชื่อสิ่งที่ผู้ป่วยบอกร่วมกับสังเกตอาการหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ประเมินตำแหน่ง ความรุนแรง ลักษณะอาการ และผลการบำบัดความปวดที่ผ่านมา ตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อความปวดและการรักษา
4. การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ต้องรวมถึงการจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาร่วมด้วย เช่น การให้ความรู้ การประคบเย็น การเบี่ยงเบนความสนใจ
5. ติดตามประเมินผลผลลัพธ์การจัดการความปวดด้วยความเอาใจใส่ ค้นหาสาเหตุที่ทำให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ รายงานแพทย์เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนเป็นคนกลางในการเจรจาต่อรองแพทย์
6. ศึกษาติดตามข้อมูลความรู้ทั้งทฤษฎีและการปฏิบัติใหม่ๆ ตลอดจนผลงานวิจัยเกี่ยวกับความปวดเพิ่มเติมอยู่เสมอ และนำความรู้มาพัฒนาศักยภาพในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น พัฒนาทักษะการสื่อสาร เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในทีมสุขภาพและผู้ป่วย เพื่อความร่วมมือที่ดีต่อกัน
7. ให้การจัดการความปวดผู้ป่วย โดยคำนึงสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมในการจัดการความปวด ดังนี้

7.1. การจัดการความปวดต้องช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความปวดให้น้อยที่สุด โดยเชื่อว่าผู้ป่วยปวดจริงให้การจัดการความปวดตั้งแต่เริ่มปวดโดยไม่รอให้ปวดมากขึ้น หรือไม่ตัดสินใจว่าผู้ป่วยไม่อดทนหรือเรียกร้องความสนใจ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเอาใจใส่ หรือยั่วยุให้ผู้ป่วยต้องยอมรับว่า ตนเองอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องปวดจึงต้องทนปวด

7.2. หลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้บาดเจ็บได้รับอันตรายจากการกระทำของ

พยาบาล

7.3. ดูแลป้องกันไม่ให้ผู้บาดเจ็บได้รับความเดือดร้อนจากบุคคลอื่น เช่น ไม่ให้ญาติรบกวนขณะผู้บาดเจ็บนอนหลับ หรือเคลื่อนย้าย ฯลฯ

7.4. ยอมรับสิทธิความเป็นบุคคลของผู้บาดเจ็บ และดูแลแบบองค์รวม รับฟังปัญหาและข้อเรียกร้องของผู้บาดเจ็บ ให้ผู้บาดเจ็บมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาและรักษาความลับ

7.5. ให้การดูแลผู้บาดเจ็บอย่างยุติธรรม ไม่ทอดทิ้งให้อยู่กับความปวดอย่างทุกข์ทรมานจนเกิดความรู้สึกหมดที่พึง ไม่เพิกเฉยต่อการขอความช่วยเหลือ ไม่เพิ่มความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของผู้บาดเจ็บโดยไม่จำเป็น

นอกจากนี้ในการดูแลจัดการความปวดผู้บาดเจ็บร่วมกันเป็นทีม แต่ละวิชาชีพต่างมีบทบาทหน้าที่ภายในทีมที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสรุปพอสังเขปได้ดังนี้

บทบาทของแพทย์ที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินความปวด การวินิจฉัยปัญหา การรักษาโรค การให้ยาบรรเทาอาการปวด และติดตามผลการรักษา (MOH, 2013)

บทบาทของนักกายภาพบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การค้นหาปัญหาความปวดที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย (MOH, 2013)

บทบาทของพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การทำหน้าที่เป็นคนกลางในการประสานงานระหว่างในทีมสุขภาพระหว่างแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพ และอื่นๆ ทำหน้าที่ในการรับคำสั่งการรักษาจากแพทย์ เช่น การ ให้ยา และการรักษาบางอย่าง รวมทั้งช่วยวางแผนการจัดการความปวดที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ เพื่อการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และมั่นใจในบทบาทการดูแล (สุนันทา, 2546) นอกจากนี้พยาบาลต้องทำหน้าที่ในการสื่อสารและประสานงานและพฤติกรรมบริการที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับภาวะกดดันต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ เช่น มีความเครียด ความต้องการ ความคาดหวังสูง เอะอะโวยวาย คумสติไม่อยู่ จึงต้องใช้ทักษะการสื่อสารและประสานที่ดี (มาลี, 2557)

ซึ่งบทบาทและขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องทราบและสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และคงไว้ซึ่งมาตรฐานการบริการพยาบาลที่ดี ซึ่งในกระบวนการดูแลจัดการความปวดผู้บาดเจ็บนั้น พยาบาลมีอาจดูแลจัดการความปวดผู้บาดเจ็บได้เพียงลำพังจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ซึ่งบุคลากรเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บทั้งสิ้น ซึ่งการเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองและวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

รวมไปถึงการให้ความร่วมมือ ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกในทีม ย่อมส่งผลต่อการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า สมรรถนะด้านการติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดที่มีคุณภาพ นอกจากผู้บาดเจ็บจะได้รับการบรรเทาอาการความปวดลดลง ผู้บาดเจ็บจะต้องไม่เกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากยาบรรเทาปวด ซึ่งสิ่งสำคัญคือ พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่เพียงพอทั้งในเรื่องความปวดและเภสัชจลศาสตร์ของยาบรรเทาปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรมีความรู้พื้นฐานในการประเมิน การติดตาม และเฝ้าระวังผู้บาดเจ็บอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การบริหารจัดการความปวดมีประสิทธิภาพ และสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด (อนงค์, 2544) และภายหลังการประเมินความปวด ถ้าพบว่า ความปวดของผู้บาดเจ็บไม่ทุเลาลง พยาบาลควรมีการรายงานแพทย์และการจัดการความปวดแบบวิธีการไม่ใช่ยาแก่ผู้บาดเจ็บ พร้อมทั้งลงบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้ง (CEM, 2014)

สรุปได้ว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บควรประกอบด้วย 4 สมรรถนะหลักที่สำคัญ ได้แก่ สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ และสมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง และมี 15 สมรรถนะย่อย ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาและกำหนดสมรรถนะดังกล่าวขึ้นเพื่อมุ่งเน้นให้พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีสมรรถนะที่เพียงพอและเหมาะสมสำหรับการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บและเป็นการพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

### **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ**

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ แต่สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเบื้องต้น 2 ปัจจัย ได้แก่ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิภาพอบรมของพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้นได้ และเพื่อพิสูจน์ว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บอย่างแท้จริงอธิบายได้ดังนี้

## 1. ประสพการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจัดเป็นกลุ่มงานบริการสุขภาพมีลักษณะเฉพาะที่ต้องอาศัยประสพการณ์ปฏิบัติงานและระยะเวลาในการปฏิบัติงานพอควร อันก่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ ความชำนาญ และความมั่นใจในการให้บริการผู้ป่วย (เบญจพร, 2550) ประสพการณ์ปฏิบัติงานถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสมรรถนะที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสพการณ์หรือระยะเวลาปฏิบัติงานมาก ย่อมมีโอกาสเรียนรู้ ทำความเข้าใจและมองปัญหาต่างๆ ได้ชัดเจนมากขึ้น ช่วยพัฒนาความคิด ความกล้าในการเผชิญปัญหา กล้าตัดสินใจ มีความเชื่อมั่น มีเหตุผล มีความรอบคอบ เข้าใจสภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จและส่งผลต่อการมีสมรรถนะที่สูงขึ้น (นารี, 2543; วันทนา, 2545) ซึ่งกรองไค (2554) กล่าวว่า พยาบาลที่มีประสพการณ์ระหว่าง 1 ปี 1-3 ปี 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปี ย่อมมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน และจากหลายงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ประสพการณ์การปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลที่มีประสพการณ์มากจะยังมีสมรรถนะที่สูงขึ้น (นกกานต์, 2553; นารี, 2543) จากการศึกษาของวันทนา (2545) พบว่า ประสพการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 15 ปี มีค่าเฉลี่ยระดับสมรรถนะสูงกว่าพยาบาลที่มีประสพการณ์การปฏิบัติงาน 1-5 ปี และ 6-10 ปี เช่นเดียวกับบุญญาภัทร (2554) พบว่า พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฯ ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 10 ปีขึ้นไป จะเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น เกิดความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและลักษณะของผู้ป่วย สามารถรับรู้ถึงการแสดงบทบาทของตนเองต่อการจัดการความปวดให้กับผู้ป่วยภายใต้กรอบของวิชาชีพและนโยบายที่องค์กรกำหนดได้ และนิภา (2554) พบว่า ประสพการณ์ในการปฏิบัติงานตั้งแต่ช่วง 3-5 ปี จะทำให้พยาบาลได้เรียนรู้ระบบงานและวิธีการปฏิบัติงานจนเกิดความรู้ ชำนาญ ความเชื่อมั่นในระบบการทำงาน เกิดการสั่งสมประสพการณ์ และการปรับตัวต่อระบบการทำงานได้ดี และฟองทิพย์ (2552) พบว่า การที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีประสพการณ์ปฏิบัติงานและการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง นอกจากช่วยบรรเทาความปวดผู้ป่วยให้ลดลงแล้วยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอีกด้วย ซึ่งช่วยการันตีถึงคุณภาพของการจัดการความปวด ดังนั้น การศึกษาวิจัยด้านประสพการณ์การปฏิบัติงานพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้วิจัยเชื่อว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถนำไปศึกษาเพื่อส่งเสริมและพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บในระดับที่สูงขึ้น

## 2. ประสพการณ์การอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด

การอบรมถือเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางเหมาะสมตามความต้องการขององค์กร และช่วยให้การปฏิบัติงานนั้นมีประสิทธิภาพ (ฟองทิพย์, 2552; สุริรัตน์, 2557) และการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องอาศัยความรู้และทักษะอย่างเพียงพอในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความหลากหลายและซับซ้อน (นภกานต์, 2553) ซึ่งการอบรมช่วยให้พยาบาลเข้าใจในบทบาทของตนเองและความต้องการขององค์กรมากขึ้น สามารถปฏิบัติงานที่ตนรับผิดชอบได้อย่างมั่นใจ เกิดประสิทธิภาพ และส่งผลให้มีระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่สูงขึ้น (นงนุช, 2550) ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ประสพการณ์การอบรมมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เช่น นภกานต์ (2553) พบว่า การอบรมพัฒนาความรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง ส่วนบุญญาภัทร (2554) พบว่า พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุที่ไม่เคยผ่านการอบรมด้านความรู้การจัดการความปวดและการทำแผลที่ถูกต้องมาก่อน จะทำให้พยาบาลขาดความมั่นใจหรือสมรรถนะในการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมด้านการจัดการความปวด ย่อมจะมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการปฏิบัติกรพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวดได้ดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากขึ้น (ฟองทิพย์, 2552) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนารี (2543) พบว่า การอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเรื่องที่พยาบาลได้รับการอบรมไม่ตรงกับงานที่ปฏิบัติ ทำให้ไม่สามารถนำมาพัฒนาสมรรถนะได้ ข้อจำกัดการพิจารณาส่งบุคลากรเข้าอบรม และศึกษาประสพการณ์การอบรมของกลุ่มตัวอย่างย้อนหลังเพียง 1 ปีเท่านั้น จึงไม่อาจอ้างถึงพยาบาลทั้งหมดได้ ส่วนวันทนา (2545) เปรียบเทียบการฝึกอบรมกับกลุ่มที่ไม่มีกรฝึกอบรมกับระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจากการประเมินความคิดเห็นในเรื่องระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่ได้เป็นการประเมินความสามารถโดยตรง และแบบสอบถามได้กล่าวถึงสมรรถนะในด้านต่างๆ ที่จะทำให้ประสพความสำเร็จในการปฏิบัติงาน โดยสมรรถนะข้อต่างๆ กลุ่มตัวอย่างอาจมีหรือไม่มีก็ได้ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยด้านประสพการณ์การอบรมของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้วิจัย

เชื่อว่า การได้รับการอบรมในด้านการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องจะเป็นปัจจัยที่สำคัญสามารถนำไปใช้ศึกษา เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บในระดับที่สูงขึ้น

ดังนั้นสรุปได้ว่า ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิภาพอบรมของพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด เป็นต้น

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิภาพการอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 6 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยมีพยาบาลวิชาชีพทั้งสิ้น จำนวน 203 คน (ข้อมูลเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558)

##### กลุ่มตัวอย่าง

คือ พยาบาลวิชาชีพ โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ที่กำลังปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีประสบการณ์ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และมีความยินดีร่วมการวิจัยครั้งนี้

##### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติ (power analysis) ของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ( $\alpha = 0.05$ ) อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.25 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดต่ำในการศึกษาหาความสัมพันธ์ในวิจัยทางการพยาบาล เนื่องจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา



ไม่พบการศึกษาในลักษณะเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ และจากการเปิดตารางที่ 17.7 (Polit & Beck, 2012: 425) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ผู้วิจัยจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 150 คน ดังตาราง 3

ตาราง 3

จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อจำแนกแต่ละโรงพยาบาลศูนย์

โรงพยาบาลศูนย์	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. โรงพยาบาลยะลา	38	27
2. โรงพยาบาลหาดใหญ่	47	35
3. โรงพยาบาลตรัง	30	23
4. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	29	21
5. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	37	27
6. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	22	17
รวมทั้งสิ้น	203	150

การเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยวางแผนเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบจับฉลาก แต่ขณะนั้นประชากรที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวนใกล้เคียงกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการจะศึกษา ผู้วิจัยจึงใช้การเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด และได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 175 คน โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีความยินดีร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามและแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อวัดตัวแปรในการศึกษา ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วย โดยมิเกณฑ์การสร้างเครื่องมือและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขต โครงสร้างเนื้อหาที่จะสร้างแบบสอบถามและแบบประเมินรวมทั้งตัวแปรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

3. ดำเนินการสร้างและพัฒนาแบบสอบถามและแบบประเมินตามคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้

ซึ่งแบบสอบถามและแบบประเมินมีรายละเอียด ดังนี้

แบบสอบถามตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพพยาบาล (ให้ระบุ จำนวนปี และเดือน) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ให้ระบุ จำนวนปีและเดือน) ประสบการณ์การศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล (ถ้ามีให้ระบุ วุฒิกการศึกษา สาขา สถานที่ศึกษา ปีการศึกษาที่จบ และระยะเวลาในศึกษา) และประสบการณ์การอบรมเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยหรือการจัดการความปลอดภัย (ถ้ามีให้ระบุ หัวข้อการอบรม ปีพ.ศ.ที่อบรม และจำนวนชั่วโมง)

แบบประเมินตอนที่ 2 เป็นประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ จำนวน 67 ข้อ ภายใต้อายุ 4 สมรรถนะหลัก ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปลอดภัย จำนวน 17 ข้อ 2) สมรรถนะด้านการประเมินความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ จำนวน 18 ข้อ 3) สมรรถนะด้านการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ จำนวน 23 ข้อ และ 4) สมรรถนะด้านการติดตามความปลอดภัยผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง จำนวน 9 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือขึ้นจากศึกษารอบแนวคิดสมรรถนะเฉพาะงานของพยาบาลอุบัติเหตุในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุของกรองไค (2554) และสมรรถนะหลักในการจัดการความปลอดภัยของฟิชแมนและคณะ (Fishman et al., 2013) โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างระดับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ตรงกับความเป็นจริง และแบ่งคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับของลิเคอร์ท (Likert Scale) ดังนี้

- ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นไม่ได้เลย
- ระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับน้อย
- ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับปานกลาง
- ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับมาก
- ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับมากที่สุด

การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม โดยการจัดระดับมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามหลักสถิติคำนวณหาอัตราภาคขั้นคือ พิสัย (ชูศรี, 2544) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{พิสัย} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = 0.80 \end{aligned}$$

กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ระดับคะแนนเฉลี่ย	สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4.21 - 5.00	แสดงว่า มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงมาก
3.41 - 4.20	แสดงว่า มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง
2.61 - 3.40	แสดงว่า มีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง
1.81 - 2.60	แสดงว่า มีสมรรถนะอยู่ในระดับต่ำ
1.00 - 1.80	แสดงว่า มีสมรรถนะอยู่ในระดับต่ำมาก

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

หลังจากเครื่องมือผ่านการตรวจสอบแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความปวด จำนวน 2 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของแบบสอบถาม นำไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของคำถามรายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 0.76 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI/UA) เท่ากับ 0.80 ซึ่งแยกเมล (Yaghmale, 2003) กำหนดค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ที่ยอมรับได้ คือ 0.75 ขึ้นไป ร่วมกับความ คิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และการตรวจสอบแต่ละข้อคำถามใช้การพิจารณาใน 4 ประเด็น ได้แก่ ความสอดคล้อง (relevance) ความชัดเจน (clarity) ความง่าย (simplicity) และความกำกวม (ambiguity) เป็นต้น ซึ่งข้อคำถามจะต้องผ่านเกณฑ์การพิจารณาระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อยระดับ 3 และ 4 และผู้ทรงคุณวุฒิสามารถเสนอความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับแก้ การเพิ่ม หรือตัดข้อคำถามทิ้งได้ โดยมีรายละเอียดความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

### ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1

แบบสอบถาม ตอนที่ 1 : คำถามข้อหัวที่ 5 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้ควรแยกคำถาม ด้านการศึกษาเฉพาะทางการพยาบาลเป็นอีกหนึ่งคำถาม โดยไม่รวมกับคำถามด้านระดับการศึกษา และหัวข้อที่ 9 ไม่ควรจำกัดระยะเวลาการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือการจัดการความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างเพียง 3 ปี แต่ควรนับทุกครั้ง ที่กลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับการอบรม

