



คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ  
ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์  
**Quality of Pain Management During Wound-dressing in Clients With  
Traumatic Wound at Traumatic and Emergency Department of  
General Hospitals and Regional Hospitals**

บุญญาภัทร ชาทิพัฒนานันท์

**Boonyapat Shatpattananunt**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirement for the Degree of**

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

**Prince of Songkla University**

**2554**

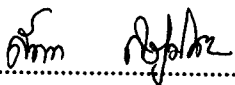
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์


ชื่อวิทยานิพนธ์      คุณภาพการจัดการความปวกฉะท่าแผลในผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ  
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์  
ผู้เขียน              นางบุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์  
สาขาวิชา            พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

---

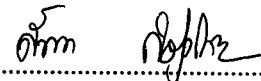
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

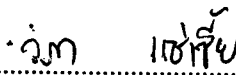
คณะกรรมการสอบ


  
.....  
(ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์)


  
.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

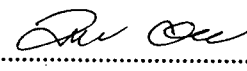
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

  
.....กรรมการ  
(ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์)

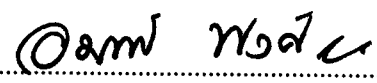
  
.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

  
.....กรรมการ  
(แพทย์หญิงวรรณมา อังคสุวรรณ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

  
.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์ดารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	คุณภาพการจัดการความปวดยขณะทำแผลในผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์
ผู้เขียน	นางบุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2553

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการจัดการความปวดยขณะทำแผลในผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 46 คน และผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มารักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 235 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล กระบวนการจัดการความปวดยขณะทำแผลอุบัติเหตุ และความพึงพอใจต่อคุณภาพการจัดการความปวดยขณะทำแผลอุบัติเหตุ และ (2) แบบสอบถามข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจต่อคุณภาพการจัดการความปวดยขณะทำแผลอุบัติเหตุ โดยแบบสอบถามกระบวนการจัดการความปวดยขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อคุณภาพการจัดการความปวดยขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาลและผู้ให้บริการได้ผ่านการทดสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบค่าความเที่ยง แบบสอบถามกระบวนการจัดการความปวดยขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาลได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ให้บริการคุณภาพการจัดการความปวดยขณะทำแผลอุบัติเหตุ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพการจัดการความปวดยขณะทำแผลอุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.61, SD = 0.48$ ) เมื่อแยกเป็นองค์ประกอบพบว่า สามในห้าองค์ประกอบอยู่ในระดับสูง ได้แก่ (1) การค้นหาและรักษาสาเหตุที่ทำให้ปวดแผล (2) การให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดยขณะทำแผล และ (3) การจัดการความปวดยขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสม ส่วนองค์ประกอบอีกสองด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ (1) การประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ ของผู้ให้บริการ และ (2) การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดยขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการจัดการความปวคขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาลและ  
ผู้ให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการจัดการความ  
ปวคขณะทำแผลอุบัติเหตุให้แก่พยาบาล และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาแนว  
ปฏิบัติการจัดการความปวคขณะทำแผลอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อนำไปสู่การ  
พัฒนาคุณภาพการพยาบาล

<b>Thesis Title</b>	Quality of Pain Management During Wound-dressing in Clients With Traumatic Wound at Traumatic and Emergency Department of General Hospitals and Regional Hospitals
<b>Author</b>	Mrs. Boonyapat Shatpattananunt
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Adult Nursing)
<b>Academic Year</b>	2010

### ABSTRACT

This study aimed to describe the quality level of pain management during wound-dressing of clients with traumatic wound at the traumatic and emergency department (ED) of general hospitals and regional hospitals. A sample of 46 emergency nurses and 235 clients with traumatic wound at the ED were purposively selected. Two sets of questionnaire were used; (1) the questionnaire for nurses covered Demographic Data, Process of Pain Management During Wound-dressing, and the Satisfaction to the Quality of Pain Management During Wound-dressing (SQPMW), and (2) the questionnaire for clients covered Demographic Data and the SQPMW. The content validity of these questionnaires was examined by five experts and tested for reliability. The reliability of the questionnaires related to process of pain management during wound-dressing was .93 while that of SQPMW yielded Cronbach's alpha coefficient at .81 for both of nurse and client groups. Frequency, percentage, mean, and standard deviation were employed for data analysis. The results indicated that:

1. Overall quality of pain management during wound-dressing by ED nurses was at a moderate level ( $M = 3.61$ ,  $SD = 0.48$ ). Regarding each dimension of quality, three of five dimensions were high, namely (1) identifying and managing the cause of traumatic wound pain, (2) involving and empowering clients to optimize pain management during wound-dressing, and (3) choosing the pharmacological and non-pharmacological strategies to minimize wound-dressing pain. Another two dimensions were at a moderate include, namely assessing pain in various

dimensions and continuous monitoring and evaluating the outcomes of pain management during wound-dressing.

2. Overall satisfaction score regarding quality of pain management during wound care of nurses and of clients were at a moderate level.

The results of this study could be used to improve nurses' knowledge in wound-dressing pain management and inform policy makers to develop the guidelines of traumatic wound pain management for quality improvement of nursing care at ED.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดีจาก ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา เอาใจใส่ติดตามความก้าวหน้าของวิทยานิพนธ์อย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย อาจารย์เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ในการทำวิจัย รวมทั้งคอยให้กำลังใจ และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร อาจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา คุณฉนวนอม ภิบาลศักดิ์ คุณนฤมล อนุมาศ และคุณนภาศิริ โชติแก้ว ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบ โครงร่าง วิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาแสดงแนวความคิดที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีคุณค่าและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา คอยชี้แนะแนวทางและเป็นแบบอย่างที่ดี

ขอกราบขอบพระคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่ให้ทุนการศึกษานับสนุนให้แก่ผู้วิจัยจนจบการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้ความร่วมมือ และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าและเจ้าหน้าที่สุขภาพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกท่าน ทีมผู้ช่วยวิจัยที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ให้บริการที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขออุทิศประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ให้แก่ คุณยอร์น จินดากุล บิดา ผู้ล่วงลับ กราบขอบพระคุณแม่นั่งลักษณ์ จินดากุลที่เป็นแรงบันดาลใจในการศึกษา และคอยส่งพลังใจมาให้อย่างสม่ำเสมอ ขอขอบคุณ พ.ต.ต.วิจิตร ชาติพัฒนานันท์ ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือ คอยอยู่เคียงข้าง และให้คำปรึกษามาโดยตลอด ขอขอบคุณครอบครัว ค.ต.วินัย-คุณขวัญจิรา นิจบรณณ์ ที่คอยดูแลบุตรสาวของผู้วิจัย เอื้อโอกาสให้ผู้วิจัยมีเวลาในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์อย่างเต็มที่ และขอขอบคุณครอบครัวงานนเพียง ครอบครัวเต็มรัตน์ และครอบครัวต่อม สำหรับกำลังใจ ความรัก ความห่วงใยและคอยช่วยเหลือกันตลอดมา

บุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิด.....	6
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
แผลอุบัติเหตุ.....	12
ความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ.....	13
ระบบคุณภาพในการจัดการความปวด.....	19
คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ.....	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	60
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	62



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	64
ผลการวิจัย.....	64
การอภิปรายผล.....	84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	94
สรุปผลการวิจัย.....	94
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	95
ข้อเสนอแนะ.....	95
บรรณานุกรม.....	97
ภาคผนวก.....	114
ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	115
ข ใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย.....	122
ค ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	124
ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	134
ประวัติผู้เขียน.....	139