แบบประเมิน ตอนที่ 2 : ข้อคำถามคงเดิม

### ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 2

แบบสอบถาม ตอนที่ 1 : ข้อคำถามคงเดิม

แบบประเมิน ตอนที่ 2 : ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่า คำถามบางข้อยังไม่ชัดเจน กำกวม ไม่จำเพาะต่อสมรรถนะที่ศึกษา และบางข้อมีหลายประเด็นคำถาม ยกตัวอย่าง เช่น คำถามข้อที่ 23

“เมื่อผู้ป่วยเข้ามาถึงแผนกอุบัติเหตุฯ ท่านประเมินความปลอดภัยและแยกประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วนในทันที” ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้ปรับคำถามใหม่ให้สอดคล้องกับสมรรถนะที่ศึกษามากขึ้น ดังนี้

“ท่านประเมินความปลอดภัย (Triage Pain) กับผู้ป่วยที่เข้ามาแผนกอุบัติเหตุฯ ทุกราย”

“เมื่อท่านประเมิน Triage Pain พบว่า ผู้ป่วยมีความปวดระดับรุนแรง (NRS 9) แสดงว่า เป็นผู้ป่วยประเภท 2 และต้องช่วยเหลือภายใน 10 นาทีในการประเมินความปลอดภัยได้”

ทั้งนี้เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจน เข้าใจได้ง่ายขึ้น ผู้ทรงคุณวุฒิได้ปรับคำถามทั้งหมด 18 ข้อ และมีคำถามใหม่เพิ่มขึ้น 5 ข้อ โดยไม่มีการตัดคำถามออก

### ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 3

แบบสอบถาม ตอนที่ 1 : ข้อคำถามคงเดิม

แบบประเมิน ตอนที่ 2 : ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่า คำถามยังไม่ชัดเจน บางคำถามไม่สอดคล้องกับการศึกษาความปลอดภัยชนิดเฉียบพลันหรือบริบทของแผนกอุบัติเหตุฯ คำถามมีหลายประเด็นคำถามในข้อเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น คำถามข้อที่ 24

“ท่านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินความปลอดภัยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินแต่ละชนิดเป็นอย่างดี” ผู้ทรงคุณวุฒิได้ปรับคำถามใหม่ให้ชัดเจนมากขึ้น ดังนี้

“ท่านสามารถใช้เครื่องมือ VAS ในการประเมินความปวดได้”

“ท่านสามารถใช้เครื่องมือ NRS ในการประเมินความปวดได้”

“ท่านสามารถใช้เครื่องมือ BPS ในการประเมินความปวดได้”

โดยได้เสนอและปรับคำถามทั้งหมด 49 ข้อ โดยมีคำถามใหม่เพิ่มขึ้น 2 ข้อ และตัดคำถามออก 4 ข้อ

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งการแก้ไขปรับปรุงตามผู้ทรงคุณวุฒิมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 8 ข้อ
ได้ปรับปรุง ดังนี้	
ปรับรูปแบบคำถาม	จำนวน 1 ข้อ
เพิ่มคำถาม	จำนวน 1 ข้อ
ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วย	จำนวน 62 ข้อ
ได้ปรับปรุง ดังนี้	
2.1. สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด	จำนวน 20 ข้อ
ปรับรูปแบบคำถาม	จำนวน 12 ข้อ
เพิ่มคำถาม	จำนวน 1 ข้อ
ตัดคำถาม	จำนวน 4 ข้อ
2.2. สมรรถนะการประเมินความปวดผู้ป่วย	จำนวน 19 ข้อ
ปรับรูปแบบคำถาม	จำนวน 15 ข้อ
เพิ่มคำถาม	จำนวน 4 ข้อ
ตัดคำถาม	จำนวน 5 ข้อ
2.3. สมรรถนะการจัดการความปวดผู้ป่วย	จำนวน 21 ข้อ
ปรับรูปแบบคำถาม	จำนวน 12 ข้อ
เพิ่มคำถาม	จำนวน 6 ข้อ
ตัดคำถาม	จำนวน 4 ข้อ
2.4. สมรรถนะการติดตามความปวดผู้ป่วยต่อเนื่อง	จำนวน 7 ข้อ
ปรับรูปแบบคำถาม	จำนวน 4 ข้อ
เพิ่มคำถาม	จำนวน 2 ข้อ
ตัดคำถาม	จำนวน 0 ข้อ

ดังนั้น ในการศึกษาคั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 9 ข้อ
ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ	จำนวน 67 ข้อ
2.1. สมรรถนะความรู้พื้นฐานความปวด	จำนวน 17 ข้อ
2.2. สมรรถนะการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ	จำนวน 18 ข้อ
2.3. สมรรถนะการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ	จำนวน 23 ข้อ
2.4. สมรรถนะการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง	จำนวน 9 ข้อ

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดสอบความเข้าใจในข้อคำถาม รวมทั้งระยะเวลาที่ใช้ตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 31 คน ซึ่งบุญใจ (2553) กล่าวว่าไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างควรมีจำนวนไม่น้อยกว่า 30 คน เพราะกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กเกินไปจะทำให้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีความคลาดเคลื่อนสูงได้ และกำหนดค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70 ขึ้นไป (บุญใจ, 2553) ซึ่งคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.96 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้เก็บจริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนคั้งนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ทั้ง 6 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการเข้าเก็บข้อมูล

## 2. ขั้นตอนดำเนินการเก็บข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเดินทางเข้าพบกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเก็บข้อมูล และขออนุญาตระหัดความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยเริ่มเก็บข้อมูลทันทีเมื่อได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยมอบแบบสอบถามพร้อมใบการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง และให้ระยะเวลาตอบแบบสอบถาม 1 สัปดาห์ ชี้แจงสถานที่เก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาลศูนย์ ในการช่วยเก็บรวบรวมแบบสอบถามไว้ให้ และได้นัดแนะวัน เวลาที่เข้ามาเก็บแบบสอบถาม หรือบางโรงพยาบาลศูนย์ใช้วิธีการส่งไปรษณีย์กลับมายังผู้วิจัย
4. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 175 ฉบับ โดยใช้ระยะเวลาเก็บแบบสอบถามทั้งสิ้น 17 วัน ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2559 ถึง 17 กันยายน 2559 ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 172 ฉบับ (ร้อยละ 98.28) หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และคัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก จำนวน 7 ฉบับ (ร้อยละ 4.00) ซึ่งได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ทั้งสิ้น จำนวน 165 ฉบับ สำหรับนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยทำหนังสือพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และการนำประโยชน์ไปใช้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และเมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้วสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

โดยไม่มีผลกระทบใดใด ต่อกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น พร้อมทั้งให้คำรับรองกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติข้อมูลแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วย โดยใช้สถิติข้อมูลแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วย กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

3.1. ประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) เนื่องจากตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ ตัวแปรทั้งสองมีค่าต่อเนื่อง มีค่าในมาตรวัดระดับช่วง (Interval Scale) และมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

3.2. ประสิทธิภาพอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน แรงค์ (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากตัวแปรต้นเป็นตัวแปรที่มีค่าในมาตรวัดระดับเรียงอันดับ (Ordinal Scales) และมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ



## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปราย

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิภาพอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 165 คน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ทั้ง 6 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิภาพอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

### ตาราง 4

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ( $N = 165$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	(Min = 23, Max = 58, $M = 36.12$ , $SD = 9.43$ )	
20 - 30	63	38.18
31 - 40	60	36.36
41 - 50	19	11.52
51 - 60	23	13.94
เพศ		
หญิง	137	83.03
ชาย	28	16.97
ศาสนา		
พุทธ	126	76.36
อิสลาม	39	23.64
สถานภาพสมรส		
โสด	91	55.15
สมรส	67	40.61
หม้าย/ หย่า/ แยก	7	4.24
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	148	89.70
ปริญญาโท	17	10.30
ประสบการณ์ประกอบวิชาชีพพยาบาล (ปี)	(Min = 1, Max = 38, $M = 12.85$ , $SD = 8.53$ )	
1 - 5 ปี	66	40.00
6 - 10 ปี	20	12.12
11 - 15 ปี	19	11.51
16 - 20 ปี	29	17.58
21 - 25 ปี	6	3.64
มากกว่า 25 ปี	25	15.15

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฯ (ปี)	(Min = 1, Max = 34, $M = 10.60$ , $SD = 8.53$ )	
1 – 5 ปี	77	46.67
6 – 10 ปี	19	11.51
11 – 15 ปี	29	17.57
16 – 20 ปี	18	10.91
21 – 25 ปี	6	3.64
มากกว่า 25 ปี	16	9.70
ประสบการณ์ศึกษาเฉพาะทางการพยาบาล		
ไม่มี	114	69.10
มี	51	30.90
เมื่อจำแนกสาขาการศึกษาเฉพาะทางการพยาบาล ( $N = 51$ )		
การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน	23	45.10
การพยาบาลสัลยกรรมอุบัติเหตุ	7	13.73
การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป	2	3.92
การพยาบาลผู้ใหญ่และสูงอายุ (ปริญญาโท)	2	3.92
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)	1	1.96
ไม่ระบุ	16	31.37
เมื่อจำแนกเป็นระยะเวลาที่เคยเข้ารับการศึกษาศึกษาเฉพาะทางการพยาบาล ( $N = 51$ )		
1-4 (เดือน)	33	64.71
5-8 (เดือน)	-	
9-12 (เดือน)	-	
มากกว่า 12 เดือนขึ้นไป	2	3.92
ไม่ระบุ	16	31.37
ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด		
ไม่มี	136	82.42
มี	29	17.58

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เมื่อจำแนกจำนวนครั้งของการเข้าอบรมเกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด ( $N = 29$ )		
1 ครั้ง	23	79.31
2 ครั้ง	5	17.24
3 ครั้ง	0	0
4 ครั้ง	1	3.45
เมื่อจำแนกระยะเวลา (ชม.) ของการเข้าอบรมเกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด ( $N = 29$ )		
1-4	10	34.50
5-8	8	27.60
9-12	7	24.10
13-16	4	13.80
เมื่อจำแนกหลักสูตรการเข้ารับการอบรมเกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด ( $N = 29$ )		
การจัดการความปวด (pain management)	19	65.52
อื่นๆ ไม่ระบุ	10	34.48

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 165 คน มีอายุระหว่าง 23–58 ปี อายุเฉลี่ย 36 ปี ( $SD = 9.43$ ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.03 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.36 สถานภาพโสด ร้อยละ 55.15 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 89.70 มีประสบการณ์ประกอบวิชาชีพพยาบาลระหว่าง 1-38 ปี โดยเฉลี่ย 13 ปี ( $SD = 8.53$ ) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินระหว่าง 1-34 ปี โดยเฉลี่ย 11 ปี ( $SD = 8.52$ ) มีประสบการณ์ศึกษาเฉพาะทางด้านกายภาพบำบัด ร้อยละ 30.90 โดยหลักสูตรที่ได้รับการศึกษาเฉพาะทางมากที่สุด ได้แก่ การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ร้อยละ 45.10 รองลงมา คือ การพยาบาลศัลยกรรมอุบัติเหตุ ร้อยละ 13.73 ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาเข้ารับการศึกษานี้เฉพาะทางอยู่ระหว่าง 1-4 เดือน ร้อยละ 64.71 และมีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด ร้อยละ 17.58 โดยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 79.31 และหลักสูตรที่ได้รับการอบรมมากที่สุด คือ การจัดการความปวด ร้อยละ 65.52

## ส่วนที่ 2 ระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 165 คน โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บทั้ง โดยรวมและรายด้าน ดังแสดงไว้ในตาราง 5

### ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยรวมและรายด้าน ( $N = 165$ )

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ	<i>M</i>	<i>S.D</i>	ระดับ
สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด	3.26	0.52	ปานกลาง
สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ	3.63	0.53	สูง
สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ	3.72	0.52	สูง
สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บต่อเนื่อง	3.81	0.61	สูง
โดยรวม	3.61	0.55	สูง

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 165 คน มีค่าเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.61, SD = 0.55$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมรรถนะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บต่อเนื่อง ( $M = 3.81, SD = 0.61$ ) สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ ( $M = 3.72, SD = 0.52$ ) และสมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ ( $M = 3.63, SD = 0.53$ ) ตามลำดับ ส่วนสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.26, SD = 0.52$ )

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด ( $N = 165$ )

สมรรถนะ ด้านความรู้พื้นฐานความปวด	<i>M</i>	<i>S.D</i>	ระดับ
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ			
1. ยอมรับในพฤติกรรมแสดงออกถึงความปวดของผู้บาดเจ็บที่แตกต่างกัน	3.71	0.76	สูง
2. ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล ซึ่งบุคคลที่ประสบกับความปวดเท่านั้นจะสามารถบอกได้ดี และจะยังคงอยู่เท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี	3.67	0.78	สูง
3. การเข้าใจในทฤษฎีความปวด ช่วยให้การจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บมีประสิทธิภาพมากขึ้น	3.54	0.83	สูง
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ			
1. อธิบายทฤษฎีความปวดได้ถูกต้อง (อย่างน้อย 1 ทฤษฎี)	2.85	0.93	ปานกลาง
2. การปฏิเสธยามอร์ฟินีคทางหลอดเลือดดำของผู้บาดเจ็บ เนื่องจากกลัวติดยาหรือบาปที่ใช้ยา เพราะคิดว่าเป็นยาเสพติด	2.93	1.06	ปานกลาง

จากตาราง 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด จำนวน 17 ข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ยอมรับในพฤติกรรมแสดงออกถึงความปวดของผู้บาดเจ็บที่แตกต่างกัน ( $M = 3.71, SD = 0.76$ ) ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล ซึ่งบุคคลที่ประสบกับความปวดเท่านั้นจะสามารถบอกได้ดี และจะยังคงอยู่เท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี ( $M = 3.67, SD = 0.78$ ) และการเข้าใจในทฤษฎีความปวด ช่วยให้พยาบาลจัดการความปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ( $M = 3.54, SD = 0.83$ ) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ อธิบายทฤษฎีความปวดได้ถูกต้อง (อย่างน้อย 1 ทฤษฎี) ( $M = 2.85, SD = 0.93$ ) รองลงมา คือ การปฏิเสธยามอร์ฟินีคทางหลอดเลือดดำของผู้บาดเจ็บ อาจเนื่องจากกลัวติดยาหรือบาปที่ใช้ยา เพราะคิดว่าเป็นยาเสพติด ( $M = 2.93, SD = 1.06$ )

## ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ ( $N = 165$ )

สมรรถนะ ด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ	<i>M</i>	<i>S.D</i>	ระดับ
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ			
1. แสดงกิริยาท่าทางอย่างสุภาพ เป็นมิตร และใส่ใจผู้บาดเจ็บ ทุกครั้งที่ประเมินความปวด	3.90	0.77	สูง
2. หากประเมินความปวด พบว่าผู้บาดเจ็บรายหนึ่งกำลังร้องไห้ และบอกปวด 9 คะแนน แสดงว่าผู้บาดเจ็บรายนี้ต้องได้รับการ ช่วยเหลือภายใน 10-15 นาที	3.78	0.75	สูง
3. ประเมินความปวดผู้บาดเจ็บทันทีที่เข้ามาถึงแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน หรือภายใน 20 นาที	3.78	0.86	สูง
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ			
1. สามารถใช้เครื่องมือมาตรวัดความปวดด้วยวาจา (VRS) ได้	3.42	0.86	สูง
2. สามารถใช้เครื่องมือมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS) ได้	3.44	0.89	สูง

จากตาราง 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ จำนวน 18 ข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ แสดงกิริยาท่าทางที่สุภาพ เป็นมิตร และใส่ใจผู้บาดเจ็บทุกครั้งที่ประเมินความปวด ( $M = 3.90, SD = 0.77$ ) รองลงมา คือ หากประเมินความปวดพบว่า ผู้บาดเจ็บรายหนึ่งกำลังร้องไห้และบอกปวด 9 คะแนน แสดงว่าผู้บาดเจ็บรายนี้ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 10-15 นาที ( $M = 3.78, SD = 0.75$ ) และประเมินความปวดผู้บาดเจ็บทันทีที่เข้ามาถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือภายใน 20 นาที ( $M = 3.78, SD = 0.86$ ) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ สามารถใช้เครื่องมือมาตรวัดความปวดด้วยวาจา (VRS) ได้ ( $M = 3.42, SD = 0.86$ ) รองลงมา คือ สามารถใช้เครื่องมือมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS) ได้ ( $M = 3.44, SD = 0.89$ )

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ ( $N = 165$ )

สมรรถนะ	<i>M</i>	<i>S.D</i>	ระดับ
<b>ด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ</b>			
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ			
1. ความปวดเป็นปัญหาสำคัญของผู้บาดเจ็บทุกรายที่ควรได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ	3.98	0.77	สูง
2. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาปวด โดยยึดผู้บาดเจ็บเป็นศูนย์กลาง	3.96	0.79	สูง
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงของยาแก่ผู้บาดเจ็บ ก่อนการบริหารยาทุกครั้ง	3.91	0.76	สูง
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ			
1. กรณีผู้บาดเจ็บปวดบริเวณแผลชนิดปิด (Closed wound) สามารถบรรเทาความปวดโดยการประคบเย็นตรงตำแหน่งที่ปวดได้ทันที	3.15	0.91	ปานกลาง
2. ยาเฟนทานิล เป็นยาบรรเทาปวดใช้ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ออกฤทธิ์เร็วภายใน 2-3 นาที เหมาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะไตวาย	3.35	0.86	สูง

จากตาราง 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ จำนวน 23 ข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความปวดเป็นปัญหาสำคัญของผู้บาดเจ็บทุกรายที่ควรได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ( $M = 3.98, SD = 0.77$ ) รองลงมา คือ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาปวด โดยยึดผู้บาดเจ็บเป็นศูนย์กลาง ( $M = 3.96, SD = 0.79$ ) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงของยาแก่ผู้บาดเจ็บ ก่อนการบริหารยาทุกครั้ง ( $M = 3.91, SD = 0.76$ ) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ กรณีผู้บาดเจ็บปวดบริเวณแผลชนิดปิด (Closed wound) สามารถบรรเทาความปวด โดยการประคบเย็นตรงตำแหน่งที่ปวดได้ทันที ( $M = 3.15, SD = 0.91$ ) รองลงมา คือ ยาเฟนทานิล เป็นยาบรรเทาปวดใช้ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ออกฤทธิ์เร็วภายใน 2-3 นาที เหมาะกับผู้ป่วยที่มีภาวะไตวาย ( $M = 3.35, SD = 0.96$ )



## ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื้อ  
( $N = 165$ )

สมรรถนะ ด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื้อ	<i>M</i>	<i>S.D</i>	ระดับ
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับ			
1. รายงานแพทย์ทันที เมื่อพบว่า ความปวดของผู้บาดเจ็บไม่ทุเลาลงหลังจากได้รับยาบรรเทาปวดและการจัดการความปวดอย่างเต็มความสามารถจากท่าน	3.99	0.76	สูง
2. ประเมินความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บที่ปวดระดับรุนแรงซ้ำ ภายหลังจากได้รับการจัดการความปวด 30 นาที	3.88	0.76	สูง
3. บันทึกกิจกรรมการพยาบาล เกี่ยวกับการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ พร้อมประเมินผลลัพธ์ทุกครั้ง	3.85	0.81	สูง
ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด 2 อันดับ ได้แก่			
1. ศึกษาหาความรู้หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่ๆ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวกับความปวดอย่างสม่ำเสมอ	3.53	0.74	สูง
2. บันทึกระดับความปวด ลงในฟอร์มปรอทหรือกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้ง หลังประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ	3.75	0.81	สูง

จากตาราง 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื้อ จำนวน 9 ข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ รายงานแพทย์ทันที เมื่อพบว่า ความปวดของผู้บาดเจ็บไม่ทุเลาลงหลังจากได้รับยาบรรเทาปวดและการจัดการความปวดอย่างเต็มความสามารถจากท่าน ( $M = 3.99$ ,  $SD = 0.76$ ) รองลงมา คือ ประเมินความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บที่ปวดระดับรุนแรงซ้ำ ภายหลังจากได้รับการจัดการความปวด 30 นาที ( $M = 3.88$ ,  $SD = 0.76$ ) และบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดผู้บาดเจ็บและประเมินผลทุกครั้ง ( $M = 3.85$ ,  $SD = 0.81$ ) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ศึกษาหาความรู้หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่ๆ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวกับความปวดอย่างสม่ำเสมอ ( $M = 3.53$ ,  $SD = 0.74$ ) รองลงมา คือ บันทึกระดับความปวดลงในฟอร์มปรอทหรือกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้ง หลังประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ ( $M = 3.75$ ,  $SD = 0.81$ )

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิผลการอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับความปวดหรือการจัดการความปวด

ตาราง 10

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ (โดยรวมและรายด้าน) กับประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิผลการอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด ( $N = 165$ )

ตัวแปรที่ศึกษา	สมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุฯ (โดยรวม)	สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฯ (รายด้าน)			
		ความรู้ พื้นฐาน	การประเมิน ความปวด ผู้บาดเจ็บ	การจัดการ ความปวด ผู้บาดเจ็บ	การติดตาม ความปวด ผู้บาดเจ็บ
		1. ประสิทธิภาพ ปฏิบัติงานของ พยาบาลวิชาชีพฯ	.13 <sup>a</sup> (.10)	-.03 <sup>a</sup> (.68)	.11 <sup>a</sup> (.17)
2. ประสิทธิภาพ อบรมเกี่ยวกับการ จัดการความปวด	.02 <sup>b</sup> (.80)	.03 <sup>b</sup> (.66)	-.03 <sup>b</sup> (.66)	.11 <sup>b</sup> (.14)	.12 <sup>b</sup> (.85)

หมายเหตุ. <sup>a</sup>สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

<sup>b</sup>สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนแรงค์ (Spearman's rank correlation coefficient)

เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ

\*  $p < 0.01$

จากตาราง 10 พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิผลการอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.24, p < 0.01$ )

## การอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ และหาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยรวมและรายด้าน กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิผลอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับความปวดหรือการจัดการความปวด ซึ่งมีผลการวิจัยดังนี้

1. ระดับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยรวมและรายด้าน

1.1. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.60$ ,  $SD = 0.55$ ) อธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ที่ศึกษาร้อยละ 52 หรือมากกว่าครึ่ง มีประสบการณ์ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 11 ปี ซึ่งจัดเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มากอยู่ในระดับผู้เชี่ยวชาญ (expert) ตามแนวคิดการจัดระดับความสามารถผู้ปฏิบัติงานของเบนเนอร์ (Benner, 1984) กล่าวคือ พยาบาลที่มีประสบการณ์ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป สามารถจะตัดสินใจและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น (ชญาลักษณ์และเบญจมาศ, 2557) และประสบการณ์ยังช่วยให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ เพิ่มขึ้น กล่าวเผชิญกับปัญหากล้าตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการคิดวิเคราะห์พิจารณาเหตุผลต่างๆ อย่างรอบคอบ (นารี, 2543) นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับตติยภูมิ (tertiary care) จำเป็นต้องมีการประเมินและพัฒนาคุณภาพด้านการบริการของพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation) และโรงพยาบาลยังเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานที่สำคัญของกลุ่มนักศึกษา โดยเฉพาะนักศึกษาแพทย์และพยาบาล จึงอาจเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญอย่างหนึ่งให้พยาบาลต้องมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ (วารุณี, 2548) ส่งผลให้มีสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่สูงขึ้น รวมถึงสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ

1.2. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในด้านการติดตามความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บต่อเนื่อง ด้านการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ และด้านการประเมินความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บอยู่ในระดับสูง ตามลำดับ ส่วนด้านความรู้พื้นฐานความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายไว้ดังนี้

1.2.1. สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง  
 อยู่ในระดับสูง ( $M = 3.81, SD = 0.61$ ) อธิบายได้ว่า การติดตามความปวดเป็นการประเมินผลลัพธ์  
 ของการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลทุกคนผ่าน  
 การเรียนรู้และฝึกฝนมาทั้งสิ้น และพยาบาลทุกคนทราบว่าภายหลังให้การจัดการความปวด  
 โดยเฉพาะการให้ยาบรรเทาปวดกับผู้บาดเจ็บ พยาบาลต้องมีการติดตามประเมินความปวดซ้ำและ  
 สังเกตอาการข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด รวมถึงการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความปวดลดลง  
 หรือเพิ่มขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะช่วยทำให้พยาบาลนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับ  
 ผู้บาดเจ็บต่อไปได้ (ไสวและจิราภิ, 2559; Ahmadi et al., 2016) พยาบาลส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญกับ  
 การติดตามความปวดและส่งผลให้มีสมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่องอยู่ใน  
 ระดับสูง ซึ่งต่างกับบุญญาภัทร (2554) ที่ศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ป่วย  
 แผลกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า พยาบาลติดตาม  
 ประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในขณะที่ทำแผลอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง และมีการ  
 บันทึกข้อมูลผลลัพธ์การจัดการความปวดลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ  
 ทั้งนี้เนื่องจากแผนกอุบัติเหตุฯ ไม่มีแนวปฏิบัติและระบบการบันทึกความปวดที่เป็นลายลักษณ์  
 อักษร จึงขาดความต่อเนื่องในการติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวด รวมทั้งจำนวนบุคลากร  
 พยาบาลไม่เพียงพอ พยาบาลจึงต้องมุ่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินมากกว่า  
 การติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวดจากการทำแผล

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่

1) รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่า ความปวดของผู้บาดเจ็บ  
 ไม่ทุเลาลงหลังจากได้รับยาบรรเทาปวดและการจัดการความปวดอย่างเต็มความสามารถจากท่าน  
 ( $M = 3.99, SD = 0.76$ ) อธิบายได้ว่า การติดตามความปวดผู้บาดเจ็บเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล  
 ซึ่งหากมีการประเมินความปวดพบว่า ผู้บาดเจ็บมีระดับความปวดเพิ่มขึ้นหรือไม่ลดลง บทบาทของ  
 พยาบาล คือ การค้นหาสาเหตุและรายงานแพทย์เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยไม่ทอดทิ้ง  
 ผู้บาดเจ็บให้ต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับความปวดเป็นระยะเวลานาน ตลอดจนเป็นคนกลางในการ  
 เจรจาต่อรองแพทย์ (สุนันทา, 2550) ช่วยให้แพทย์ได้ตัดสินใจปรับยาที่เหมาะสมกับระดับความปวด  
 ของผู้บาดเจ็บ ช่วยให้ผู้บาดเจ็บปลอดภัยจากผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนของยาบรรเทาปวด  
 (นงลักษณ์, 2556) และในบริบทของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะมีแพทย์เวรประจำอยู่ตลอด  
 24 ชั่วโมง พยาบาลสามารถเข้าถึงแพทย์และรายงานอาการปวดของผู้บาดเจ็บได้โดยง่าย เมื่อเทียบ  
 กับหน่วยงานอื่นๆ (พนิตนันท์, 2557) ซึ่งต่างกับบุญญาภัทร (2554) ที่ศึกษาคุณภาพการจัดการความ  
 ปวดขณะทำแผลในผู้ป่วยแผลกอุบัติเหตุฯ พบว่า พยาบาลรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาบรรเทาปวด  
 ให้แก่ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลางเพียงบางครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลรู้ว่า ผู้ป่วยมี  
 แผลถลอกเป็นเพียงแผลตื้นบริเวณผิวหนังและมีความปวดไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับแผลลึก

รวมทั้งแพทย์บางท่านไม่เห็นความสำคัญหรือความจำเป็นของการจัดการความปวด แม้พยาบาลจะพยายามกระตุ้นเตือนให้เห็นถึงความสำคัญแล้วก็ตาม (พนิตนันท์, 2557)

2) ประเมินความปวดผู้บาดเจ็บที่มีความปวดระดับรุนแรงซ้ำ หลังได้รับการจัดการความปวด 30 นาที ( $M = 3.88, SD = 0.76$ ) อธิบายได้ว่า การติดตามประเมินความปวดซ้ำ ช่วยให้พยาบาลทราบผลลัพธ์ของการจัดการความปวดภายหลังการให้ยาบรรเทาปวดหรือกิจกรรมการพยาบาล และเลือกวิธีการจัดการความปวดให้เหมาะสมกับผู้บาดเจ็บมากยิ่งขึ้น หากความปวดไม่ทุเลาลง ซึ่งการประเมินติดตามความปวดซ้ำเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลที่ไม่อาจละเลยจากการปฏิบัติได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้บาดเจ็บทุกรายที่ได้รับยาบรรเทาปวดต้องได้รับการประเมินความปวดซ้ำภายใน 30 นาที (ไสวและจิราภี, 2559; CEM, 2014) เพื่อติดตามระดับความปวดและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด โดยเฉพาะยากลุ่มโอปิออยด์ (นงลักษณ์, 2556) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมีย่อมมีความพร้อมทั้งในด้านบุคลากรวิชาชีพ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ มีนโยบายและระบบการบริหารงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีแนวปฏิบัติการดูแลและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน จึงย่อมส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลอย่างเคร่งครัดตามมาตรฐานของหน่วยงานและที่โรงพยาบาลกำหนด ซึ่งต่างกับบุญเฉลิมและกิตติ (2555) ที่ศึกษาการจัดการความปวดตามการรายงานของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ โรงพยาบาลหนองสูงศรี พบว่า พยาบาลไม่ได้ประเมินความปวดหลังการให้ยาบรรเทาปวดซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยใช้ระยะเวลาช่วงสั้นๆ อยู่ในแผนกอุบัติเหตุฯ และจะถูกจำหน่ายออกจากแผนกทันทีเมื่อได้รับการรักษา พยาบาลอาจใช้เพียงการสังเกตในการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการให้ยาบรรเทาปวด รวมทั้งการขาดเครื่องมือในการประเมินความปวดผู้ป่วย

3) บันทึกกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดผู้บาดเจ็บและประเมินผลทุกครั้ง ( $M = 3.85, SD = 0.81$ ) อธิบายได้ว่า การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติทุกครั้งภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย เนื่องจากการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดทางคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล และช่วยในการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ สำหรับการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับความปวดที่สมบูรณ์ ควรมีการบันทึกให้ครอบคลุมทั้งระดับความปวด วิธีการจัดการความปวด และระดับความปวดที่ประเมินซ้ำอย่างชัดเจน (นุชชญา, 2556) สอดคล้องกับบุญเฉลิมและกิตติ (2555) ที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่รายงานว่าได้ลงบันทึกกิจกรรมการพยาบาลอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ส่วน โสพิศ (2549) ศึกษาสถานการณ์จัดการความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ พบว่า พยาบาลประเมินความปวดซ้ำภายหลังการให้ยาหรือปฏิบัติกิจกรรมการบรรเทาปวด โดยมีการบันทึกเพียงว่าอาการปวดทุเลาลง ทั้งนี้เนื่องจากการใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เป็นมาตรฐานและแบบบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ ได้แก่

1) ศึกษาหาความรู้หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่ๆ ตลอดจน แสวงหางานวิจัยที่เกี่ยวกับความปวดอยู่เสมอ ( $M = 3.53, SD = 0.74$ ) อธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของ ภาระงานและระบบงานแบบเร่งด่วน จึงทำให้มีเวลาในการศึกษาแสวงหาความรู้ต่างๆ ได้น้อย จำนวนอัตรากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอ แผนกอุบัติเหตุฯ ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และ โรงพยาบาลไม่มีทีมการจัดการความปวด รวมทั้งพยาบาลอาจเพิกเฉยต่อเรื่องความปวดของผู้บาดเจ็บ สอดคล้องกับ โสพิศ (2549) ที่ศึกษาสถานการณ์จัดการความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลแผนก อุบัติเหตุฯ พบว่า พยาบาลศึกษาหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดน้อยเพียงร้อยละ 11 ส่งผล ให้พยาบาลขาดความมั่นใจในการให้ความรู้และการดูแลผู้ป่วย ส่วนบุญญาภัทร (2554) ศึกษา คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฯ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยมี ส่วนร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดขณะทำแผลผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฯ แต่อย่างไรก็ตาม แม้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างจะให้ความสำคัญกับการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมน้อยเมื่อเทียบกับข้ออื่นๆ แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายชื่อ พบว่ายังอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระบบการพัฒนาของ หน่วยงาน เช่น การจัดให้มีการพูดคุยยามเช้า (morning brief) สามารถช่วยให้พยาบาลมีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเพิ่มความรู้ที่จำเป็นแก่พยาบาลได้

2) บันทึกระดับความปวดลงในฟอร์มปรอท (Graphic sheet) หลังประเมินความปวดผู้บาดเจ็บทุกครั้ง ( $M = 3.75, SD = 0.81$ ) อธิบายได้ว่า การบันทึกระดับความ ปวดลงในประวัติการรักษาของผู้บาดเจ็บเป็นสิ่งที่พยาบาลควรปฏิบัติทุกครั้ง โดยอาจบันทึกเป็น ระยะเวลา และมองเห็นได้ชัดเจน (พนิตนันท์, 2557) แต่ผลการศึกษารั้งนี้พบว่า พยาบาลยังคงให้ ความสำคัญกับการบันทึกคะแนนความปวดในฟอร์มปรอทค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับคะแนนข้อ อื่นๆ สอดคล้องกับยูคิวซัลและโดเจน (Ucuzal & Dogen, 2015) ที่ศึกษาความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจเกี่ยวกับความปวดของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ ในโรงพยาบาลประเทศตุรกี พบว่า พยาบาลให้ความสำคัญกับการบันทึกความปวดน้อย เช่นเดียวกับเดลและบิจอร์นเซน (Dale & Bjomsen, 2015) ที่ศึกษาประเมินความปวดของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ ในโรงพยาบาลประเทศนอร์เวย์ พบว่า พยาบาลไม่ได้ลงบันทึกความปวดภายหลังการประเมินผู้ป่วย และบุญเฉลิมและกิตติ (2555) ที่ศึกษา การจัดการความปวดตามการรายงานของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ พบว่า พยาบาลลงบันทึกระดับ ความปวด โดยระบุเพียงว่า ปวดมาก ปวดพอทน และไม่มีแนวบันทึกการประเมินความปวดที่ชัดเจน รวมทั้งบุญญาภัทร (2554) ได้ศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฯ พบว่า พยาบาลบันทึกระดับความปวดเพียงบางครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากแผนกอุบัติเหตุฯ ยังไม่มีเอกสาร บันทึกระดับความปวดและการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เป็นมาตรฐาน