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและ โรงพยาบาลศูนย์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	65
2 จำนวนแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ใช้บริการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์.....	67
3 จำนวนของพยาบาลที่เลือกใช้วัสดุภัณฑ์หรือสารเหลว สารละลายสำหรับทำ แผลอุบัติเหตุ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....	68
4 จำนวน และร้อยละของผู้ใช้บริการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล ทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	69
5 จำนวน และร้อยละของผู้ใช้บริการ จำแนกตามจำนวนของแผลอุบัติเหตุทั่ว ร่างกาย ชนิดของแผล ตำแหน่งที่มีอาการปวดแผล ลักษณะของความปวดแผล ประสบการณ์ความปวดและความรู้ลักษณะรอยแผล.....	71
6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงความปวด ตามการรายงานของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการก่อน ขณะ และหลังการทำแผล อุบัติเหตุ.....	75
7 จำนวน และร้อยละของผู้ใช้บริการที่มีความคิดเห็นต่อการจัดการความปวดที่ ได้รับและผลบรรเทาปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ จำแนกตามวิธีการจัดการ.....	76
8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการความปวดขณะทำแผล อุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล ทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์.....	77
9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของ พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ต่อ คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ.....	79
10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของ ผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์.....	81

## รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
11 จำนวน และร้อยละของปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการความปวดขณะ ทำแผลอุบัติเหตุ ตามการรายงานของประชากรพยาบาลและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใช้บริการ.....	82
12 จำนวน และร้อยละของข้อเสนอแนะที่มีผลต่อการจัดการความปวดขณะทำ แผลอุบัติเหตุ ตามการรายงานของประชากรพยาบาล และกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใช้บริการ.....	83
ค1 ร้อยละ ความถี่ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จำแนกตาม องค์ประกอบ และรายชื่อ.....	124

## รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการศึกษาคูณภาพการจัดการความปวดยณะทำแผลในผู้ให้บริการ ที่มีแผลอุบัติเหตุ โรงพยาบาลทั่วไปและ โรงพยาบาลศูนย์.....	8
2 มาตรการวัดความปวดยด้วยสายตา.....	36
3 มาตรการวัดความปวดยด้วยคำพูด.....	36
4 มาตรการวัดความปวดยแบบตัวเลข.....	37
5 มาตรการวัดความปวดยแบบใบหน้า.....	37

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การส่งและได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยและรวดเร็ว ทำให้ประชาชนมีความตื่นตัว แสวงหาและคาดหวังต่อการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ จากกระแสหลักดังกล่าวทำให้สถานบริการสุขภาพทุกระดับให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพด้านการบริการ โดยเน้นการมีกระบวนการอย่างมีขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย มาตรฐานการพัฒนาระบบบริการ การวางแผน และการประเมินติดตามผลลัพธ์ของกิจกรรม ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายหลักคือ การให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน (อนุวัฒน์และคณะ, 2543)

การพัฒนาและควบคุมคุณภาพการบริการสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้โรงพยาบาลให้บริการรักษาที่มีมาตรฐาน ผู้ใช้บริการเกิดความปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและจำนวนวันที่ต้องนอนในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ใช้บริการและครอบครัวเกิดความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สุขภาพยังได้รับการยอมรับจากผู้ใช้บริการและสังคม ไม่เกิดข้อบกพร่องในการให้บริการเชิงวิชาชีพ องค์กรได้รับชื่อเสียง และเป็นการประหยัดงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ (ณัฐพันธ์และคณะ, 2546; พวงรัตน์, 2546; สุนันทา, 2546) ดังเช่นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาสถานบริการสุขภาพหลายแห่งได้ให้ความใส่ใจอย่างมากต่อเรื่องคุณภาพของการจัดการความปวด (Gordon & Dahl, 2004) เช่น องค์กรในสหรัฐอเมริกาและกระทรวงสาธารณสุขไทยได้ให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดและได้ระบุความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้ารวมทั้งให้ผู้ใช้บริการต้องได้รับการประเมินและการบำบัดรักษาความปวดอย่างเหมาะสม (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549; Gordon et al., 2002)

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยบริการสุขภาพด้านแรกของโรงพยาบาลที่ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น หรือให้การช่วยเหลือชีวิตในภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้ใช้บริการที่มีปัญหาด้านสุขภาพแบบเฉียบพลันทุกประเภท จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ใช้บริการที่เกิดอุบัติเหตุเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 31 ล้านรายต่อปี โดยร้อยละ 23 เป็นผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ หรือคิดเป็นผู้ใช้บริการจำนวน 7.13 ล้านรายต่อปี (Niska, Bhuiya, & Xu, 2010) ในขณะที่ในประเทศไทยมีผู้ใช้บริการที่เกิดอุบัติเหตุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนประมาณ 1.75 ล้านรายต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) โดยผู้ใช้บริการดังกล่าวมักมี

แผลขนาดเล็กจนถึงขนาดใหญ่ เช่น แผลถลอก แผลฉีกขาด และแผลถูกแทงด้วยของแหลมคม เป็นต้น (เรวัต, 2547) แผลอุบัติเหตุเป็นแผลเปิด สกปรก ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Flynn อ้างตาม เรณู, 2551) ผู้ใช้บริการจึงต้องได้รับการทำแผลอย่างมีคุณภาพเพื่อป้องกันหรือลดเชื้อโรค และส่งเสริมกระบวนการหายของแผลให้เร็วที่สุด (บุญเกียรติ และเฉลิมพงษ์, 2550)

อย่างไรก็ตาม มีหลายงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การทำแผลอุบัติเหตุโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพส่งผลลัพธ์ทางลบแก่สุขภาพของผู้ใช้บริการ กล่าวคือ ทำให้เกิดความปวดขณะทำแผล ดังเช่น จากการศึกษาของจิราภรณ์ (2551) ได้สำรวจผู้ให้บริการที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลจอมทอง พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดความปวดจากการทำแผลมากกว่าร้อยละ 50 โดยมีความปวดจากการทำแผลระดับปานกลางจนถึงรุนแรง สท็อทและคณะ (Stotts et al., 2004) ได้สำรวจผู้ให้บริการผู้ใหญ่ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 412 รายพบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดความปวดจากการทำแผลร้อยละ 84 และจากการสำรวจประเทศในทวีปยุโรปตะวันตกจำนวน 11 ประเทศพบว่า ผู้บริการร้อยละ 63 รับรู้ถึงความปวดจากการทำแผล (Moffatt, Franks, & Hollinworth as cited in Shukla et al., 2005) โดยพบว่า การเปลี่ยนผ้าปิดแผลเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความปวดมากที่สุด รองลงมาเป็นความปวดจากการล้างแผล (Stotts et al.)

ความปวดขณะทำแผลส่งผลกระทบต่อผู้บริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและเศรษฐกิจ ด้านร่างกาย พบว่า ค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจช่วงก่อน ขณะ และหลังการทำแผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยขณะทำแผลมีระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจสูงที่สุด (Stotts et al., 2004) นอกจากนี้ความปวดที่เกิดขึ้นขณะทำแผลมีผลกระทบต่อแผลโดยตรงคือ ทำให้หลอดเลือดหดตัว ลดการไหลเวียนของเลือดไปยังแผล ส่งผลให้แผลหายช้าลง (Hollinworth, 2005) ด้านจิตสังคม พบว่าความปวดขณะทำแผลส่งผลให้ผู้บริการรู้สึกกังวล ไม่พึงพอใจในบริการ แยกตัวออกจากสังคม (Shukla et al., 2005) ด้านเศรษฐกิจพบว่า ผู้บริการเมื่อเกิดแผลอุบัติเหตุทำให้ไม่สามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้บริการบางรายต้องมาล้างแผลตามนัด ทำให้สูญเสียเวลาและรายได้ รวมทั้งมีรายจ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลและจ่ายค่ารักษาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่า ผู้บริการส่วนใหญ่รายงานว่า ยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อซื้อวัสดุภัณฑ์เพื่อบรรเทาความปวดขณะทำแผล เช่น ผ้าปิดแผลแบบไม่ยึดติด (non-adhesive alternatives) (Vermeulen, Ubbink, Zwart, Goossens, & Vos, 2007) แต่ผู้บริการหลายรายมีข้อจำกัดด้านการเงินทำให้ไม่สามารถเลือกวัสดุภัณฑ์ได้ตามต้องการ (Beitz & Goldberg อ้างตาม เรณู, 2551)