1.2.2. สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.73, SD = 0.54$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญญาภัทร (2554) ที่ศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่รายงานว่า ได้มีการจัดการความปวดขณะทำแผล ทั้งแบบวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาบรรเทาปวดอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลรู้ว่าตนเองเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการจัดการความปวดและปฏิบัติการจัดการความปวดภายใต้ขอบเขตวิชาชีพได้อย่างอิสระ โดยไม่ก่อเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และพยาบาลที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับปฏิบัติการและมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฯ เฉลี่ย 11 ปี ซึ่งจัดเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่าระดับผู้เชี่ยวชาญ (Benner, 1984) และการที่พยาบาลมีประสบการณ์ในการลงมือปฏิบัติงานด้วยตนเองสูงเพียงใด ย่อมจะส่งผลต่อระดับความสามารถที่สูงขึ้นเช่นนั้น (วารุณี, 2548)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่

1) ความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้บาดเจ็บทุกคนควรได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ( $M = 3.98, SD = 0.77$ ) อธิบายได้ว่า ความตื่นตัวทางการแพทย์ได้ให้ความสำคัญต่อความปวดกันมากขึ้น โดยได้มีการกำหนดให้ความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (Baharuddin et al., 2010) และความปวดยังเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้บาดเจ็บแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Hatherley et al., 2016) ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำแผนกอุบัติเหตุฯ มีโอกาสได้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่มีความปวดอยู่เสมอ จึงย่อมมีความเข้าใจในสภาพปัญหาของความปวดเป็นอย่างดีและเห็นความสำคัญของการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

2) ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดผู้บาดเจ็บเป็นศูนย์กลาง ( $M = 3.96, SD = 0.79$ ) อธิบายได้ว่า สำนักการพยาบาล (2551) ได้ออกข้อกำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการคำนึงถึงสิทธิและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลรับทราบถึงสิทธิผู้ป่วยและปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ภายใต้การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางกันมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่าย และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รวมทั้งลดข้อร้องเรียนต่างๆ (ลัดดาพรรณ, 2553) สอดคล้องกับบุญญาภัทร (2554) ที่ศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล ซึ่งแสดงว่า พยาบาลเห็นความสำคัญของผู้บาดเจ็บและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยยึดผู้บาดเจ็บเป็นศูนย์กลาง

3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงก่อนให้ยา ผู้บาดเจ็บทุกครั้ง ( $M = 3.91, SD = 0.76$ ) อธิบายได้ว่า ผู้บาดเจ็บที่เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มักมีความปวดแบบเฉียบพลันในระดับรุนแรง (Pierix et al., 2015) และผู้บาดเจ็บควรได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาปวดชนิดออกฤทธิ์แรงเป็นหลัก เช่น กลุ่มโอพิออยด์ (Ahmadi et al., 2016) ซึ่งยาบรรเทาปวดชนิดออกฤทธิ์แรงจะสามารถควบคุมความปวดระดับรุนแรงได้ดี

แต่มีโอกาสดเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงได้เช่นเดียวกัน ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า พยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงก่อนให้ยาผู้บาดเจ็บทุกครั้ง ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวไม่เพียงแต่เป็นการตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเท่านั้น แต่การให้ข้อมูลกับผู้บาดเจ็บและบุคคลใกล้ชิดผู้บาดเจ็บยังช่วยป้องกันอันตรายจากผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด การขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และลดโอกาสความรุนแรงการเกิดผลข้างเคียงจากยาได้

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ ได้แก่

1) กรณีที่ผู้บาดเจ็บปวดบริเวณแผล (Closed wound) สามารถบรรเทาปวดโดยใช้การประคบเย็น ( $M = 3.15, SD = 0.91$ ) อธิบายได้ว่า การจัดการความปวดในปัจจุบันนิยมใช้การจัดการความปวดแบบผสมผสาน นั่นคือการใช้ยาบรรเทาปวดร่วมกับเทคนิคบรรเทาปวด (ไสวและจิราภิ, 2559) และการประคบเย็นจัดเป็นหนึ่งในเทคนิคการบรรเทาปวดที่ช่วยให้เส้นเลือดหดตัวและลดการตีตัวของกล้ามเนื้อ เหมาะสำหรับบรรเทาปวดในผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีการฟกช้ำ บวม ข้อเท้าแพลง ในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก (มุกพัฒน, 2552) ซึ่งได้มีการศึกษาการประคบเย็นในผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุที่มีความปวดชนิดเฉียบพลัน พบว่า สามารถบรรเทาความปวดได้เป็นอย่างดีและลดระดับความปวดลงจากเดิมได้ 1-4 ระดับ (สุนันทา, 2550) แต่การศึกษาครั้งนี้อาจเนื่องจากในบริบทแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานวิกฤตฉุกเฉิน ผู้มารับบริการใช้เวลาสั้นๆ อยู่ในแผนกอุบัติเหตุ ประกอบกับการประคบเย็นต้องใช้อุปกรณ์และใช้ระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์ พยาบาลจึงอาจเลือกใช้การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาวิธีอื่นแทน หรือในผู้บาดเจ็บที่มีแผลเปิดร่วมด้วย พยาบาลอาจกลัวเสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลได้ง่าย นอกจากนี้การศึกษาของโสพิศ (2549) เกี่ยวกับสถานการณ์จัดการความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ พบว่า พยาบาลเชื่อว่า การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาบรรเทาปวดเห็นผลช้าและพยาบาลหลายคนปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ส่วนจอนพะจง, รัชณี, และวงจันทร์ (2546) ศึกษาความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด พบว่า การที่พยาบาลไม่นำวิธีการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น การประคบเย็นมาใช้กับผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลยังมีความรู้และทัศนคติในการจัดการความปวดน้อย เช่นเดียวกับยูคิวซัลและโดเจน (Uczal & Dogen, 2015) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับความปวดของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ ในโรงพยาบาลประเทศตุรกี พบว่า พยาบาลมีทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการจัดการความปวดแบบวิธีการไม่ใช้ยา และไม่นิยมนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีความปวดระดับรุนแรง

2) ยาเฟนทานิลเป็นยาบรรเทาปวดที่ใช้ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ จะออกฤทธิ์ภายใน 2-3 นาที และเหมาะกับใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวาย ( $M = 3.35, SD = 0.96$ ) อธิบายได้ว่า เฟนทานิล (Fentanyl) เป็นยาที่ใช้บรรเทาปวดในผู้ที่มีความปวดตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงรุนแรง และตัวยาออกฤทธิ์เร็วภายใน 2-3 นาที โดยมีประสิทธิภาพการบรรเทาปวดไม่แตกต่างจากมอร์ฟีน ตัวยาจะถูกขับออกทางไตโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงรูปจึงเหมาะสำหรับใช้ในผู้ที่มีภาวะไตบกพร่อง



(ไสวและจิราภิ, 2559) รวมทั้งยังมีความปลอดภัยสูงและต้นทุนต่ำกว่ายากลุ่มโอพ็อยด์ (Ridderikhof et al., 2016, Thomas, 2013) แต่ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับยาเฟนทานิลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฯ เฉลี่ยมากกว่า 10 ปี แต่มีข้อจำกัดในเรื่องภาระงาน ทำให้มีเวลาในการศึกษาทบทวนความรู้ต่างๆ ได้น้อย และขาดประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดกว่าร้อยละ 82 จึงอาจส่งผลให้ระดับความรู้เกี่ยวกับยาเฟนทานิลลดลง นอกจากนี้การศึกษาของลิวท์เวตและคณะ (Lewthwaite et al., 2016) เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติในการจัดการความปวดของพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า พยาบาลมีความรู้ในการจัดการความปวดโดยเฉพาะการใช้ยาบรรเทาปวดไม่เพียงพอ เนื่องจากพยาบาลมองว่าบทบาทการบริหารยาบรรเทาปวดเป็นหน้าที่โดยตรงของเภสัชกรและแพทย์

1.2.3. สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ อยู่ในระดับสูง ( $M = 3.63, SD = 0.53$ ) อธิบายได้ว่า การประเมินความปวดเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญก่อนนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ และเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลเป็นด่านแรกที่รับผู้ป่วยและเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (บุญญาภัทร, 2554; โสพิศ, 2549) ซึ่งแสดงว่า พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ มีการรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ของตนเองได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับบุญเฉลิมและกิตติ (2555) ที่ศึกษาการจัดการความปวดตามการรายงานของผู้ป่วยและพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ พบว่า พยาบาลประเมินความปวดได้อย่างครอบคลุมทั้งตำแหน่ง ลักษณะความปวด ความรุนแรง ระยะเวลาที่ปวด และปัจจัยที่ทำให้มีความปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินความปวดเป็นส่วนหนึ่งของการซักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลที่พยาบาลต้องประเมินในผู้บาดเจ็บทุกราย

เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่

1) แสดงกิริยาท่าทางที่สุภาพ เป็นมิตร และใส่ใจผู้บาดเจ็บทุกครั้ง ที่ประเมินความปวด ( $M = 3.90, SD = 0.77$ ) อธิบายได้ว่า การแสดงออกถึงพฤติกรรมของพยาบาล เช่น การแสดงกิริยาท่าทางที่สุภาพ เป็นมิตร และการดูแลเอาใจใส่ผู้บาดเจ็บเป็นอย่างดี จัดเป็นคุณลักษณะของพยาบาลที่พึงปฏิบัติต่อผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้บาดเจ็บที่เข้ามาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุฯ ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บแบบกะทันหัน และเป็นช่วงของการปรับตัวหรือยังไม่อาจยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ พฤติกรรมการแสดงออกของพยาบาลด้วยจิตบริการและการมีหัวใจความเป็นมนุษย์ ย่อมช่วยให้ผู้บาดเจ็บเกิดความไว้วางใจพยาบาลและคลายความวิตกกังวลลงได้ (มาลี, 2557) รวมทั้งการดูแลเอาใจใส่ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การช่วยเหลือ การข้มเข้มเป็นกันเองของพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อระดับความปวดของผู้ป่วยให้ลดลงได้อีกด้วย (นุชนภา, 2556; สุนันทา, 2550) พยาบาลส่วนใหญ่มีพื้นฐานด้านจิตใจที่ดี ต่องานบริการและได้รับการปลูกฝังคุณลักษณะที่เหมาะสมของพยาบาลตั้งแต่ศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จึงทำให้พยาบาลทุกคนมีคุณลักษณะที่ดีและแสดงออกพฤติกรรมงานบริการที่เหมาะสม

จนเป็นที่ยอมรับจากผู้บาดเจ็บและช่วยให้การประเมินความปวดมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ আহ์มาดีและคณะ (Ahmadi et al., 2016) ที่ศึกษาการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ช่วยสนับสนุนให้การประเมินความปวดผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น และกนกพร (2557) ศึกษาการประเมินความปวดในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พบว่า ในช่วงแรกผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือในการประเมินความปวด เนื่องจากไม่ไว้วางใจพยาบาล ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจากพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการประเมินความปวดมากขึ้นเช่นกัน

2) หากประเมินความปวด พบว่า ผู้บาดเจ็บรายหนึ่งกำลังร้องไห้และบอกปวด 9 คะแนน แสดงว่าผู้บาดเจ็บรายนี้ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 10-15 นาที ( $M = 3.78, SD = 0.75$ ) อธิบายได้ว่า การประเมินความปวดตาม Emergency Severity Index (ESI) กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดรุนแรง (NRS 7-10) เป็นผู้ป่วยประเภทที่ 2 ที่ควรได้รับการรักษาภายในเวลา 10 นาที (CEM, 2014) และการดูแลช่วยเหลือตามความรุนแรงของการบาดเจ็บและระดับความปวดอย่างรวดเร็ว สามารถลดความรุนแรงของความปวดและการบาดเจ็บลงได้ (Gerdtz et al., 2007) ซึ่งแสดงว่า พยาบาลเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่มีความปวดและมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย ESI เป็นอย่างดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากระบบคัดกรองผู้ป่วย ESI เป็นระบบที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้กับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลของประเทศไทยมากที่สุด (พรทิพย์และคณะ, 2559) ซึ่งต่างกับยูคิวซัลและโดเจน (Ucuzal & Dogen, 2015) ที่ศึกษาความรู้ ทักษะ และทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับความปวดของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ โดยพบว่า พยาบาลยังปล่อยให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความปวดแต่เพียงลำพัง และการศึกษาของแพตริกและคณะ (Patrick et al., 2015) เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายการจัดการความปวดในแผนกอุบัติเหตุฯ ตามเกณฑ์สมาคมวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินอเมริกัน (ACEP) ซึ่งกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับรุนแรง ต้องได้รับยาบรรเทาปวดภายใน 30 นาที โดยผลเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาบรรเทาปวดภายใน 30 นาทีในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากแผนกอุบัติเหตุฯ ดังกล่าว มีจำนวนเตียงไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนต้องใช้เวลาในรอเตียง และบางสถานการณ์ฉุกเฉินแพทย์ต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เหลืองต้องรอแพทย์ รวมทั้งผู้ป่วยบางรายที่มีพฤติกรรมเอะอะ โวยวาย ไม่ให้ความร่วมมือ ส่งผลให้การจัดการความปวดล่าช้ายิ่งขึ้น

3) ประเมินความปวดผู้ป่วยทันทีที่เข้ามาถึงแผนกอุบัติเหตุฯ หรือภายใน 20 นาที ( $M = 3.78, SD = 0.86$ ) อธิบายได้ว่า ผู้บาดเจ็บทุกรายควรได้รับการประเมินความปวดทันทีที่มาถึงโรงพยาบาลหรือภายในเวลา 20 นาที (Fry et al., 2011) สอดคล้องกับงานวิจัยของพนิตนันท์ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยที่มีบาดแผลจากอุบัติเหตุทุกรายได้รับการประเมิน

ความปวดทันทีที่มาถึงแผนกอุบัติเหตุฯ ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินความปวดเป็นกระบวนการพยาบาลอันดับแรกที่สำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (CEM, 2014) และการประเมินความปวดที่รวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยเจ็บได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันถ่วงที ปลอดภัย และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของความปวดจากการบาดเจ็บได้ ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและรับรู้ถึงผลดีของการประเมินความปวดที่รวดเร็ว

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ ได้แก่

1) สามารถใช้เครื่องมือมาตรวัดความปวดด้วยวาจา (VRS) ได้ ( $M=3.42, SD=0.86$ ) และ 2) สามารถใช้เครื่องมือมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS) ได้ ( $M=3.44, SD=0.89$ ) อธิบายร่วมกันได้ว่า เนื่องจากเครื่องมือทั้งสองชนิดนี้มีวิธีการใช้โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดด้วยตนเอง โดยเครื่องมือมาตรวัดความปวดด้วยวาจาให้ผู้ป่วยบอกเป็นคำพูด เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด ส่วนเครื่องมือมาตรวัดความปวดแบบตัวเลขให้ผู้ป่วยบอกเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยบอกระดับความปวดมากขึ้นตามค่าตัวเลข (RNAO, 2013) ซึ่งการประเมินความปวดในผู้ป่วยเจ็บที่มีระดับความรู้สึกตัวดี การให้ผู้ป่วยบอกความปวดด้วยตนเองถือเป็นวิธีการที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด พยาบาลควรรับฟังและเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยเจ็บบอกไม่ควรประเมินพฤติกรรมหรือตัวชี้วัดด้านสรีระเป็นเกณฑ์ตัดสินความปวดของผู้เจ็บ และไม่ควรประเมินเฉพาะขณะผู้ป่วยเจ็บพักได้เท่านั้น แต่ควรประเมินขณะทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำแผล ทำหัตถการต่างๆ ร่วมด้วย (ไสวและจิราภี, 2559) ซึ่งพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ บางท่านอาจยังมีความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือทั้งสองชนิดนี้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับบุญญาภัทร (2554) ที่ศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฯ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า พยาบาลใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดผู้ป่วยน้อย เนื่องจากพยาบาลขาดความรู้เกี่ยวกับการประเมินความปวด และไม่มีแนวปฏิบัติการใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ชัดเจน นอกจากนี้ผู้ป่วยเจ็บเข้ามารับบริการในแผนกเพียงช่วงเวลาสั้นๆ เช่น ทำแผลถลอก ซึ่งหากนำเครื่องมือประเมินความปวดมาใช้อาจต้องใช้เวลาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ จึงอาจไม่คล่องตัวสำหรับพยาบาลที่ต้องแข่งขันกับเวลาและให้บริการผู้ป่วยรายอื่น พยาบาลหลายคนจึงให้ผู้ป่วยบอกเป็นคำพูดว่า "เจ็บ" หรือสังเกตท่าทางขณะทำแผลแทน ส่วนพนิตนันท์ (2557) ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลประเมินความปวดผู้ป่วยโดยใช้การสังเกตพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว ซึ่งมีพยาบาลบางรายเท่านั้นที่ใช้ร่วมกับเครื่องมือประเมินความปวดแบบตัวเลข และบุญเฉลิมและกิตติ (2555) ศึกษาการจัดการอาการปวดตามการรายงานของผู้ป่วยและพยาบาลงานอุบัติเหตุฯ พบว่า พยาบาลและผู้ป่วยรายงานตรงกันว่า ยังไม่มีการนำเครื่องมือมาใช้ในการประเมินความปวดผู้ป่วย เนื่องจากแผนกอุบัติเหตุฯ ยังขาดเครื่องมือประเมินความปวดที่มีมาตรฐานและเหมาะสม นอกจากนี้ สมบูรณ์และคณะ (2550) ศึกษาการประเมินและบันทึกความปวดของพยาบาลหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

พบว่า พยาบาลไม่เข้าใจวิธีการใช้เครื่องมือประเมินความปวด ใช้เครื่องมือไม่ถูกต้อง เช่น การใช้มาตรวัดความปวดด้วยวาจา และเข้าใจว่าเครื่องมือมาตรวัดความปวดตัวเลขเป็นเครื่องมือมาตรวัดความปวดด้วยสายตา เป็นต้น

1.2.4. สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.26, SD = 0.52$ ) อธิบายได้ว่า ความรู้พื้นฐานความปวดเป็นสิ่งสำคัญและเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากในทุกกระบวนการพยาบาลในการดูแลความปวดผู้บาดเจ็บ เริ่มตั้งแต่การประเมินความปวด การจัดการความปวดทั้งแบบวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาบรรเทาปวด และการติดตามผลลัพธ์ความปวด ล้วนจำเป็นต้องอาศัยพื้นฐานความรู้และความเชี่ยวชาญด้านความปวดอย่างเพียงพอ มิฉะนั้นอาจเป็นกระทบต่อคุณภาพการดูแลจัดการความปวดผู้ป่วยได้ (Hennessee, 2012) สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลมีความรู้พื้นฐานด้านความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ โรงพยาบาลศูนย์มีภาระงานค่อนข้างหนักและมีเวลาในการศึกษาแสวงหาความรู้ใหม่ๆ น้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของจอนพะจงและคณะ (2546) ที่พบว่า พยาบาลระดับปฏิบัติการมีระยะเวลาในการแสวงหาความรู้ด้านทฤษฎีต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลระดับหัวหน้า และอาจารย์พยาบาล

เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่

1) ยอมรับต่อพฤติกรรมแสดงออกถึงความปวดของผู้บาดเจ็บที่แตกต่างกัน ( $M = 3.71, SD = 0.76$ ) อธิบายได้ว่า ความปวดเป็นประสบการณ์การรับรู้ส่วนบุคคล ซึ่งการแสดงออกถึงพฤติกรรมความปวดแต่ละคนย่อมอาจแตกต่างกัน และความปวดยังมีปัจจัยต่างๆ ที่มาเกี่ยวข้อง เช่น อารมณ์ ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม และสังคม (เปรมทิพย์, 2553) ซึ่งจากการศึกษาแสดงว่า พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ ยอมรับและเข้าใจพฤติกรรมความปวดของผู้บาดเจ็บ ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้บาดเจ็บที่มีความปวด จึงย่อมเห็นพฤติกรรมความปวดของผู้บาดเจ็บที่แตกต่างกันจนเกิดการเรียนรู้และปรับตัวเพื่อยอมรับพฤติกรรมเหล่านั้น และพยาบาลต่างรับรู้ดีว่าการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือ โดยไม่ตัดสินใจหรือใช้ความคิดแบบลัทธิเหมารวมกับผู้บาดเจ็บ (นุสราและยุภาภรณ์, 2556)

2) ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล ซึ่งบุคคลที่ประสบกับความปวดเท่านั้นจะสามารถบอกได้ดี และจะยังคงอยู่เท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี ( $M = 3.67, SD = 0.78$ ) อธิบายได้ว่า เนื่องจากความปวดเป็นประสบการณ์ตรงของบุคคลและผู้ที่ประสบความปวดเท่านั้น จะรับรู้ความปวดของตนเองได้ดีที่สุด (ไสวและจิราภี, 2559) ซึ่งผลการศึกษาของอนงค์ (2544) เกี่ยวกับการให้ความหมายความปวดของผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวกจากอุบัติเหตุ พบว่า ผู้ป่วยแต่ละคน

ให้ความหมายที่แตกต่างกันไป เช่น “ปวดที่สุดในชีวิต”, “ปวดเหมือนใจจะขาด” เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาแสดงว่า พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ ส่วนใหญ่เข้าใจในธรรมชาติของความปวดและเคารพในสิทธิส่วนบุคคลของผู้บาดเจ็บ ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลมีโอกาสดูแลกับผู้บาดเจ็บที่มีความปวดอยู่เป็นประจำ จึงเกิดการเรียนรู้และเข้าใจความปวดของผู้บาดเจ็บมากขึ้น รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อความปวด

3) การเข้าใจในทฤษฎีความปวดช่วยให้พยาบาลจัดการความปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ( $M = 3.54, SD = 0.83$ ) อธิบายได้ว่า ทฤษฎีความปวดเป็นแนวคิดทางวิทยาศาสตร์ที่ผ่านกระบวนการทดลองและกำหนดเป็นทฤษฎี เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ รวมถึงใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด (Hennessee, 2012) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพทุกคนเคยผ่านกระบวนการเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรระดับปริญญาตรี และการเรียนการสอนในส่วนของเนื้อหาความปวดและทฤษฎีความปวด รวมทั้งพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯทุกคนมีประสบการณ์ในการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีความปวดมาแล้ว จึงทำให้พยาบาลเห็นถึงความสำคัญและการนำทฤษฎีความปวดมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้บาดเจ็บ

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ ได้แก่

1) อธิบายทฤษฎีความปวดได้น้อย 1 ทฤษฎี ( $M = 2.85, SD = 0.93$ ) อธิบายได้ว่า ทฤษฎีความปวดเป็นพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ของความปวดที่เกิดขึ้น ซึ่งการมีความรู้ความเข้าใจในทฤษฎีความปวดจะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ผลการศึกษารั้งนี้พบว่า พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ หลายคนไม่สามารถอธิบายทฤษฎีความปวดอย่างน้อย 1 ทฤษฎีได้ ซึ่งอาจเนื่องมาจากพยาบาลขาดการทบทวนความรู้และไม่ได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปวดหรือการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง (บุญเฉลิมและกิตติ, 2555) รวมทั้งมีข้อจำกัดต่างๆ เช่น จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ภาระงานหนัก สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย (บุญญาภัทร, 2554) อีกทั้งพยาบาลขาดการตระหนักถึงความสนใจในการจัดการปวด เนื่องจากพื้นฐานการศึกษาในระดับปริญญาตรีไม่ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดแก่นักศึกษาพยาบาลเท่าที่ควร (บุญเฉลิมและกิตติ, 2555) สอดคล้องกับนุสราและคณะ (2554) ศึกษาความรู้และทัศนคติในการประเมินและการดูแลความปวดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดไม่เพียงพอและถูกต้อง เนื่องจากการจัดชั่วโมงการเรียนการสอนในหัวข้อเกี่ยวกับความปวดไม่ชัดเจน ความปวดมักเป็นหัวข้อหนึ่งที่ถูกตัดทิ้งจากโปรแกรมการเรียนการสอน และตำราเรียนของหลักสูตรพยาบาลมีเนื้อหาเกี่ยวกับความปวดน้อย สำหรับการศึกษารั้งนี้พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเฉลี่ย 13 ปี ซึ่งพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานสูงจะมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดลดลง โดยน้อยกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปี (Lewthwaite et al., 2016) อาจเนื่องจากพยาบาลปฏิบัติงาน

เป็นระยะเวลาสั้นและขาดการทบทวนความรู้เรื่องความปวดอย่างต่อเนื่อง อาจล้มความรู้เดิม ซึ่งต่างกับพยาบาลที่พึงจบใหม่จะยังจดจำความรู้ที่พึงจบจากการศึกษาเมื่อไม่นานมาได้

2) ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธยามอร์ฟิน (Morphine) นิดทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากผู้ป่วยอาจกลัวติดยาหรือกลัวบาปที่ใช้ยา เพราะคิดว่าเป็นยาเสพติด ( $M = 2.93, SD = 1.06$ ) อธิบายได้ว่า ยามอร์ฟินเป็นยาบรรเทาปวดชนิดออกฤทธิ์แรง (strong opioid) นิยมใช้บรรเทาปวดกับผู้ป่วยที่มีความปวดชนิดเฉียบพลันในระดับรุนแรง (ไสวและจีราณี, 2559) และพยาบาลอาจมีโอกาสนพบผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรับยามอร์ฟิน เนื่องจากผู้บาดเจ็บกลัวติดยาหรือกลัวบาปจากการใช้ยา เพราะจากคิดว่าเป็นสารเสพติด (ซัชชัย, 2553; เปรมทิพย์, 2553) หรือบางคนปฏิเสธ เพราะคิดว่ายาจะปิดกั้นอาการปวด จนอาจทำให้แพทย์วินิจฉัยผิดพลาดหรือแพทย์ไม่เชื่อในความปวดมีอยู่จริง (Lecomte et al., 2014) ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิเสธรับยาอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งพยาบาลควรอธิบายให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจข้อมูลอย่างแท้จริงและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาอีกครั้ง นอกจากนี้พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฯ อาจมีโอกาสนพบเจอผู้ป่วยประเภทนี้ไม่มากนัก จึงอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญและเชื่อว่ามีผู้ป่วยดังกล่าวมีอยู่จริง ซึ่งวิมุทธา (2550) ศึกษาความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยที่กลัวการติดยาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังระดับปานกลางถึงรุนแรง ต้องใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น และนอกจากนี้คำถามข้อนี้อาจมีความกำกวมไม่ชัดเจน จึงส่งผลกระทบต่อระดับคะแนนที่ต่ำลง

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสบการณ์อบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าเนื่องจากสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บเป็นสมรรถนะเฉพาะทางที่ต้องอาศัยการมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการพยาบาลที่เฉพาะต่อการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีความปวดเป็นอย่างดี ซึ่งสมรรถนะดังกล่าวอาจต้องได้รับการฝึกฝนอบรมอย่างเพียงพอหรือพยาบาลต้องมีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง และถึงแม้พยาบาลที่ศึกษาส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 11 ปี แต่ประสบการณ์ของพยาบาลดังกล่าวอาจเป็นเพียงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินหรือผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่เจาะจงต่อกลุ่มผู้บาดเจ็บที่มีความปวด รวมทั้งพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์อบรม

เกี่ยวกับการจัดการความปวดมาก่อนถึงร้อยละ 86.42 ซึ่งจากผลการศึกษาของบำเพ็ญ, ศิริพร, และ อาริยา (2555) เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อการจัดการความปวด พบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การจัดการความปวด และมีทักษะคิดเชิงบวกสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างชัดเจน นอกจากนี้ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดใหม่ๆ อยู่เสมอ ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้ประยุกต์ในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่จากผลการศึกษาของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างพบว่า พยาบาลมีศึกษาหาความรู้หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่ๆ ตลอดงานวิจัยที่เกี่ยวกับความปวดอย่างสม่ำเสมอ นั้นมีค่าเฉลี่ยคำถามต่ำที่สุดของสมรรถนะรายด้าน และสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวดมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.26, SD = 0.52$ ) แต่เป็นค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับสมรรถนะด้านอื่นๆ จึงอาจบอกได้ว่า พยาบาลยังมีความรู้พื้นฐานความปวดที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งอาจมีข้อจำกัดด้านอื่นๆ เช่น จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถจัดสรรพยาบาลเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความปวดได้อย่างครบทุกคน หน่วยงานไม่มีแนวปฏิบัติการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บที่เหมาะสม และไม่มีทีมจัดการความปวดของโรงพยาบาล (บุญญาภัทร, 2554)

เมื่อพิจารณาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บรายด้าน พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ (ด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับประสบการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .24, p < .01$ ) แสดงว่า พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานสูงจะมีสมรรถนะในด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บที่สูงขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลมากกว่าครึ่งหรือร้อยละ 53.33 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมานานกว่า 5 ปี หรือจัดอยู่ในระดับผู้เชี่ยวชาญ (expert) ตามแนวคิดการจรรยาบรรณความสามารถผู้ปฏิบัติงานของเบนเนอร์ (Benner, 1984) อธิบายว่า การมีประสบการณ์ปฏิบัติงานสูง ทำให้พยาบาลมีโอกาสได้เรียนรู้ เข้าใจสถานการณ์และสิ่งต่างๆ ได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น กล่าวเผชิญปัญหา กล่าวตัดสินใจ และเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว (ชญาลักษณ์และเบญจมาศ, 2557) สามารถนำประสบการณ์ที่มีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลจัดการความปวดผู้บาดเจ็บแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม (สุปิตา, 2550) สอดคล้องกับผลการศึกษาของเตื่อนใจ (2548) และนารี (2543) ที่พบว่า ประสบการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสิทธิภาพอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 165 คน ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 6 แห่ง เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ จำนวน 67 ข้อ ได้นำไปหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของคำถามรายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 0.76 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI/UA) เท่ากับ 0.80 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง มีค่าเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ โดยรวมและรายด้าน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสิทธิภาพปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และประสิทธิภาพอบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

#### สรุปผลการวิจัย

1. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านการติดตามความปลอดภัยผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง ด้านการจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ และด้านการประเมินความปลอดภัยผู้บาดเจ็บอยู่ในระดับสูง ตามลำดับ ส่วนด้านความรู้พื้นฐานความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง



2. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวด ผู้บาดเจ็บโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสบการณ์อบรมของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวด แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับต่ำกับประสบการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.24, p < 0.01$ )

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เครื่องมือการวิจัย แม้เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลจะผ่านการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง แต่เนื่องจากเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สักส่วนคำถามแต่ละด้านจึงมีจำนวนข้อที่ไม่เท่ากัน บางข้อคำถามอาจยังไม่สะท้อนถึงเนื้อหาโดยแท้จริง คำถามยาก และจำนวนข้อคำถามมาก จึงอาจส่งผลกระทบต่อการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับสถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นแผนกที่มุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน มีผู้เข้ามาใช้บริการที่หลากหลายจำนวนมาก จึงอาจเป็นข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการพิจารณาทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม และการตัดสินใจในการเลือกคำตอบ

2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ทั้ง 6 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรทั้งหมดได้ หากมีการศึกษาเพิ่มในโรงพยาบาลระดับอื่นๆ เช่น ระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ จึงอาจมีความแตกต่างกัน เนื่องจากลักษณะผู้รับบริการ จำนวนผู้รับบริการ ระบบการให้บริการ และบริบทของหน่วยงานมีความแตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

#### 1. ด้านการวิจัย

1.1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ และถึงแม้จะมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะอยู่ในระดับสูงแต่ความเป็นจริงควรมีค่าที่สูงกว่านี้

1.2. ควรเพิ่มวิธีการเก็บข้อมูล เช่น การเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเพิ่มประวัติผู้ป่วย การสังเกตร่วมกับใช้แบบสอบถาม หรือใช้การสอบถามจากผู้ป่วยบ้างร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

## 2. ด้านการบริหาร

1.3. ควรมีการพัฒนาและกำหนดรูปแบบของการจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้เป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น ตั้งแต่การประเมินความปวดผู้ป่วย การจัดการความปวดแบบวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดและแบบวิธีการไม่ใช้ยา และการติดตามความปวดอย่างต่อเนื่อง

1.4. ควรมีการจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดผู้ป่วยให้แก่พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฯ อย่างน้อย 1 ครั้ง หรือต่อเนืองปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง และควรมีการแทรกเนื้อหาที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดลงในหลักสูตรการอบรมเฉพาะทาง เช่น สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

1.5. ควรมีการจัดตั้งทีมรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลจัดการความปวดของโรงพยาบาล และควรประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ฯลฯ

## 3. ด้านการปฏิบัติ

3.1. ควรมีแบบประเมินที่ใช้ประเมินความปวดของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3.2. พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฯ ควรตระหนักและเห็นความสำคัญของการจัดการความปวด โดยมีการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง การศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น การเข้าฟังวิชาการ การเข้ารับการอบรม และการค้นคว้าจากสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

## 4. ด้านการศึกษา

4.1. ควรเตรียมความรู้พื้นฐานของความปวด โดยเพิ่มเนื้อหาลงในหลักสูตรการเรียนการสอนหัวข้อเรื่องการจัดการความปวดของนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี

4.2. ควรมีการประเมินสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดก่อนจบ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนไปปฏิบัติงาน

## เอกสารอ้างอิง

- กนกพร วงษะวิลานาม. (2557). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กาญจนา คิตศรี. (2556). ความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงคำจังหวัดพะเยา [อิเล็กทรอนิกส์]. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 9(3), 166-181.
- กรรวิ ฟูเต็มวงศ์. (2548). การจัดการอาการปวดและผลลัพธ์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล). ค้นจาก

- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- ณรงค์ศักดิ์ วันดี. (2557). *ประสิทธิภาพของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- เดือนใจ พิทยาวัฒน์ชัย. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- นงนุช โอบะ. (2545). *องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพและความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ กับปัจจัยคัดสรรบางประการของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- นงลักษณ์ อนันต์ประดิษฐ์. (2556). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- นกกานต์ ประสาททอง. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- นารี แซ่อึ้ง. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- นิภา อุ่นเรือง. (2554). *การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนขนาด 200-250 เตียง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- นุชนภา สุวรรณจักร. (2556). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). ค้นจาก [http://library.cmu.ac.th/digital\\_collection/theses/fulltext.php?id=29448&word=2556&check\\_field=YEAR&select\\_study=&condition=2&search=9&philosophy=&master=](http://library.cmu.ac.th/digital_collection/theses/fulltext.php?id=29448&word=2556&check_field=YEAR&select_study=&condition=2&search=9&philosophy=&master=)
- นุศรา ประเสริฐศรี, และยุพาภรณ์ ติรไพบวงศ์. (2556). การจัดการความปวด: ความหลากหลายวัฒนธรรม [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(2), 2-10.