จากผลกระทบของความปวดขณะทำแผลที่เกิดขึ้นในผู้ใช้บริการแสดงให้เห็นว่า การจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างมีคุณภาพเป็นสิ่งจำเป็น อย่างไรก็ตามมีหลายการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การจัดการความปวดขณะทำแผลยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการ ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ เช่น เกิดแผลบริเวณที่มีเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมากทำให้เกิดความปวดมาก (Arroyo-Novoa et al., 2009) แผลมีขนาดใหญ่ทำให้ปวดบริเวณแผลมากขึ้น (Arroyo-Novoa et al.; Young, 2007) นอกจากนี้ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการก็ยังมีผลต่อระดับความรุนแรงของความปวดขณะทำแผล เช่น เพศหญิงจะรับความรู้สึกปวดได้ไวและทนต่อความปวดน้อยกว่าเพศชาย ทำให้เพศหญิงแสดงออกต่อความปวดมากกว่าเพศชาย (อภิพร, 2549) และวัยรุ่นรับรู้ความปวดได้ดีกว่าวัยสูงอายุ (Brunner & Suddarth อ้างตาม อรัญญาและนียา, 2545) ทำให้ความปวดขณะทำแผลของผู้ใช้บริการวัยรุ่นอยู่ในระดับรุนแรงกว่าวัยสูงอายุ (Puntillo et al., 2001) เป็นต้น (2) ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดทั่วไปของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินความปวดในผู้ใช้บริการและการใช้ยาบรรเทาความปวด (Innis, Bikaunieks, Petryshen, Zellermeier, & Ciccarelli, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่า เจ้าหน้าที่สุขภาพกลัวผู้ใช้บริการการติดยากลุ่มโอปิออยด์ (opioid) (World Health Organization [WHO] as cited in Duignan & Dunn, 2008) และมักใช้เวลาส่วนใหญ่กับการจัดการงานเอกสาร (Thomas et al., 2003) และ (3) ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร ได้แก่ อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้จัดบริการเพื่อตอบสนองต่อความปวดของผู้ใช้บริการล่าช้า (Hwang, Richardson, Sonuyi, & Morrison, 2006) ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่า โรงพยาบาลบางแห่งไม่มีระบบการประเมินและการบันทึกความปวด (สมบูรณ์และคณะ, 2550) และขาดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทำให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Gordon, Dahl, & Stevenon อ้างตาม โสพิศ, 2549) จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้คุณภาพการจัดการความปวดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่ยังไม่ดีเท่าที่ควร จึงทำให้ไม่สามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ใช้บริการกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากความด้อยคุณภาพในการจัดการความปวดขณะทำแผลที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ ทำให้องค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแผลเห็นความสำคัญและเกิดความร่วมมือในการจัดการความปวดของผู้ใช้บริการขณะได้รับการทำแผล ได้แก่ สมาพันธ์สมาคมการฟื้นฟูของแผลระดับโลก (World Union of Wound Healing Societies [WUWHS], 2004, 2007) สมาพันธ์การจัดการแผลแห่งสหภาพยุโรป (European Wound Management Association [EWMA] as cited in Moffatt, 2002)

และสมาคมพยาบาลด้านการจัดการเพื่อกองสภาพเนื้อเยื่อ (Tissue Viability Nurses Association [TVNA], 2004) โดยได้ดำเนินการทบทวนงานวิจัย และจัดประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านแผลจากนานาชาติเพื่อสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการบรรเทาปวดขณะทำแผล ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานห้าองค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการ (2) การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล (3) การให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล (4) การจัดการความปวด ขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสม และ (5) การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เพื่อให้หน่วยงานได้ทราบจุดอ่อนจุดแข็งในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพจัดการความปวดให้ดียิ่งขึ้น จึงได้จัดให้มีระบบการขอรับการประเมินคุณภาพการบริการอย่างสม่ำเสมอภายใต้ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการจัดการความปวด โดยครอบคลุมการประเมินด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ สมาคมความปวดแห่งอเมริกา (American Pain Society [APS]) ได้กำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการจัดการความปวดต่อสุขภาพผู้ใช้บริการ เช่น ความรุนแรงของความปวด ความสามารถในการทำหน้าที่หรือการทำกิจกรรมและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดการความปวด รวมทั้งความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อคุณภาพการจัดการความปวด เป็นต้น (Gordon et al., 2002) การประเมินคุณภาพการจัดการความปวดจึงมีความสำคัญเพราะจะช่วยให้สามารถประเมินคุณภาพของการดูแลและวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (โสพิศ, 2549)

สำหรับงานวิจัยที่ผ่านมา ในประเทศไทยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความปวดทั่วไปในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น โสพิศ (2549) ได้ศึกษาการจัดการความปวดและผลลัพธ์ของการจัดการความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยประเมินการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดทั่วไปตามกรอบของคณะกรรมการรับรองมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization [JACHO]) และผลลัพธ์ของการจัดการความปวดทั่วไปในสองด้านคือ ระดับความรุนแรงของความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดทั่วไป โดยประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดของสมาคมความปวดแห่งอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการยังได้รับการจัดการความปวดไม่เพียงพอกับความต้องการ และพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 66.67 รายงานว่า ไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการดูแลสุขภาพปวด เนื่องจากมีบุคลากรทีมสุขภาพจำนวนมากทำให้การได้รับการอบรมไม่ทั่วถึง ประกอบกับบุคลากรมีภาระงานมากและไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ใช้บริการที่มีความปวด



ทำให้การพัฒนาคุณภาพไม่ต่อเนื่อง (โสพิศ, 2549) จากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดการความปวดยังเป็นปัญหาสำคัญของผู้ใช้บริการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งความสำเร็จในการจัดการความปวดถือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของคุณภาพการบริการที่ทำนายสำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพ การจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ใช้บริการอุบัติเหตุที่รักษาในแผนกฉุกเฉิน จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศในปัจจุบันยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการศึกษาส่วนใหญ่จะศึกษาในเฉพาะผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ เช่น การประเมินระดับความรุนแรงของความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ และการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ โดยประเมินเฉพาะในมุมมองของผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงกระบวนการจัดการความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุในมุมมองของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับที่มีการพัฒนาเข้าสู่การประกันคุณภาพตามแนวทางของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549) และมีผู้ใช้บริการที่ได้มารับการทำให้แผลอุบัติเหตุจำนวนมากพอที่ให้เห็นปรากฏการณ์ด้านการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองผลลัพธ์สำหรับงานวิจัยด้านการดูแลสุขภาพของโฮลเซอร์และเรียลลี (Holzemer & Reilly, 1995) โดยเลือกศึกษาด้านกระบวนการและผลลัพธ์ได้แก่กระบวนการให้การดูแลของพยาบาล ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจที่เกิดขึ้นกับพยาบาลและผู้ใช้บริการ เนื่องจากพบว่า การประเมินคุณภาพในด้านกระบวนการและผลลัพธ์สามารถนำไปวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สุขภาพได้ (McGlynn & Brook as cited in Sirimai, 2007) ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สะท้อนให้เห็นถึงภาพรวมของคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดแก่ผู้ใช้บริการที่ได้รับการทำให้แผลอุบัติเหตุให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการจัดการความปวกฉณะทำแผลอุบัติเหตุตามเกณฑ์มาตรฐานสากล ประกอบด้วย