- เบญจพร ปิยศิริวัฒน์. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน เขต 2 กระทรวงสาธารณสุข. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท).* ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- บุญเฉลิม ศรีขาว และกิตติ เหล่าสุภาพ. (2555). การจัดการอาการปวดตามการรายงานของผู้ป่วยและพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองงูสิริ พ.ศ. 2553 [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น*, 3(3), 12-23.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์. (2554). *คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- ปิ่น ศรีประจิดดิษฐ์. (2558). *ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด.* ค้นจาก <http://www.anesthai.org/postop.htm>
- เปรมทิพย์ ชลิดาพงศ์. (2553). Cultural diversity in pain experience: Thai culture across the country southern patients with orofacial pain. ใน ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสารนันทกิจ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ), *มิติความหลากหลายทางวัฒนธรรมในการจัดการกับความปวด* (หน้า 53-72). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ, ศิริพร มงคลถาวรชัย, อาริยา สอนบุญ. (2555). *การพัฒนาศักยภาพพยาบาล เพื่อการจัดการความปวด.* ค้นจาก [http://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve\\_Doi=10.14457/KKU.res.2012.72](http://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/KKU.res.2012.72)
- พรทิพย์ วัชรดิถก, ชีระ ศิริสมุด, สินีบุษ ชัยสิทธิ์, และอนุชา เศรษฐเสถียร. (2559). การคัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(2), 96-108.
- พนิตนันท์ หนูชัยปลอด. (2557). *การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- พงศ์ภารดี เจาะทะเกษตริณ (บรรณาธิการ). (2547). *Pain: ความปวด ชุดตำราพื้นฐานความปวด* (เล่มที่ 1). กรุงเทพมหานคร: มัลติมีเดีย.
- พัชรา อัมรินทร์พรชัย. (2556). *ประสิทธิผลของระบบการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท).* ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).

- พองทิพย์ สีนแสง. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ป่วย คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพคุณลักษณะของหอผู้ป่วย กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ภูมรินทร์ แซ่ถิ่ม, และประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ. (2553). การคัดกรองผู้ป่วยด้วยเกณฑ์คัดแยกและมาตรการความเจ็บปวดในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์: การศึกษานำร่อง [อิเล็กทรอนิกส์]. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 28(4), 205-211.
- มาลี คำคง. (2557). การพัฒนาพยาบาลสู่คุณภาพการบริการในงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้*, 1, 77-84.
- มุกพัฒนา แสนสุข. (2552). การจัดการความปวดโดยการประคบเย็นในผู้ป่วยที่มีความปวดจากภาวะผิดปกติของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ยศพล เหลืองโสมนภา, และศรีสุดา งามขำ. (2556). ความสนใจต่อความปวด (Attention to pain) [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 83-93.
- ระวีวรรณ ยี่สุนแก้ว. (2553). การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุ ระดับ 1-2. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2554). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเจ็บปวดหลังผ่าตัด*. ค้นจาก [http://www.pain-tasp.com/cpg/acute\\_pain.php](http://www.pain-tasp.com/cpg/acute_pain.php)
- ละมุล คงเพชร. (2550). สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้: การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ลัดดา วรรณมณี. (2553). การจัดการของหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของหัวหน้าและพยาบาลประจำการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- ดิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ดีพกุล, และพัสมณฑ์ คุ่มทวี. (2552). ความเจ็บปวด. ใน *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 8, หน้า 108-125). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วงจันทร์ เพชรวิเชฐเชียร. (2550). บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยสูงอายুর่วมกับ ทีมสหวิทยาการหรือทีมร่วมวิทยาการ. ใน *ซัชชัช ปริชาไว, อนงค์ ประสาธน์วันกิจ, และ วงจันทร์ เพชรวิเชฐเชียร (บรรณาธิการ), ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วย ที่มีความพิเศษ* (หน้า 87-110). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2553). สถิติภัยระงับปวด. ใน *ซัชชัช ปริชาไว, อนงค์ ประสาธน์วันกิจ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ), มิตินิยมหลากหลายทางวัฒนธรรมในการ จัดการกับความปวด* (หน้า 17-30). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วัชรวิวรรณ เจ็อนเพชร. (2555). *การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและ ลุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการ เครื่องข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- วันทนา พรหมเสรณี. (2545). *การศึกษสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและลุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ บริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วารุณี เริ่มอรุณรอง. (2548). *สมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการงานอุบัติเหตุและลุกเฉิน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคใต้ ตามการรับรู้ของหัวหน้างาน*. สารนิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต. ใน *วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 145-170). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- วิชัย อธิชัยกุลทล, วราภรณ์ ไวศกุล, และสมศรี เผ่าสวัสดิ์. (2547). การบำบัดความปวดหลังผ่าตัด: Postoperative Pain Management. ใน *พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริณ (บรรณาธิการ), บำบัดความปวด: Pain management ชุดตำราพื้นฐานความปวด เล่มที่ 2* (หน้า 139-190). กรุงเทพมหานคร: ทีมส์.
- วิมุกดา วารกุล. (2550). *ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวดของโรคมะเร็งโดยการให้ยา: เปรียบเทียบความเชื่อระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการ เครื่องข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- แวเฮาะ แวหะมะ. (2554). *คู่มือปฏิบัติงานการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ป่วยที่มีแผล อุบัติเหตุ*. สงขลา: ร้านถ่ายเอกสารแดงกาว.

- ศิริอร สิ้นธุ, รวมพร คงกำเนิด, และกฤตระวี วิวัฒน์ชีวิน. (2557). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 20(2), 32-45.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2554). *ตำราความปวดและการระงับปวดในเวชปฏิบัติ*. สงขลา: หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). *แนวทางพัฒนาการระงับความปวดเฉียบพลัน*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- สหทยา ไพบูลย์. (2555). *ความปวดและการประเมินความปวด*. ค้นจาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/anes/2012/images/Lecture2015/BasicPain.pdf>
- สมบุญ เทียนทอง, มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, วิมลรัตน์ กฤษณะประกกรกิจ, พนารัตน์ รัตนสุวรรณชัย, วัฒนา ตันทนะเทวินทร์, และณรงค์ ชันดีแก้ว. (2550). การพัฒนาระบบประเมินและบันทึกความปวดให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้าในโรงพยาบาลระดับของมหาวิทยาลัย [อิเล็กทรอนิกส์]. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 22(2), 158-164.
- สายทิพย์ ประทุมทอง. (2555). *คู่มือการปฏิบัติงานการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ*. สงขลา: แผนกฉุกเฉิน ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สิรินยา พวงจำปา. (2548). *การทบทวนวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). ค้นจาก [http://library.cmu.ac.th/digital\\_collection/theses/fulltext.php?id=13749&word=2548&check\\_field=YEAR&select\\_study=NUAD&condition=2&search=9&philosophy=&master=](http://library.cmu.ac.th/digital_collection/theses/fulltext.php?id=13749&word=2548&check_field=YEAR&select_study=NUAD&condition=2&search=9&philosophy=&master=)
- สุคนธา จีวนารายณ์. (2556). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกำแพงเพชร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สุนันทา สกุลยีนง. (2550). *ผลการใช้รูปแบบการจัดการกับความเจ็บปวดต่อการรับรู้ความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลและคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สุธิดา พรหมช้าง. (2554). *คู่มือปฏิบัติงานการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม*. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุปีดา สงคง. (2550). *การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดและพฤติกรรมจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.



- สุรศักดิ์ นิลกานวงษ์. (2547). หลักการใช้จ่ายในการรักษาความปวด. ใน พงศ์ภารดี เจาะทะเกษตริณ และคณะ (บรรณาธิการ), *ความปวด Pain ชุดตำราพื้นฐานความปวด เล่มที่ 1*. กรุงเทพมหานคร: มัลติมีเดีย.
- สุริรัตน์ อินทร์ทอง. (2557). *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สำนักการพยาบาล. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร, กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2554). *คู่มือการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสายงานพยาบาล สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร*. ค้นจาก <http://203.155.220.171/phn/images/stories/File/standard/manual%20performance.pdf>
- ไสว นรสาร, กนกพร พันธุ์เพิ่มพูน, และนงนุช ประสิทธิ์วิไล. (2559). สมรรถนะของพยาบาลอุบัติเหตุ. ใน ไสว นรสาร, และพิรญา ไส้ใหม่ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ* (หน้า 49-64). นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ไสว นรสาร, และจิรภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี. (2559). การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ. ใน ไสว นรสาร, และพิรญา ไส้ใหม่ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ* (หน้า 65-82). นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- โสพิศ เวียงโสด. (2549). *การจัดการอาการปวดโดยพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามการรายงานของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- อนงค์ ประสานนวงิจ. (2544). *ความปวดและการจัดการความปวดด้วยตนเองและทีมสุขภาพ: ประสบการณ์ของผู้ป่วยแผลใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อมรพันธุ์ ธานีรัตน์. (2549). *ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง จากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรรถรงค์ ปัญญางาม. (2557). *การพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพพยาบาลที่หน่วยตรวจฉุกเฉินในการจัดการความปวด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย. (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- อรรถกษณ์ รอดอนันต์. (2551). การระงับปวดด้วยวิธี PCA. ค้นจาก [http://news.sanook.com/social/2/social\\_239193.php](http://news.sanook.com/social/2/social_239193.php)

- Ahmadi, A., Bazargan-Hejazi, S., Heidari, Z. Z., Euasobhon, P., Ketumarn, P., Karbasfrushan, A., Amini-Saman, J., & Mohammadi, R. (2016). Pain management in trauma: A review study [Electronic version]. *The Journal of Injury and Violence Research (JIVR)*, 8(2), 89-98.
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists [ANZCA] and Faculty of Pain Medicine [FPM]. (2010). *Acute pain management: Scientific evidence* (3rd edition). Melbourne, Australia: ANZCA & FPM.
- Baharuddin, K. A., Mohamad, N., Nik, A., Rahman, N. H., Ahmad, R., & Nik Him, N. A. (2010). Assessing patient pain scores in the emergency department [Electronic version]. *Malaysian Journal of Medical Science*, 17(1), 17-22.
- Benner, P. (1984). *From Novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wesley.
- Berben, S. A., Meijs, T. H., Grunsvan, P. M., Schoonhoven, L., & Achterberg, T. V. (2012). Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care [Electronic version]. *Injury-international Journal of The Care of the Injured*, 43, 1397-1402.
- Cohen, S. P., Christo, P. J., & Moroz, L. (2004). Pain management in trauma patients [Electronic version]. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83(2), 142-161.
- College of Emergency Medicine [CEM]. (December, 2014). *The college of emergency medicine best practice guideline: management of pain in adults*. Retrieved from [www.collemergencymed.ac.uk](http://www.collemergencymed.ac.uk)
- Curtis, K. & Crouch, R. (2015). Trauma care: A system fit for the 21st century? [Electronic version]. *International emergency nursing*, 23, 1-2.
- Dale, J., & Bjornsen, L. P. (2015). Assessment of pain in a Norwegian emergency department [Electronic version]. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 2-5.
- Demir, Y. (2012). Non-pharmacological therapies in pain management. In Racz, G. B., & Noe, C. E. (Eds), *Pain management - current issues and opinions* (pp. 485-502). Retrieved from <http://www.intechopen.com/books/pain-management-current-issues-and-opinions/non-pharmacologicaltherapies-in-pain-management>
- Dijkstra, B. M., Berben, S. A. A., Van Dongen, R. T. M., & Schoonhoven, L. (2013). Review on pharmacological pain management in trauma patients in (pre-hospital) emergency medicine in the Netherlands [Electronic version]. *European journal of pain*, 18(1), 3-19.

- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Fawcett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, j., et al. (2001). Advancing the science of symptom management [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Duignan, M. & Dunn, V. (2008). Congruence of pain assessment between nurse and emergency department patients: A replication [Electronic version]. *International Emergency Nursing*, 16, 23-28.
- Fishman S.M., Young H.M., Lucas Arwood E., Chou R., Herr K., Murinson B.B., Watt-Watson, J., Carr, D. B.,... & Stresses, S. A. (2013). Core competencies for pain management: results of an interprofessional consensus summit [Electronic version]. *Pain Medicine Journal*, 14, 971-981.
- Fry, M., Bennetts, S., & Huckson, S. (2011). An Australian audit of emergency department pain management patterns [Electronic version]. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 269-274.
- Fulde, G. W. & Fulde, S. (2014). *Emergency medicine: the principles of practice* (6th edition). Retrieved from [http://media.elsevierhealth.com.au/media/blfa\\_files/Emergency\\_Medicine\\_6th\\_edition\\_9780729541466\\_Fulde.pdf](http://media.elsevierhealth.com.au/media/blfa_files/Emergency_Medicine_6th_edition_9780729541466_Fulde.pdf)
- Gerdtz, M.F., Considine, J., Sands, N., Stewart, C.J., Crellin, D., Pollock, W.E.,... & Charles, A. (2007). *Emergency Triage Education Kit*, the Australian Commonwealth Department of Health and Ageing. Commonwealth Government of Australia, Canberra.
- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., Rosenau, A, M., & Eitel D. (2011). *Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4, Implementation Handbook 2012* Edition. AHRQ Publication No. 12-0014. Retrieved from [http://www.sgnor.ch/uploads/tx\\_frptaggeddownloads/esihandbk.pdf](http://www.sgnor.ch/uploads/tx_frptaggeddownloads/esihandbk.pdf).
- Hatherley, C., Jennings, N., & Cross, R. (2016). Time to analgesia and pain score documentation best practice standards for the Emergency Department - A literature review [Electronic version]. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19, 26-36.
- Hennessee, P. L. (2012). *Knowledge and Attitudes of Nurses toward Pain Management*. Retrieved from [http://digitalcommons.gardnerwebb.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1122&context=nursing\\_etd](http://digitalcommons.gardnerwebb.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1122&context=nursing_etd)
- International Association for the Study of Pain [IASP], (2012). *IASP curriculum outline on pain for nursing*. Retrieved from <http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Nursing>

- Joshi, G. P., & Ogunnaike, B. O. (2005). Consequences of inadequate postoperative pain relief and chronic persistent postoperative pain [Electronic version]. *Anesthesiology Clinic of North America*, 23(1), 21-36.
- Kizza, I. B., Muliira, J. K., Kohi, T. W., & Nabirye, R. C. (2016) Nurses' knowledge of the principles of acute pain assessment in critically ill adult patients who are able to self-report. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 4, 20–27.
- Kutz, R., Kutz, F. R., Suber, F. S., Kispert, P., Curtis, K., Fanciullo, G., Curtis, H. K., & Henriques, H. H. (2004). *Improving pain management in improving pain management in acutely injured patients acutely injured patients*. Retrieved from [http://www.dartmouth-hitchcock.org/dhmc-internet-upload/file\\_collection/11.18.04%20-%20Pain%20Mgmt%20-%20New%20England%20Trauma%20Competition.pdf](http://www.dartmouth-hitchcock.org/dhmc-internet-upload/file_collection/11.18.04%20-%20Pain%20Mgmt%20-%20New%20England%20Trauma%20Competition.pdf)
- Kwekkeboom, K. L., & Gretarsdottir, E. (2006). Systematic review of relaxation interventions for pain [Electronic version]. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(3), 269-277.
- Lecomte, F., Huet, S., Audureau, E., Guyerdet, V., Pourriat, JL., & Claessens, YE. (2014). Patients in pain that refuse acetaminophen at triage. *American Journal of Emergency Medicine*, 32(4), 388-389.
- Lewthwaite, B. J., Jabusch, K. M., Wheeler, B. J., Schnell-Hoehn, K. N., Mills, J., Estrella-Holder, E., & Fedorowicz, A. (2011). Nurses' knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized adults. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(6), 251-257.
- Lovrinovic, M., Kotob, F., & Santarosa, J. (2005). Pain management in the trauma setting [Electronic version]. *Seminars in Anesthesia, Perioperative Medicine and Pain*, 24(1), 34–40.
- Ministry of Health Malaysia [MOH]. (2013). *Pain management handbook*. Retrieved from [www.moh.gov.my](http://www.moh.gov.my)
- Moceri, J. T., & Drevdahl, D. J. (2014). Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department [Electronic version]. *Journal of Emergency Nursing*, 40(1), 6-12.
- Narayan, M. C. (2010). Culture's effects on pain assessment and management [Electronic version]. *The American Journal of Nursing*, 4(110), 38-47.
- National Clinical Guideline Centre. (2016). Pain, In *Major Trauma: Assessment and Initial Management* (pp. 252-269). Retrieved from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0085105/pdf/PubMedHealth\\_PMH0085105.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0085105/pdf/PubMedHealth_PMH0085105.pdf)
- National institute of clinical studies [NICS]. (2011). *Emergency care acute pain management manual*. National Health and Medical Research Council, Canberra.

- Patrick, P. A., Rosenthal, B. M., Lezzi, C. A., & Brand, D. A. (2015). Timely pain management in emergency department [Electronic version]. *The Journal of Emergency Medicine*, 48(3), 267-273.
- Perron, A. D. (2011). Pain control in trauma patients [Electronic version]. *Trauma reports*, 12(5), 1-12.
- Pierik, J. G., IJzerman, M. J., Berben, S. A., van Eenennaam, F. L., van Vugt, A. B., & Doggen, C. J. (2015). Pain management in the emergency chain: the use and effectiveness of pain management in patients with acute musculoskeletal pain [Electronic version]. *Pain medicine*, 16, 970-984.
- Polit, F. D., & Beck, T. C. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. (2007). *Assessment and management of pain in the elderly: Self-directed learning package for nurses in long-term care*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. (2013). *Assessment and management of pain* (3rd ed.). Toronto, Ontario, Canada.
- Registered Nurses' Association of Ontario. Richardson, G. (2012). *Pain expression in different cultures*. Retrieved from <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43628/GraceRichardson.pdf?sequence=1>
- Richardson, G. (2012). *Pain expression in different cultures*. Retrieved from <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43628/GraceRichardson.pdf?sequence=1>
- Ridderikhof, M. L., Schyns, F. J., Schep, N. W., Lirk, P., Hollmann, M. W., & Goslings, J. C. (2016). Emergency department pain management in adult patients with traumatic injuries before and after implementation of a nurse-initiated pain treatment protocol utilizing fentanyl for severe pain. *The Journal of Emergency Medicine*, 52(4), 417-425.
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2012). *Management (Eleventh Edition)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Thomas, S. H. (2013). Management of pain in the emergency department [Electronic version]. *Pain Medicine*, 14, 971-981.
- Ucuzal, M., & Dogan, R. (2015). Emergency nurses' knowledge, attitude and clinical decision making skills about pain [Electronic version]. *International Emergency Nursing*, 23, 75-80.
- Winnipeg Regional Health Authority [WRHA]. (2012). *Pain assessment and management clinical practice guidelines*. Retrieved from <http://www.wrha.mb.ca/extranet/eipt/files/EIPT-017-001.pdf>

- World Union of Wound Healing Societies [WUWHS]. (2007). *Principles of best practice: Minimizing pain at wound dressing-related procedures “implementation of pain relieving strategies”*. Toronto, Ontario, Canada: @ Wound Pedia Inc.
- Yaghmale, F. (2003). Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education*, 3(1), 25–27.
- Zoega, S., Sveinsdottir, H., Sigurdsson, G. H., Aspelund, T., Ward, S. E., & Gunnarsdottir, S. (2015). Quality pain management in the hospital setting from the patient’s perspective [Electronic version]. *Pain Practice*, 15(3), 236-246.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ชื่อ – สกุลผู้ทรงวุฒิ	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางถนอม ภิบาลศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหาดใหญ่



**ภาคผนวก ข**  
**การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย**

## ใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้านางสาวจุฬารัตน์ แซ่พัง เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ แผนก คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยเจ็บ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยเจ็บ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยครั้งนี้ คือ นำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการใช้วางแผน ปรับปรุงและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดผู้ป่วยเจ็บแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ และเพื่อทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับใช้พัฒนาและส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพให้ปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ท่านจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใดๆ ทั้งสิ้นและจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ได้จะท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม และท่านมีสิทธิปฏิเสธจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กรุณาลงนามไว้เป็นหลักฐาน และหากท่านมีคำถาม/ ข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษาโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรงที่หมายเลขโทรศัพท์ 084-9667344 หรือ E-mail: chula\_phang@hotmail.com

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นางสาวจุฬารัตน์ แซ่พัง)

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าได้อ่านหรือรับทราบข้อมูล จึงมียินดีเข้าร่วมงานวิจัย เรื่อง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยเจ็บ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จึงขอลงนามไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

(...../ เดือนกันยายน/ พ.ศ. 2559)

ภาคผนวก ค  
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (เพิ่มเติม)

## ตาราง ค 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด  
(N= 165)

สมรรถนะ ด้านความรู้พื้นฐานความปวด	ระดับความคิดเห็น (จำนวน, ร้อยละ)					M	S.D	ระดับ
	1	2	3	4	5			
1. อธิบายกลไกการเกิดความปวด ได้ครบทั้ง 4 กระบวนการ	8 (4.85)	30 (18.19)	87 (52.73)	38 (23.03)	2 (1.20)	2.98	0.81	ปานกลาง
2. อธิบายความแตกต่างระหว่าง ความปวดชนิดเฉียบพลันและความ ปวดชนิดเรื้อรังได้	2 (1.20)	19 (11.52)	84 (50.91)	51 (30.91)	9 (5.46)	3.28	0.79	ปานกลาง
3. อธิบายความแตกต่างระหว่าง ความปวดจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย และความปวดจากปลายประสาท ถูกทำลายได้	2 (1.20)	33 (20.00)	83 (50.31)	42 (25.46)	5 (3.03)	3.09	0.79	ปานกลาง
4. ความปวดเป็นความรู้สึกส่วน บุคคล...”	1 (0.61)	6 (3.64)	62 (37.57)	74 (44.85)	22 (13.33)	3.67	0.78	สูง
5. อธิบายกลไกการเกิดความปวด เชื่อมโยงกับความปวดผู้ป่วยได้	3 (1.82)	16 (9.70)	74 (44.85)	70 (42.42)	2 (1.21)	3.32	0.74	ปานกลาง
6. อธิบายทฤษฎีความปวดได้(อย่าง น้อย 1 ทฤษฎี)	13 (7.88)	43 (26.06)	67 (40.60)	39 (23.64)	3 (1.82)	2.85	0.93	ปานกลาง
7. อธิบายทฤษฎีความปวด เชื่อมโยงกับความปวดผู้ป่วยได้	11 (6.67)	34 (20.61)	76 (46.06)	42 (25.45)	2 (1.21)	2.94	0.88	ปานกลาง
8. การเข้าใจในทฤษฎีความปวด ช่วยให้พยาบาล...”	0 (8.49)	14 (42.42)	70 (35.75)	59 (13.34)	21	3.54	0.83	สูง
9. เข้าใจคำศัพท์ทางความปวด พื้นฐานในแผนกอุบัติเหตุฯ	5 (3.03)	35 (21.21)	80 (48.49)	37 (22.42)	8 (4.85)	3.05	0.87	ปานกลาง
10. ผู้ป่วยที่มีความไวต่อสิ่งกระตุ้น และรับรู้ความปวดได้มากกว่าปกติ เรียกว่า Hyperesthesia	4 (2.42)	27 (16.36)	67 (40.61)	59 (35.76)	8 (4.85)	3.24	0.87	ปานกลาง



## ตาราง ค 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะการประเมินความปวด  
ผู้บาดเจ็บ (N= 165)

สมรรถนะด้าน	ระดับความคิดเห็น (จำนวน, ร้อยละ)					M	S.D	ระดับ
	1	2	3	4	5			
18. เข้าใจหลักการประเมินความปวด (Triage Pain)	0	12	65	75	13	3.54	0.75	สูง
		(7.27)	(39.39)	(45.46)	(7.88)			
19. การประเมินความปวดเหมาะสมสำหรับนำมาใช้คัดแยกประเภทผู้ป่วยที่มีความปวด	0	10	53	82	20	3.68	0.76	สูง
		(6.06)	(32.12)	(49.70)	(12.12)			
20. การประเมินความปวดเสมือนเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการประเมิน	1	7	51	77	29	3.76	0.81	สูง
		(0.61)	(4.24)	(30.91)	(46.67)	(17.57)		
21. หากประเมินความปวดพบว่า ผู้บาดเจ็บรายหนึ่งกำลังร้องไห้และบอกปวด 9 คะแนน แสดงว่า ผู้บาดเจ็บรายนี้ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 10-15 นาที	1	5	48	87	24	3.78	0.75	สูง
		(0.61)	(3.03)	(29.09)	(52.73)	(14.54)		
22. ประเมินความปวดผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฯ ทุกราย	0	7	60	74	24	3.70	0.77	สูง
		(4.24)	(36.36)	(44.85)	(14.55)			
23. ประเมินความปวดผู้ป่วยทันทีที่เข้ามาถึงแผนกอุบัติเหตุฯ หรือภายใน 20 นาที	2	8	47	76	32	3.78	0.86	สูง
		(1.21)	(4.85)	(28.49)	(46.06)	(19.39)		
24. ประเมินความปวดผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน	0	9	61	77	18	3.63	0.75	สูง
		(5.45)	(36.97)	(46.67)	(10.91)			
25. วิธีประเมินความปวดที่ดีที่สุด คือ การให้ผู้ป่วยบอกความปวดด้วยตัวเอง	2	6	58	76	23	3.68	0.80	สูง
		(1.21)	(3.64)	(35.15)	(46.06)	(13.94)		
26. เข้าใจหลักการใช้เครื่องมือประเมินความปวดแต่ละชนิด	2	15	63	75	10	3.46	0.79	สูง
		(1.21)	(9.09)	(38.19)	(45.45)	(6.06)		

ตาราง ค 2 (ต่อ)

สมรรถนะด้าน	ระดับความคิดเห็น (จำนวน, ร้อยละ)					M	S.D	ระดับ
	1	2	3	4	5			
การประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ								
27. สามารถใช้เครื่องมือมาตรวัด ความปวดแบบตัวเลขได้	2 (1.21)	21 (12.73)	63 (38.18)	61 (36.97)	18 (10.91)	3.44	0.89	สูง
28. สามารถใช้เครื่องมือมาตรวัด ความปวดด้วยวาจาได้	2 (1.21)	21 (12.73)	61 (36.97)	67 (40.61)	14 (8.48)	3.42	0.86	สูง
29. ชักประวัติความปวดผู้ป่วยได้ ครอบคลุม ครบถ้วน	1 (0.61)	6 (3.64)	65 (39.39)	73 (44.24)	20 (12.12)	3.64	0.77	สูง
30. บอกปัจจัยส่งเสริมการ ประเมินความปวดผู้ป่วยได้	1 (0.61)	7 (4.24)	79 (47.88)	67 (40.60)	11 (6.67)	3.48	0.71	สูง
31. การเปิดโอกาสให้ญาติ/ ครอบครัว มีส่วนร่วมช่วยประเมิน ความปวดผู้ป่วย...”	3 (1.82)	18 (10.91)	61 (36.97)	65 (39.39)	18 (10.91)	3.47	0.89	สูง
32. ประเมินความปวดทุกครั้ง ที่ผู้ป่วยบอกว่า ปวดฯ	1 (0.61)	8 (4.85)	60 (36.36)	67 (40.61)	29 (17.57)	3.70	0.84	สูง
33. ประเมินความปวดผู้ป่วยโดย ไม่ตัดสินใจความปวดผู้ป่วยจาก ความรู้สึกของตัวเอง	0	6 (3.64)	59 (35.76)	75 (45.45)	25 (15.15)	3.72	0.76	สูง
34. แสดงกิริยาท่าทางที่สุภาพ เป็น มิตรและใส่ใจผู้ป่วยทุกครั้ง ที่ประเมินความปวด	0	6 (3.64)	39 (23.64)	85 (51.51)	35 (21.21)	3.90	0.77	สูง
35. ได้รับความร่วมมือในการ ประเมินความปวดจากผู้ป่วย	2 (1.21)	12 (7.28)	53 (32.12)	78 (47.27)	20 (12.12)	3.62	0.84	สูง

## ตาราง ค 3

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะการจัดการความปวด  
ผู้บาดเจ็บ (N= 165)

สมรรถนะด้าน	ระดับความคิดเห็น (จำนวน, ร้อยละ)					M	S.D	ระดับ
	1	2	3	4	5			
การจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ								
37. ความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้บาดเจ็บทุกคน...”	0	4	38	80	43	3.98	0.77	สูง
		(2.42)	(23.03)	(48.49)	(26.06)			
38. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาลดปวดแต่ละชนิดในแผนกอุบัติเหตุฯ	0	6	52	84	23	3.75	0.74	สูง
		(3.64)	(31.51)	(50.91)	(13.94)			
39. ผู้บาดเจ็บที่ปวดระดับรุนแรงควรได้รับยาลดปวดแบบออกฤทธิ์แรงฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ	2	7	50	90	16	3.67	0.76	สูง
	(1.21)	(4.24)	(30.30)	(54.55)	(9.70)			
40. ยาเฟนทานิลเป็นยาลดปวดที่ใช้ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ภายใน 2-3 นาที และเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะไตวาย	7	9	75	67	7	3.35	0.86	สูง
	(4.24)	(5.45)	(45.46)	(40.61)	(4.24)			
41. ท่านประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวผู้บาดเจ็บ หลังได้รับยาลดปวดกลุ่มโอปิออยด์	0	7	53	72	33	3.79	0.81	สูง
		(4.24)	(32.12)	(43.64)	(20.00)			
42. ผู้ป่วยมีภาวะถูกกดการหายใจจากการได้รับยามอร์ฟินเกินขนาด ต้องได้รับยาแก้พิษ (antidote) คือนาล็อกโซน (naloxone)	0	8	55	57	45	3.84	0.88	สูง
		(4.85)	(33.33)	(34.55)	(27.27)			
43. กรณีที่ผู้บาดเจ็บปวดบริเวณแผล (closed wound) ท่านสามารถลดปวด โดยการใช้การประคบเย็น	8	27	68	56	6	3.15	0.91	ปานกลาง
	(4.85)	(16.36)	(41.21)	(33.94)	(3.64)			
44. การให้ข้อมูลความปวดแก่ผู้บาดเจ็บถือเป็นวิธีการจัดการความปวด...”	1	9	66	72	17	3.58	0.77	สูง
	(0.61)	(5.45)	(40.00)	(43.64)	(10.30)			



ตาราง ค 3 (ต่อ)

สมรรถนะด้าน	ระดับความคิดเห็น (จำนวน, ร้อยละ)					M	S.D	ระดับ
	1	2	3	4	5			
45. วิธีการจัดการความปวดแบบ ไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระฯ	1	7	54	59	44	3.84	0.89	สูง
	(0.61)	(4.24)	(32.73)	(35.75)	(26.67)			
46. สามารถระบุวิธีการจัดการ ความปวดผู้บาดเจ็บที่ท่านดูแลฯ	0	5	56	79	25	3.75	0.74	สูง
		(3.03)	(33.94)	(47.88)	(15.15)			
47. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขนาดปวด และผลข้างเคียงแก่ผู้บาดเจ็บ ก่อน บริหารยาทุกครั้ง	0	3	46	79	37	3.91	0.76	สูง
		(1.82)	(27.88)	(47.88)	(22.42)			
48. อธิบายแผนการบรรเทาปวดแก่ ผู้บาดเจ็บ ก่อนปฏิบัติจริงทุกครั้ง	0	3	50	78	34	3.87	0.75	สูง
		(1.82)	(30.30)	(47.27)	(20.61)			
49. ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึด ผู้บาดเจ็บเป็นศูนย์กลาง	0	5	40	77	43	3.96	0.79	สูง
		(3.03)	(24.24)	(46.67)	(26.06)			
50. เปิดโอกาสให้ผู้บาดเจ็บมีส่วน ร่วมในการแสดงความคิดเห็นและ ร่วมแก้ไขปัญหาความปวด	1	5	40	94	25	3.83	0.74	สูง
	(0.61)	(3.03)	(24.24)	(56.97)	(15.15)			
51. ผู้ป่วยและญาติมักปรึกษาท่าน เกี่ยวกับวิธีการลดปวด	1	6	62	87	9	3.59	0.68	สูง
	(0.61)	(3.64)	(37.57)	(52.73)	(5.45)			
52. มีวิธีการส่งเสริมผู้บาดเจ็บให้ สามารถจัดการความปวดด้วย ตนเองได้ เช่น ฝึกหายใจ	1	11	57	90	6	3.54	0.70	สูง
	(0.61)	(6.66)	(34.55)	(54.55)	(3.63)			
53. ส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บสามารถ จัดการความปวดด้วยตนเองได้	1	9	68	80	7	3.50	0.69	สูง
	(0.61)	(5.45)	(41.21)	(48.49)	(4.24)			
54. วางแผนก่อนปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาล เพื่อลดปวดผู้บาดเจ็บ ทุกครั้ง	1	5	68	81	10	3.57	0.68	สูง
	(0.61)	(3.03)	(41.21)	(49.09)	(6.06)			
55. คำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของ ผู้บาดเจ็บทุกครั้ง	1	3	48	86	27	3.82	0.74	สูง
	(0.61)	(1.82)	(29.09)	(52.12)	(16.36)			

ตาราง ค 3 (ต่อ)

สมรรถนะด้าน	ระดับความคิดเห็น (จำนวน, ร้อยละ)					M	S.D	ระดับ
	1	2	3	4	5			
การจัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ								
56. จัดการความปลอดภัยผู้บาดเจ็บ โดยไม่รื้อให้ปวดมากขึ้น	1	3	54	85	22	3.75	0.73	สูง
	(0.61)	(1.82)	(32.73)	(51.51)	(13.33)			
57. ไม่ทอดทิ้งให้ผู้บาดเจ็บต้องทนอยู่กับความปวดเพียงลำพังๆ	0	6	47	86	26	3.80	0.74	สูง
		(3.64)	(28.48)	(52.12)	(15.76)			
58. ให้การพยาบาลเพื่อลดความปวดแก่ผู้บาดเจ็บอย่างระมัดระวังๆ	0	4	48	80	33	3.86	0.76	สูง
		(2.42)	(29.09)	(48.49)	(20.00)			
59. หากประเมินความปวดพบว่าผู้บาดเจ็บปวดระดับรุนแรง แต่แพทย์สั่งเพียงยาลดปวดชนิดรับประทานๆ	1	5	40	83	36	3.90	0.79	สูง
	(0.61)	(3.03)	(24.24)	(50.30)	(21.82)			

## ตาราง ค 4

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะด้านการติดตามความปวด  
ผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง (N = 165)