1. ศึกษาระดับการจัดการความปวกฉณะทำแผลอุบัติเหตุตามรายงานของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพการจัดการความปวกฉณะทำแผลอุบัติเหตุ
3. ศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวกฉณะทำแผลอุบัติเหตุ

### คำถามการวิจัย

คุณภาพการจัดการความปวกฉณะทำแผลอุบัติเหตุตามเกณฑ์มาตรฐานสากลอยู่ในระดับใด ประกอบด้วย

1. การจัดการความปวกฉณะทำแผลอุบัติเหตุตามรายงานของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับใด
2. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพการจัดการความปวกฉณะทำแผลอุบัติเหตุอยู่ในระดับใด
3. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวกฉณะทำแผลอุบัติเหตุอยู่ในระดับใด

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการจัดการความปวกฉณะทำแผลในผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดภายใต้แบบจำลองผลลัพธ์สำหรับงานวิจัยด้านการดูแลสุขภาพ สร้างโดยโฮลซิมเมอร์และเรย์ลีย์ (Holzemer & Reilly, 1995) ประกอบด้วยระบบ ของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ แบบจำลองนี้ประกอบด้วยเก้าองค์ประกอบ ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้าของผู้ให้บริการ (2) กระบวนการทางสุขภาพของผู้ให้บริการ (3) ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ให้บริการ (4) ปัจจัยนำเข้าของผู้ให้บริการ/แพทย์ และพยาบาล (5) กระบวนการให้การดูแลสุขภาพของผู้ให้บริการ (6)

ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ใช้บริการ (7) ปัจจัยนำเข้าของหน่วยงาน (8) กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน และ (9) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับหน่วยงาน

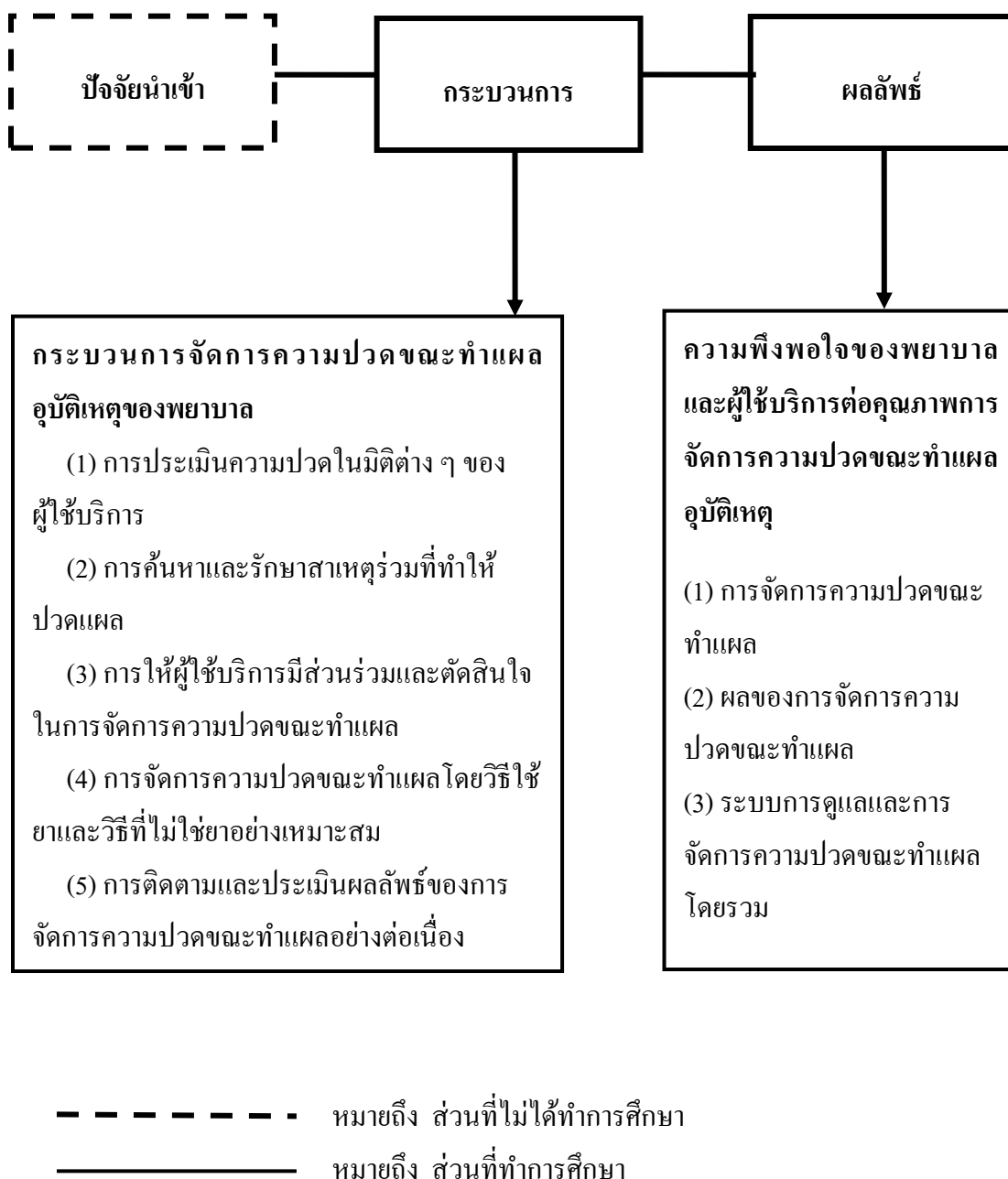
การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งเป็นหน่วยงานที่บริการและรักษาผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาองค์ประกอบ ได้แก่ (1) กระบวนการให้การดูแลของผู้ให้บริการ (2) ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ใช้บริการ และ (3) ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ใช้บริการ เนื่องจากการประเมินคุณภาพในด้านกระบวนการและผลลัพธ์สามารถนำไปวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สุขภาพได้ (McGlynn & Brook as cited in Sirimai, 2007) รายละเอียดการศึกษาในสามองค์ประกอบมีดังนี้

1. กระบวนการให้การดูแลของผู้ให้บริการ ซึ่งผู้ใช้บริการในที่นี้คือ พยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้บริการหลักในการทำแผลให้แก่ผู้ใช้บริการ โดยคุณภาพกระบวนการด้านการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุสร้างจากการทบทวนแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการบรรเทาความปวดขณะทำแผลของสมาพันธ์สมาคมการฟื้นฟูของแผลระดับโลก (WUWSH, 2004, 2007) สมาคมด้านการจัดการเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ (TVNA, 2004) และสมาพันธ์การจัดการแผลแห่งสหภาพยุโรป (EWMA as cited in Moffatt, 2002) ประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานห้าองค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการ (2) การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล (3) การให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล (4) การจัดการความปวด ขณะทำแผล โดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสม และ (5) การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง

2. ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ใช้บริการ/แพทย์และพยาบาล เป็นการประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

3. ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ใช้บริการ เป็นการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

กรอบแนวคิดของคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ สามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

## นิยามศัพท์

การจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ หมายถึง การรับรู้ถึงความถี่ในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของสมาพันธ์สมาคมการฟื้นฟูของแผลระดับโลก (WUWSH, 2004, 2007) สมาคมด้านการจัดการเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ (TVNA, 2004) และสมาพันธ์การจัดการแผลแห่งสหภาพยุโรป (EWMA as cited in Maffatt, 2002) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวข้อประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการ (2) การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล (3) การให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล (4) การจัดการความปวด ขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสม และ (5) การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง

ความพึงพอใจต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผล หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของพยาบาลและผู้ใช้บริการต่อการจัดการความปวดโดยพยาบาลขณะทำแผลอุบัติเหตุ โดยใช้แบบสอบถามประเมินระดับความพึงพอใจที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการความปวดทั่วไปในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของสมาคมความปวดแห่งอเมริกา (APS) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย โสพิศ (2549)

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ ในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ใช้บริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคใต้ตอนล่าง โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2553 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2554

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุกับมาตรฐานสากล เพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลใน

ผู้ใช้บริการที่มีผลอุบัติเหตุ และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล พัฒนาแนวปฏิบัติ และจัดวางระบบบริการให้แก่ผู้ใช้บริการที่มีผลอุบัติเหตุต่อไป

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเรื่อง คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ได้แก่

1. แผลอุบัติเหตุ
2. ความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ
  - 2.1 ความหมายและประเภทของความปวด
  - 2.2 กลไกความปวดแผลอุบัติเหตุและความปวดขณะทำแผล
  - 2.3 สาเหตุของความปวดแผลอุบัติเหตุ และปัจจัยความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ
  - 2.4 ผลกระทบของความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ
3. ระบบคุณภาพในการจัดการความปวด
  - 3.1 องค์ประกอบคุณภาพ
  - 3.2 ตัวชี้วัดคุณภาพและการประเมินคุณภาพ
  - 3.3 การประเมินคุณภาพการจัดการความปวดและตัวชี้วัด
  - 3.4 ปัญหาในระบบการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของผู้ให้บริการ  
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4. คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ
  - 4.1 ข้อเสนอแนะและแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ
  - 4.2 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ให้บริการต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ
  - 4.3 การประเมินคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

### แผลอุบัติเหตุ (traumatic wound)

แผลอุบัติเหตุ หมายถึง แผลที่ได้รับบาดเจ็บซึ่งเกิดขึ้นได้ไม่นาน สาเหตุเกิดจากการกระแทก การถูกดึงรั้งหรือถูกกระชากอย่างแรง ทำให้ผิวหนังถลอก หลุด มีสิ่งแปลกปลอมตกค้าง และอวัยวะถูกตัดขาด (Herman & Newberry, 2003)

แผลที่เกิดจากอุบัติเหตุมีหลายประเภท ได้แก่

แผลถลอก (abrasion wound) หมายถึง แผลผิวหนังที่มีการขีดข่วนหลุดออกไป สาเหตุจากการขีด ข่วน หรือกระแทกกับวัตถุไม่มีคม อาจมีของเหลวจากเนื้อเยื่อซึมออกมา และหากแผลลึกก็อาจมีเลือดซึมออกมามีด้วย (กานดา, 2552) อาจเป็นแผลขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ก็ได้ (Trott, 2005) และอาจมีสิ่งแปลกปลอมตกค้างอยู่ เช่น เศษดินหรือทราย (สุดาพรรณ, 2546)

แผลฉีกขาด (laceration wound) หมายถึง แผลที่เกิดจากวัตถุไม่มีคมแต่มีความแรงพอที่จะทำให้ผิวหนังมีการแยกออกจากกันตลอด ขอบแผลจะขาดกระรุ่งกระริ่ง และมีการทำลายของเนื้อเยื่อแผลมาก แผลอาจมีทั้งตื้นและลึก (กานดา, 2552) แผลที่มีเลือดออกมากอาจมีความลึกไปจนถึงชั้นกล้ามเนื้อ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Freeman & Pethe อ้างตาม จิราภรณ์, 2551)

แผลถูกตัด (incision or cut wound) หมายถึง แผลที่เกิดจากการกดและลากผ่านผิวหนังในทิศทางเดียวกับความคม ทำให้ผิวหนังแยกออกจากกัน ความยาวของแผลจะมากกว่าความลึก ขอบแผลจะเรียบ ขอบแผลจะชิดกัน ถ้าลึกอาจทำให้มีเลือดออกมาก (กานดา, 2552)

แผลแทง (stab or penetrating wound) หมายถึง แผลที่เกิดจากการถูกวัตถุปลายแหลมจะมีคมหรือไม่มีคมดันผ่านผิวหนังเข้าไปตามแนวยาวของวัตถุ เช่น กรรไกร ช้อนกระจกที่แตก และมีดทำให้แผลมีรูปร่างแตกต่างกันไปตามลักษณะของวัตถุและทิศทางการแทง แผลชนิดนี้ จะมีความต่างจากแผลถูกตัด ตรงที่แผลจะมีความลึกมากกว่าความยาวและความกว้าง (กานดา, 2552)

แผลถูกตำ (puncture wound) หมายถึง แผลที่เกิดจากของมีคมปลายแหลมที่มตำหรือแทง ลักษณะของแผลจะมีรูเข้าขนาดเล็ก ภายนอกขอบค่อนข้างเรียบ เสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรีย และอาจมีสิ่งแปลกปลอมตกค้างที่กั้นแผล อาจมีอวัยวะภายในได้รับอันตรายด้วย เช่น หลอดเลือด เส้นประสาท (ปรีชาและสีบวงส์, 2547) ความรุนแรงของแผลขึ้นอยู่กับความลึกและการทำลายเนื้อเยื่อ (สุดาพรรณ, 2546)

แผลผิวหนังหลุด (avulsion) คือ แผลที่มีส่วนของผิวหนังแยกออกจากชั้นใต้ผิวหนัง และอาจมีการแยกจากกันของผิวหนังชั้นต่าง ๆ ได้ด้วยแรงที่ฉีกเนื้อเยื่อออก (ปรีชาและสีบวงส์, 2547) หรือผิวหนังอาจหลุดออกไปบางส่วน (flap) มักมีขนาดไม่ใหญ่มากนัก (สุดาพรรณ, 2546)



แผลบด (crushing) หมายถึง แผลที่ได้รับแรงกดจากภายนอกสูงทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นชอกช้ำและเกิดเนื้อตาย เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น แผลจากการถูกเครื่องจักรกลบดขยี้ (ปรีชาและสีบวงศ์, 2547)

แผลถูกยิง (gunshot wound) หมายถึง แผลที่เกิดจากอาวุธปืน ลักษณะของแผลทางเข้ามักเป็นรูกลมหรือรี แต่ถ้าเป็นแผลที่กะโหลกศีรษะจะเป็นรูปแฉกหรือรูปดาว แผลทางออกมักมีรูปร่างไม่แน่นอน แต่มักจะมีขนาดใหญ่กว่าแผลทางเข้าและอาจพบเศษอวัยวะ เนื้อเยื่อต่าง ๆ มากอยู่ (กานดา, 2552)

แผลจากการโดนกัด (bite wound) หมายถึง แผลที่เกิดจากการโดนสัตว์หรือคนกัด (Trott, 2005) ลักษณะของแผลจะเป็นแผลลอกกร่วมกับแผลฟกช้ำ มีรูปร่างเป็นเส้นสั้น ๆ ต่อกันเป็นรูปโค้งครึ่งวงกลม (กานดา, 2552) หรือเป็นรอยเขี้ยว (สุดาพรรณ, 2546) แผลเหล่านี้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

แผลไฟไหม้ (burn) หมายถึง แผลที่เกิดจากผิวหนังหรือเนื้อเยื่อของร่างกายสัมผัสกับอุณหภูมิ สารเคมี ของเหลวร้อน กระแสไฟฟ้า และรังสีมากเกินไป (สิริมา, 2548; Evans, 2004) การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอาจมีเพียงเล็กน้อยจนถึงรุนแรงขึ้นอยู่กับปริมาณความร้อน ความทนทานต่อความร้อนและเวลาที่เนื้อเยื่อบริเวณนั้นได้รับความร้อนนั้น (มาโนช, 2552)

### ความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

#### ความหมายและประเภทของความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่น่าหวาดกลัว (Shukla et al., 2005) ไม่มีใครบอกได้ดีเท่ากับตัวบุคคลที่กำลังปวดอยู่ (McCaffery as cited in Krasner, Shapshak, & Hopf, 2007) ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่มีความซับซ้อนและมีหลายมิติ ได้แก่ มิติทางด้านสรีระ ด้านความรู้สึก ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสังคมและวัฒนธรรม (วงจันทร์, 2547) ทำให้บุคคลแสวงหาการรักษา (Shukla et al.)

ความปวดจำแนกได้หลายประเภท หากจำแนกความปวดตามระยะเวลาการเกิดจะแบ่งได้เป็นสองชนิด (ศศิกันต์, 2552; Benbow, 2009; Jones, 2008; Vuolo, 2009) ได้แก่ (1) ความปวดเฉียบพลัน เป็น ความปวดที่เกิดจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บ เป็นความปวดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Benbow; Vuolo) และเป็นสัญญาณช่วยเตือนให้ทราบถึงอันตรายที่เกิดขึ้นกับการทำหน้าที่ของร่างกาย (Hofman, 2006; Vuolo) ความปวดที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะปวดแบบแหลม ๆ

(sharp pain) ปวดเหมือนถูกหนามแทง (picking pain) (Jones) เช่น ความปวดหลังผ่าตัด ความปวดจากแผลอุบัติเหตุ เป็นต้น (วัชรภรณ์, นันทา, และวันชัย, 2548) และ (2) ความปวดเรื้อรัง เป็นความปวดที่คงอยู่ยาวนานกว่าระยะเวลาที่เกิดการหายของเนื้อเยื่อ หรือระยะเวลาการดำเนินโรคได้สิ้นสุดลงแล้ว (Hofman) ซึ่งส่วนใหญ่ถือความปวดที่ยืดเยื้อเกินกว่าสามเดือนเป็นความปวดเรื้อรัง (ศศิกันต์, 2547) เช่น อาการปวดเรื้อรังจากโรคมะเร็ง และอาการปวดจากโรคอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง เป็นต้น (สมบุญ, 2550)

### *กลไกความปวดจากแผลอุบัติเหตุและความปวดขณะทำแผล*

ความปวดที่เกิดจากแผลอุบัติเหตุ เป็นความปวดเฉียบพลัน ที่มีกลไกของความปวดแบ่งเป็นสามลักษณะได้แก่ (1) ความปวดแบบโนซิเซปทีฟ (nociceptive pain) (2) ความปวดทางระบบประสาท (neuropathic pain) และ (3) ความปวดจากการอักเสบ (inflammatory pain) (Arroyo-Novoa et al., 2009; Vadivelu, Whitney, & Sinatra, 2009) รายละเอียดมีดังนี้

ความปวดแบบ โนซิเซปทีฟ เป็นความปวดที่เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ จะปรากฏทันทีภายหลังจากการที่เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บหรือจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ (Vadivelu, et al., 2009) เมื่ออวัยวะที่มีหน่วยรับความรู้สึกที่ปลายประสาท ได้แก่ ผิวหนัง กล้ามเนื้อ และกระดูก และอวัยวะภายใน ถูกเร้าด้วยแรงกล ความร้อน หรือสารเคมี ก็จะถูกกระตุ้นให้เกิดสัญญาณบาดเจ็บที่ถูกนำไปสู่สมองจนเกิดการรับรู้ ความปวดชนิดนี้ได้แก่ ความปวดจากแผลผ่าตัด (พงศภารดี, 2547) ความปวดจากการถูกเข็มแทง มีดบาด น้ำร้อนลวก เป็นต้น (Arroyo-Novoa et al., 2009)

ความปวดทางระบบประสาท เป็นความปวดที่มีสาเหตุจากการมีพยาธิสภาพที่ระบบประสาท อาจเกิดจากเส้นใยประสาทบริเวณประสาทส่วนปลายหรือระบบประสาทส่วนกลางได้รับการบาดเจ็บหรือถูกทำลาย ทำให้เกิดการขัดขวางการนำสัญญาณของประสาทรับความรู้สึก เกิดการรับรู้ความรู้สึกสัมผัสที่ผิดปกติหรือเสื่อมไป (dysesthesia) เช่น การบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลายจากการผ่าตัด หรือการติดเชื้อ ลักษณะความปวดจะเป็นแบบปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนมีอะไรมาทิ่มแทง (พงศภารดี, 2547; Arroyo-Novoa et al., 2009)

ความปวดจากการอักเสบ เป็นความปวดที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายเนื่องจากการบาดเจ็บหรือภาวะการอักเสบแบบต่าง ๆ อาการเจ็บปวดประเภทนี้จะหายไปเมื่อสภาวะที่กระตุ้นการอักเสบได้รับการควบคุม ลักษณะของการอักเสบคือ มีอาการ บวม แดง และร้อน มีกระบวนการเช่นเดียวกันกับ ความปวดประเภทโนซิเซปทีฟ เพียงแต่จะมีความเชื่อมโยงกับกระบวนการรับ

ความรู้สึกของระบบรับรู้ความรู้สึกส่วนปลาย และระบบรับรู้ความรู้สึกส่วนกลาง (Arroyo-Novoa et al., 2009)

ความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ เป็นความปวดเฉียบพลันที่เกิดจากการทำหัตถการ (procedural pain) ที่มาของความปวดดังกล่าวเกิดขึ้นจากการที่แผลอุบัติเหตุเป็นแผลที่มีการฉีกขาด มีการปนเปื้อนสิ่งสกปรกจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Herman & Newberry, 2003) การทำแผลอุบัติเหตุจึงมีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการหายของแผลเพราะเป็นการทำความสะอาด กำจัดสิ่งสกปรก สิ่งแปลกปลอม แหล่งการติดเชื้อ หนองหรือเนื้อเยื่อที่ตายแล้วออกจากแผล (Delaume & Ladner, 2002) โดยมีขั้นตอนประกอบด้วย การประเมินและการจัดการความปวดก่อนทำแผล การเปิดผ้าปิดแผล การประเมินลักษณะแผล การทำความสะอาดแผล การตกแต่งแผลและกำจัดเนื้อตาย รวมถึงการปิดผ้าพันแผล (จิราภรณ์, 2551) โดยการทำแผลดังกล่าวผู้ปฏิบัติจะต้องคำนึงถึงการปกป้องแผลที่กำลังหาย ประเมินสภาพและทำแผลถูกต้องเหมาะสมตามสภาพแผล เพราะหากทำแผลไม่ถูกต้อง จะเป็นการกระตุ้นระคายเคืองเนื้อเยื่อแผล (noxic stimuli) ส่งผลให้เกิดความปวดเฉียบพลันแก่ผู้ใช้บริการ (Abraham, 2006; Bowers & Barrett, 2009; WUWHS, 2004) ซึ่งอาจไม่ให้ความร่วมมือในการทำแผล และส่งผลกระทบต่อการทำแผลอย่างมีประสิทธิภาพ

### *สาเหตุของความปวดแผลอุบัติเหตุ และปัจจัยของความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ*

สาเหตุของความปวดแผลอุบัติเหตุ และปัจจัยของความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ มีดังนี้

#### 1. สาเหตุของความปวดแผลอุบัติเหตุ ได้แก่

1.1 ขนาดของแผล มีการศึกษาพบว่าผู้ใช้บริการที่มีแผลขนาดใหญ่ จะเกิดความปวดในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าหากแผลมีขนาดบริเวณใหญ่ ก็จะทำให้มีตัวรับสัมผัสของความปวด เกิดการกระตุ้นและเกิดความรู้สึกปวดได้ (Arroyo-Novoa et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของมียูเมและคณะ (Meaume et al., 2004) ซึ่งพบว่า ผู้ใช้บริการที่มีแผลเฉียบพลันที่มีความยาวของแผลมากจะมีระดับความรุนแรงของความปวดแผลมากที่สุดเช่นกัน

1.2 ตำแหน่งของแผล ระดับความรุนแรงของความปวดมักมีความสัมพันธ์กันกับตำแหน่งของแผล การเกิดแผลบริเวณที่มีเส้นประสาททอดผ่านเป็นจำนวนมาก (เช่น ทรวงอก เต้านม ขาหนีบ เป็นต้น) ก็จะทำให้เกิดความรุนแรงของความปวดมากกว่าบริเวณที่มีเส้นประสาททอดผ่านน้อย (Arroyo-Novoa et al., 2009)

1.3 การติดเชื้ออวัยวะของแผล แผลอุบัติเหตุเป็นแผลที่สัมผัสกับสิ่งสกปรก จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือมีการติดเชื้อของแผลจากเชื้อแบคทีเรียผลิตสารพิษที่ปล่อยจากในตัว (endotoxins) และสารพิษที่ปล่อยจากข้างนอกตัว (exotoxins) สารพิษทั้งสองนี้ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และจะกระจายความรู้สึกบาดเจ็บไปในวงกว้าง การติดเชื้อของแผลจะนำไปสู่การอักเสบและจะยิ่งส่งผลให้เกิดความปวดบริเวณแผลมากขึ้น (Arroyo-Novoa et al., 2009; Young, 2007)

1.4 ระยะเวลาของการได้รับบาดเจ็บ ความปวดแผลระดับมากที่สุดจะเกิดขึ้นในกระบวนการหายของแผลระยะที่สอง หรือระยะอักเสบ ซึ่งในแผลปกติจะมีระยะเวลาไม่เกินสี่วัน (ธนิต, 2550) เนื่องจากกลไกของระยะอักเสบนี้จะทำให้แผลขาดออกซิเจน และปลายประสาทส่วนปลายสุดเปิด ทำให้เพิ่มความปวดให้กับผู้ใช้บริการมากขึ้น (Arroyo-Novoa et al., 2009)

## 2. ปัจจัยของความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ ได้แก่

2.1 เพศ อาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการแสดงออกต่อความปวด โดยเพศหญิงจะรับรู้ความรู้สึกปวดได้ไวและทนต่อความปวดน้อยกว่าเพศชาย (อภิพร, 2549) อาจเนื่องจากความแตกต่างด้านสรีระ โครงสร้างของร่างกาย ความแตกต่างทางฮอร์โมน (Fillingim อ้างตาม บุปผา, 2549) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสท็อทและคณะ (Stotts et al., 2004) เกี่ยวกับการรับรู้และผลการตอบสนองต่อความปวดของผู้ให้บริการผู้ใหญ่ที่ได้รับการทำแผล 412 คนพบว่า ในช่วงรักษาแผลระดับความรุนแรงของความปวดระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน

2.2 อายุ พบว่าการรับรู้ความปวดเจ็บปวดของบุคคลในวัยเด็ก และวัยสูงอายุจะน้อยกว่าบุคคลในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากในวัยเด็กระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดยังพัฒนาไม่เต็มที่ ส่วนผู้สูงอายุมีความเสื่อมของเซลล์ประสาทในส่วนคอรัซอล คอลัมน์ (dorsal column) จึงรับรู้ความปวดได้ไม่ดี (Brunner & Suddarth อ้างตาม อรรถญาและนิตยา, 2545) จากการศึกษาของพันทิลโลและคณะ (Puntillo et al., 2001) เปรียบเทียบการรับรู้ต่อความรุนแรงของความปวดระหว่างผู้ใช้บริการผู้ใหญ่และผู้ให้บริการวัยรุ่น พบว่าการรับรู้ระดับความรุนแรงของความปวดมีความแตกต่างกันระหว่างวัยรุ่นและผู้ใหญ่ โดยการทำแผลได้สร้างความปวดในผู้ใช้บริการวัยรุ่นมากที่สุด (คะแนนความปวดเท่ากับ 7 จาก 10 คะแนน) ในขณะที่ผู้ใช้บริการผู้ใหญ่มีความปวดในระดับปานกลาง (คะแนนความปวดเท่ากับ 4-5) ผลการศึกษาที่พบดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาของเมียมูและคณะ (Meaume et al., 2004) ซึ่งสำรวจในผู้ใช้บริการที่มีแผลเฉียบพลันและเรื้อรัง ประเทศฝรั่งเศสพบว่า ความปวดที่เกิดขึ้นระหว่างการเปลี่ยนผ้าปิดแผลไม่มีความแตกต่างกันในด้านอายุของผู้ให้บริการ

2.3 ภาษาผู้ให้บริการบางรายไม่ได้ใช้ภาษาหลักที่เป็นภาษาเดียวกันกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทำให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสาร ผู้ให้บริการอาจไม่เข้าใจในสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องการถาม หรือผู้ให้บริการอาจมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการได้รับข้อมูล ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการจัดการความปวด (Glover et al., 2006)

2.4 สภาพอารมณ์ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด มีผลทั้งด้านการรับรู้และการแสดงออกต่อความปวด ผู้ที่มีความกลัวต่อความปวดจะมีระดับความทนต่อความปวดน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีความกลัว (Smeltzer & Bare, 2004)

2.5 ประสบการณ์ความปวด บุคคลที่เคยผ่านความปวดที่รุนแรงและจัดการกับความปวดนั้นได้ ในครั้งต่อไปที่เกิดความปวดจะมีความอดทนต่อความปวดเพิ่มขึ้นและไม่รู้สึกกลัวต่อความปวด และบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ความปวดในอดีตจะสามารถเผชิญกับความปวดได้มากกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ความปวด (Smeltzer & Bare, 2004)

2.6 ความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรม พื้นฐานความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรม การแสดงออกต่อพฤติกรรมความปวดแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อ ทักษะคติ ความคาดหวัง และการยอมรับต่อความปวดของแต่ละสังคม เช่น ชาวมุสลิมเชื่อว่าความปวดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่พระเจ้ามอบให้ มักจะเผชิญกับความปวดด้วยอาการสงบ และปฏิเสธยาลดปวด (Chen, Miaskowski, Dodd, & Pantilat, 2008; Smith, 2003)

2.7 ทักษะคติและความเชื่อเกี่ยวกับความปวด ผู้ให้บริการอาจได้รับการถ่ายทอดแนวคิดแบบดั้งเดิมจากสังคมว่า การอดทนต่อความรู้สึกปวดเป็นเรื่องของความสง่างาม และการไม่ยินดียินร้ายโดยการเจ็บเฉยต่อความปวดเป็นเรื่องที่น่าชื่นชม ในขณะที่การแสดงออกถึงความทุกข์ทรมานนั้นอาจถูกดูหมิ่นได้ หรือความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวด (Gunnarsdottir, Donovan, & Ward, 2003) ดังเช่น งานวิจัยหนึ่งที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดทั่วไปในผู้ให้บริการที่เข้าใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเทศไอร์แลนด์จำนวน 244 คน ผลการศึกษาพบว่าสามอันดับแรกที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความปวดคือ (1) ความกลัวของผู้ให้บริการต่ออาการข้างเคียงจากยาบรรเทาความปวด โดยกลัวว่าจะเป็นอันตรายต่อระบบภูมิคุ้มกันหรือกลัวว่าพวกเขาจะไม่สามารถรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายของพวกเขา และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (2) ผู้ให้บริการเชื่อว่าการทนต่อความปวดจะสามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและตรงจุดที่เป็นสาเหตุ และ (3) ผู้ให้บริการกลัวการรายงานความปวดจะไปเบี่ยงเบนแพทย์จากการรักษาโรคที่เป็นสาเหตุไปสนใจแต่ความปวดที่เกิดความสนใจของแพทย์จากการรักษาโรคไปเป็นสนใจความปวดที่เกิดขึ้นแทน และเชื่อว่าผู้ให้บริการที่ดีจะต้องไม่พูดเกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้น (Gunnarsdottir et al., 2005)

### ผลกระทบของความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของความปวดชนิดเฉียบพลันต่อผู้ใช้บริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจ (เรณู, 2551; Langemo as cited in Roden & Sturman, 2009) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เมื่อเกิดแผลอุบัติเหตุผู้ใช้บริการมักได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวดของแผลที่เกิดขึ้น (วิจิตรา อ้างตาม เรณู, 2551) ปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายของผู้ใช้อาจแสดงออกด้วยการปกป้องหรือหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความปวดและมีปฏิกริยาทางด้านระบบประสาทอัตโนมัติ โดยมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทั้งอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิต รวมทั้งความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น (อภิพร, 2549) หรืออาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และเป็นลม เป็นต้น สำหรับการตอบสนองด้านพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การขมวดคิ้ว กัดฟัน กำมือแน่น แขนขาเกร็ง กระสับกระส่ายไปมา หรือเอะอะโวยวาย เป็นต้น (บำเพ็ญจิต, 2550)

2. ด้านจิตใจแผลอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงมากมักส่งผลให้ผู้ใช้บริการเกิดความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งอารมณ์ดังกล่าวอาจเพิ่มขึ้นขณะที่ผู้ใช้บริการได้รับการทำแผล ผู้ใช้บริการบางรายอาจแสดงการร้องไห้ เอะอะโวยวาย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (วิจิตรา อ้างตาม เรณู, 2551)

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อเกิดแผลอุบัติเหตุทำให้ผู้ใช้บริการไม่สามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติสูญเสียเวลาและรายได้ และมีรายจ่ายในการเยียวยารักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว และหากผู้ใช้บริการได้รับการจัดการความปวดไม่ถูกวิธีเกิดความปวดเฉียบพลันขณะทำแผลก็สามารถพัฒนากลายเป็นความปวดชนิดเรื้อรังได้ รวมทั้งลักษณะแผลอุบัติเหตุเฉียบพลันอาจกลายสภาพเป็นแผลเรื้อรังเนื่องจากความปวดที่ไม่หายขาดนั้นเข้าไปรบกวนกระบวนการสมานแผล (Arroyo-Novoa et al., 2009) ส่งผลทำให้ผู้ใช้บริการต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลมากขึ้น (Couling, 2004; Kastanias, Denny, Robinson, Sabo, & Snaith, 2009)

จากความปวดจากแผลอุบัติเหตุและความปวดขณะทำแผลที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจของผู้ใช้บริการดังกล่าวข้างต้น อาจจะนำมาซึ่งความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการและส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ดังนั้นหน่วยงานบริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีการพัฒนาและควบคุมคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

### ระบบคุณภาพในการจัดการความปวด

คุณภาพของบริการและการดูแลรักษาพยาบาลเป็นหัวใจของระบบบริการทางสุขภาพ เจ้าหน้าที่สุขภาพจึงต้องมีความรู้ ทัศนคติและรับผิดชอบในการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการอย่างมีมาตรฐาน เพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจ ความปลอดภัย และเป็นທີ່พอใจของผู้ใช้บริการ (พวงรัตน์, 2546)

#### องค์ประกอบคุณภาพ

คุณภาพ คือ คุณลักษณะที่แสดงถึงการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือถูกต้องตามมาตรฐานแต่ของวิชาชีพที่กำหนดไว้ (Gillies, 1994; Katz & Green, 1992) ภายใต้การใช้ต้นทุนที่เหมาะสม (ฉันทพันธ์, 2546) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ตอบสนองตามความคาดหวังความต้องการหรือสร้างคามพึงพอใจกับผู้ใช้บริการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543; อนุวัฒน์และคณะ, 2544)

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่มีต่อการบริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับ โรงพยาบาลที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพด้านการบริการ โดยการสร้างข้อกำหนดมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อนำมาสู่การปฏิบัติใช้ในหน่วยงาน เจ้าหน้าที่สุขภาพก็จำเป็นต้องทราบบทบาทขอบเขตหน้าที่ของตน เพื่อให้มั่นใจในการปฏิบัติงานและสามารถแสดงบทบาทได้ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งสามารถสร้างบรรยากาศในการทำงานเป็นทีม เพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมีมาตรฐาน สามารถให้การดูแลผู้ใช้บริการอย่างปลอดภัย ไม่เกิดข้อบกพร่องในการให้บริการเชิงวิชาชีพ ลดการเกิดปัญหาและข้อขัดแย้งทางกฎหมายและจริยธรรม ผู้ใช้บริการมีสุขภาพแข็งแรง ลดค่าใช้จ่ายและจำนวนวันที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดความวิตกกังวล มีความพึงพอใจและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สุขภาพก็จะได้รับการยอมรับจากผู้ใช้บริการและสังคม องค์กรได้รับชื่อเสียง และเป็นการประหยัดงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศ ดังนั้นการพัฒนาและควบคุมคุณภาพการบริการสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกโรงพยาบาล (ฉันทพันธ์และคณะ, 2546; บุญใจ, 2550; สุนันทา, 2546)

โดนาบีเดียน (Donamedian, 1988) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพประกอบด้วยสามส่วนคือ (1) มาตรฐานโครงสร้าง เป็นการกำหนดนโยบาย เป้าหมายขององค์กร และจัดทำกฎระเบียบทั้งในส่วนบุคลากรและทรัพยากรอื่น ๆ ให้มีความเหมาะสมกับองค์กร (2) มาตรฐานกระบวนการ เป็นแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้เพื่อให้บุคลากรยึดถือและปฏิบัติในวิถีทางเดียวกัน

และ (3) มาตรฐานผลลัพธ์ เป็นสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติของบุคคล โดยมาตรฐานทั้งสามส่วนมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและสามารถส่งผลถึงกันได้

### ตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพโดยทั่วไป

การพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีตัวชี้วัด และการประเมินคุณภาพการบริการอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ตัวชี้วัดคุณภาพ

ตัวชี้วัดคุณภาพเป็นเครื่องมือที่ใช้การวัด หรือประเมินคุณภาพการบริการวิธีหนึ่งสามารถประเมินได้ทั้งผลลัพธ์ กระบวนการให้การดูแล และผลลัพธ์หรือกระบวนการย่อย ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการหลัก (จิรุตม์และคณะ, 2543) คณะกรรมการรับรองมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO], 1993) ให้ความหมายตัวชี้วัดคุณภาพว่า เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่มีความตรงและเที่ยงที่ใช่วัดมิติใดมิติหนึ่งหรือหลายมิติของการปฏิบัติงาน เช่น ความสามารถของบุคลากรและองค์กรในการจัดบริการและผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน สิ่งสำคัญในการพิจารณาใช้ตัวชี้วัดคุณภาพคือ (1) ความแตกต่างของระดับของตัวชี้วัดสะท้อนถึงคุณภาพของการบริการหรือคุณภาพของข้อมูล (2) มีความสัมพันธ์กันระหว่างระดับของตัวชี้วัดและกระบวนการบริการหรือไม่ ตัวชี้วัดที่ดีควรสะท้อนความแตกต่างจากกระบวนการมากกว่าสิ่งอื่นๆ ที่อยู่เหนือการควบคุมของผู