สมรรถนะด้านการติดตาม ความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง	ระดับความคิดเห็น (จำนวน, ร้อยละ)					M	S.D	ระดับ
	1	2	3	4	5			
60. บันทึก ระดับ ความปวด ลงในฟอร์มปรอท	2	6	53	75	29	3.75	0.81	สูง
	(1.21)	(3.64)	(32.12)	(45.45)	(17.58)			
60. บันทึกกิจกรรมการพยาบาล เพื่อลดปวดผู้บาดเจ็บ และ ประเมินผลทุกครั้ง	1	7	41	82	34	3.85	0.81	สูง
	(0.61)	(4.24)	(24.85)	(49.70)	(20.60)			
61. ประเมินความปวดผู้บาดเจ็บที่ มีความปวดระดับรุนแรงซ้ำ	0	6	40	86	33	3.88	0.76	สูง
		(3.64)	(24.24)	(52.12)	(20.00)			
62. รายงานแพทย์ทันที/ ซ้ำ เมื่อ พบว่า ความปวดของผู้บาดเจ็บไม่ ทุเลาลงๆ	0	3	39	80	43	3.99	0.76	สูง
		(1.82)	(23.64)	(48.48)	(26.06)			
63. อธิบายขอบเขตและบทบาท ของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการ ความปวดผู้บาดเจ็บได้	0	7	42	87	29	3.84	0.76	สูง
		(4.24)	(25.45)	(52.73)	(17.58)			
64. อธิบายขอบเขตและบทบาท ของสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพใน การจัดการความปวดผู้บาดเจ็บได้	1	4	48	93	19	3.76	0.71	สูง
	(0.61)	(2.42)	(29.09)	(56.36)	(11.52)			
65. ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล บรรเทาปวดผู้บาดเจ็บ ภายใต้อ ขอบเขตและบทบาทของพยาบาล วิชาชีพ	0	7	41	85	32	3.86	0.77	สูง
		(4.24)	(24.85)	(51.52)	(19.39)			
66. ให้ความร่วมมือในการจัดการ ความปวดผู้บาดเจ็บร่วมกับทีม สหสาขาวิชาชีพ	0	7	41	86	31	3.85	0.77	สูง
		(4.24)	(24.85)	(52.12)	(18.79)			
67. ศึกษาหาความรู้หรือแนว ปฏิบัติการพยาบาลใหม่ๆ	1	8	71	72	13	3.53	0.74	สูง
	(0.61)	(4.85)	(43.03)	(43.63)	(7.88)			

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถามและแบบประเมิน  
วิทยานิพนธ์เรื่อง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
ในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง**

แบบสอบถามและแบบประเมิน ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** **จำนวน 9 ข้อ**  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

**ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**  
**ในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ** **จำนวน 67 ข้อ**  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติกิจกรรม

ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- |   |              |
|---|--------------|
| 2.1. สมรรถนะความรู้พื้นฐานความปวด               | จำนวน 17 ข้อ |
| 2.2. สมรรถนะการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บ         | จำนวน 18 ข้อ |
| 2.3. สมรรถนะการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ          | จำนวน 23 ข้อ |
| 2.4. สมรรถนะการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง | จำนวน 9 ข้อ  |

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง

2. ปัจจุบัน ท่านอายุ ..... ปี ..... เดือน
  3. เพศ  1. หญิง  2. ชาย
  4. ศาสนา  1. พุทธ  2. อิสลาม  3. คริสต์  4. อื่นๆ
  5. สถานภาพสมรส  1. โสด  2. สมรส  3. หม้าย/หย่า/แยก
  6. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน  
 1. ปริญญาตรี  2. ปริญญาโท  
 3. ปริญญาเอก  4. อื่นๆ โปรดระบุ .....
  7. ประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพพยาบาล รวม ..... ปี ..... เดือน
  8. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวม ..... ปี ..... เดือน
  9. ประสบการณ์การศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล (เพิ่มเติม)  
 (โปรดระบุวุฒิการศึกษา, สาขา, สถานที่ศึกษา, ปีการศึกษาที่จบ, และระยะเวลาในศึกษา)  
 1. ไม่เคยศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาล  
 2. เคย ได้แก่ .....
- .....
10. ท่านเคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวด/ การจัดการความปวดหรือไม่  
 1. ไม่เคย เหตุผล .....
  2. เคย จำนวน.....ครั้ง (โปรดระบุชื่อหัวข้อการอบรม, จำนวนชั่วโมง)  
 ครั้งที่ 1 หัวข้อเรื่อง.....  
 .....ปีพ.ศ. .... จำนวน ..... ชั่วโมง  
 ครั้งที่ 2 หัวข้อเรื่อง.....  
 .....ปีพ.ศ. .... จำนวน ..... ชั่วโมง  
 ครั้งที่ 3 หัวข้อเรื่อง.....  
 .....ปีพ.ศ. .... จำนวน ..... ชั่วโมง

(หากท่านมีข้อมูลเพิ่มเติมใดๆ สามารถเขียนเพิ่มหลังกระดาษฉบับนี้ได้เลยค่ะ)

ตอนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฯ ในการจัดการความปวดผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ตรงกับ

ความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงข้อเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เลย  
 ระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับน้อย  
 ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับปานกลาง  
 ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับมาก  
 ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ในระดับมากที่สุด

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการจัดการความปวดผู้ป่วย	ระดับ				
	1	2	3	4	5
<b>สมรรถนะด้านความรู้พื้นฐานความปวด</b>					
1. ท่านสามารถอธิบายกลไกการเกิดความปวดได้ครบทั้ง 4 กระบวนการ ได้แก่ การแปลงสัญญาณ การนำสัญญาณ การปรับสัญญาณ และการรับรู้สัญญาณ	1	2	3	4	5
2. ท่านสามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างความปวดชนิดเฉียบพลัน (acute pain) และความปวดชนิดเรื้อรัง (chronic pain) ได้ถูกต้อง	1	2	3	4	5
3. ท่านสามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างความปวดจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย (nociceptive pain) และความปวดจากปลายประสาทถูกทำลาย (neuropathic pain) ได้ถูกต้อง	1	2	3	4	5
4. ท่านเห็นด้วยว่า “ความปวดเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล บุคคลที่ประสบกับความปวดเท่านั้นจะสามารถบอกได้ดี และจะยังคงอยู่เท่าที่บุคคลนั้นบอกว่ามี”	1	2	3	4	5
5. ท่านสามารถอธิบายกลไกการเกิดความปวดเชื่อมโยงกับความปวดของผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้	1	2	3	4	5
6. ท่านสามารถอธิบายทฤษฎีความปวดได้ถูกต้อง (อย่างน้อย 1 ทฤษฎี)	1	2	3	4	5
7. ท่านสามารถอธิบายทฤษฎีความปวด (ที่ท่านสนใจ) เชื่อมโยงกับความปวดของผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้	1	2	3	4	5

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ	ระดับ				
	1	2	3	4	5
8. ท่านเห็นด้วยว่า “การเข้าใจในทฤษฎีความปวดช่วยให้การจัดการความปวดผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น”	1	2	3	4	5
9. ท่านเข้าใจความหมายของศัพท์พื้นฐานทางความปวดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นอย่างดี (ตัวอย่าง เช่น Aching, Dull, Burning, Cramping, Throbbing, Numb, Radiating, Sharp, Pin/ Needle)	1	2	3	4	5
10. ท่านเห็นด้วยว่า “ผู้ป่วยที่มีความไวต่อสิ่งกระตุ้นและสามารถรับรู้ความปวดได้มากกว่าปกติ เรียกว่า ไฮเปอร์เรสทีเซีย (Hyperesthesia)”	1	2	3	4	5
11. ท่านให้ความสำคัญกับการนำศัพท์ทางความปวดมาใช้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1	2	3	4	5
12. ท่านสามารถอธิบายผลกระทบจากความปวดเฉียบพลันที่สำคัญได้ (เช่น ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบการหายใจ ฯลฯ)	1	2	3	4	5
13. ท่านสามารถประเมินผลกระทบจากความปวดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ท่านดูแล พร้อมทั้งอธิบายสาเหตุที่เกิดขึ้นได้	1	2	3	4	5
14. ท่านดูแลความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วย	1	2	3	4	5
15. ท่านยอมรับในพฤติกรรมแสดงออกถึงความปวดที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย	1	2	3	4	5
16. ผู้ป่วยบาดเจ็บบางรายอาจปฏิเสธยามอร์ฟีน (morphine) ชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากกลัวติดยาหรือกลัวบาปที่ใช่ยา เพราะคิดว่าเป็นยาเสพติด ท่านเห็นด้วยหรือไม่	1	2	3	4	5
17. (จากคำถามข้อที่ 16) หากผู้ป่วยดังกล่าวอยู่ในการดูแลของท่าน ท่านให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ตัดสินใจเลือกการรักษาอีกครั้ง	1	2	3	4	5
<b>สมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ</b>					
18. ท่านเข้าใจหลักการประเมินความปวด (Triage Pain) ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1	2	3	4	5
19. การประเมินความปวด (Triage Pain) เหมาะสำหรับนำมาใช้คัดแยกประเภทผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีความปวดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1	2	3	4	5
20. ท่านเห็นความสำคัญกับการประเมินความปวดเสมือนเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่ผู้ป่วยบาดเจ็บทุกรายต้องได้รับการประเมิน	1	2	3	4	5



สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ	ระดับ				
	1	2	3	4	5
21. ท่านประเมินความปวด (Triage Pain) พบว่าผู้ป่วยบอกปวด 9 คะแนน (NRS 9) แสดงว่า ผู้ป่วยของท่านอยู่ในประเภทที่ 2 (จาก 5 ประเภท Triage Pain) และผู้ป่วยต้อง ได้รับการช่วยเหลือภายใน 10-15 นาที	1	2	3	4	5
22. ท่านประเมินความปวด (Triage Pain) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีระดับความรู้สึกตัวปกติในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกราย	1	2	3	4	5
23. ท่านประเมินความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บทันทีที่เข้ามาถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือภายใน 20 นาที	1	2	3	4	5
24. ท่านประเมินความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บตามแนวปฏิบัติการประเมินความปวดของหน่วยงาน ได้อย่างถูกต้อง	1	2	3	4	5
25. ท่านเห็นด้วยว่า “วิธีการประเมินความปวดที่ดีที่สุด คือ การให้ผู้ป่วยบาดเจ็บบอกระดับความปวดด้วยตัวเอง”	1	2	3	4	5
26. ท่านเข้าใจหลักการใช้เครื่องมือประเมินความปวดแต่ละชนิดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของท่านเป็นอย่างดี	1	2	3	4	5
27. ท่านสามารถใช้เครื่องมือมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS) ในการประเมินความปวดได้	1	2	3	4	5
28. ท่านสามารถใช้เครื่องมือมาตรวัดความปวดด้วยวาจา (VRS) ในการประเมินความปวดได้	1	2	3	4	5
29. ท่านซักประวัติความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บได้ครอบคลุม (ตำแหน่งปวด, ระดับความปวด, ลักษณะความปวด, ปัจจัยกระตุ้นความปวด)	1	2	3	4	5
30. ท่านสามารถระบุปัจจัยส่งเสริมการประเมินความปวดแก่ผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การใช้สื่อรูปภาพความปวด	1	2	3	4	5
31. ท่านเห็นด้วยว่า “การเปิดโอกาสให้ญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินความปวดของผู้ป่วย สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการประเมินความปวดผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น”	1	2	3	4	5
32. ท่านประเมินความปวดทุกครั้ง que ผู้ป่วยบอกว่าปวด หรือระหว่าง/หลังทำหัตถการใดๆ ที่ก่อให้เกิดความปวด หรือหลังจากการให้ยาบรรเทาปวด/ การพยาบาลเพื่อบรรเทาปวด	1	2	3	4	5
33. ท่านประเมินความปวดผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ โดยไม่ตัดสินใจความปวดผู้ป่วยจากความรู้สึกของตัวเอง	1	2	3	4	5

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการจัดการความปวดผู้ป่วย	ระดับ				
	1	2	3	4	5
34. ท่านแสดงกิริยาท่าทางอย่างสุภาพ เป็นมิตร และดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ขณะประเมินความปวด	1	2	3	4	5
35. ท่านได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการประเมินความปวดจากผู้ป่วย	1	2	3	4	5
<b>สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้ป่วย</b>					
36. ความปวดเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ต้องได้รับการจัดการ ความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ	1	2	3	4	5
37. ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดแต่ละชนิดในแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉินของท่าน เช่น ยามอร์ฟิน (morphine) ยาเฟนทานิล (fentanyl) ยา ترامาดอล (tramadol) ฯลฯ	1	2	3	4	5
38. ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับรุนแรง ควรได้รับยาบรรเทาปวดชนิดออก ฤทธิ์แรง (strong opioids) ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ	1	2	3	4	5
39. ยาเฟนทานิล (fentanyl) เป็นยาบรรเทาปวดใช้ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ จะออกฤทธิ์เร็วภายใน 2-3 นาที และเหมาะในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวาย	1	2	3	4	5
40. ท่านประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด หลังได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids)	1	2	3	4	5
41. ผู้ป่วยมีภาวะถูกกดการหายใจจากการได้รับสารเสพติดเกินขนาด ต้อง ได้รับเป็นยาแก้พิษ (antidote) คือนาร์ล็อกโซน (naloxone) ในทันที	1	2	3	4	5
42. กรณีผู้ป่วยปวดบริเวณแผลปิด (Closed wound) เพื่อให้บรรเทาปวด เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ท่านจะประคบเย็นตรงตำแหน่งที่ปวด	1	2	3	4	5
43. การให้ข้อมูลเป็นวิธีการจัดการปวดที่สามารถปฏิบัติง่ายและมี ประสิทธิภาพ เหมาะสำหรับนำมาใช้กับผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1	2	3	4	5
44. การจัดการความปวดแบบวิธีการไม่ใช่ยาบรรเทาปวดเป็นบทบาท อิสระที่ท่านสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเต็มความสามารถ	1	2	3	4	5
45. ท่านสามารถระบุวิธีการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ท่านดูแล ภายใต้ ขอบเขตการปฏิบัติงานที่ท่านปฏิบัติได้	1	2	3	4	5
46. ท่านจะให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับยาบรรเทาปวดและการเฝ้าระวัง ผลข้างเคียงจากยาทุกครั้ง ก่อนการบริหารยาแก่ผู้ป่วย	1	2	3	4	5
47. ท่านจะอธิบายขั้นตอนการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดให้แก่ผู้ป่วย ทราบก่อนลงมือปฏิบัติจริงทุกครั้ง เพื่อให้ยอมรับและร่วมมือในการรักษา	1	2	3	4	5

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บ	ระดับ				
	1	2	3	4	5
48. ท่านปฏิบัติกิจกรรมบรรเทาปวด โดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	1	2	3	4	5
49. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและ แก้ไขปัญหาความปวดร่วมกัน	1	2	3	4	5
50. ท่านมักได้รับความไว้วางใจในการขอคำปรึกษาหรือการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปวดจากผู้ป่วยและญาติอยู่เสมอ	1	2	3	4	5
51. ท่านมีวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสามารถจัดการความปวดด้วยตนเองได้ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกการหายใจ	1	2	3	4	5
52. ท่านปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในการส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสามารถจัดการกับความปวดได้ด้วยตนเองได้	1	2	3	4	5
53. ท่านวางแผนการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บก่อนลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้ง	1	2	3	4	5
54. ท่านคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยทุกครั้งในการจัดการความปวด	1	2	3	4	5
55. ท่านให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดผู้ป่วย โดยไม่รื้อให้ผู้ผู้ป่วยปวดมากขึ้น และไม่ตัดสินแทนผู้ป่วยว่าไม่อดทนหรือเรียกร้องความสนใจ	1	2	3	4	5
56. ท่านดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับความปวดทุกข์ทรมานเพียงลำพัง ไม่เพิกเฉยต่อการขอความช่วยเหลือ	1	2	3	4	5
57. ท่านปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บอย่างระมัดระวัง โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายเพิ่มหรือภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่นตามมา	1	2	3	4	5
58. เมื่อท่านประเมินความปวดพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บมีความปวดระดับรุนแรง แต่แพทย์สั่งเพียงยาบรรเทาปวดชนิดรับประทาน ท่านจะแจ้งแพทย์เพื่อขอให้พิจารณาบรรเทาปวดอีกครั้ง	1	2	3	4	5
<b>สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บต่อเนื่อง</b>					
59. ท่านบันทึกระดับความปวด (pain score) ลงในฟอร์มปรอทหรือบันทึกกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้งหลังประเมินความปวดผู้ป่วย	1	2	3	4	5
60. ท่านเขียนบันทึกกิจกรรมการพยาบาล (Nurse's Note) ที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินผลการพยาบาลทุกครั้ง	1	2	3	4	5

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการจัดการความปวดผู้ป่วย	ระดับ				
	1	2	3	4	5
61. ท่านประเมินความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีความปวดอยู่ในระดับรุนแรง ซ้ำ ภายหลังจากได้รับการจัดการความปวด 30 นาที	1	2	3	4	5
62. ท่านจะรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบว่า ความปวดของผู้ป่วยไม่ทุเลาลง ภายหลังจากได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและการจัดการความ ปวดอย่างเต็มความสามารถจากท่านแล้ว	1	2	3	4	5
63. ท่านสามารถอธิบายบทบาทหน้าที่ในการจัดการความปวดผู้ป่วยตาม ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้	1	2	3	4	5
64. ท่านสามารถอธิบายบทบาทหน้าที่ในการจัดการความปวดผู้ป่วยของ ทีมสหสาขาวิชาชีพได้	1	2	3	4	5
65. ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมพยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยภายใต้ ขอบเขตความรับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ท่านอย่างเต็มความสามารถ	1	2	3	4	5
66. ท่านยินดีปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพยาบาลด้านความปวดผู้ป่วยร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	1	2	3	4	5
67. ท่านศึกษาหาความรู้หรือแนวปฏิบัติการพยาบาลใหม่ๆ ตลอดจน แสวงหางานวิจัยที่เกี่ยวกับความปวดอยู่เสมอ เพื่อพัฒนาความสามารถใน การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น	1	2	3	4	5

ข้อเสนอแนะ .....

.....

.....

.....

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มา ณ โอกาสนี้

หากท่านมีข้อสงสัยใดหรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อผู้วิจัยโดยตรงได้ที่  
นางสาวจุฬารัตน์ แซ่ฟ้ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
หมายเลขโทรศัพท์ 084-9667344 หรือ E-mail: chula phang@hotmail.com

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สุกกล	นางสาวจุฬารัตน์ แซ่พ้ง	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5610420017	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา	2554

## ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน

กำลังปฏิบัติงานประจำแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่

## ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ได้รับเงินทุนอุดหนุนการค้นคว้าวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา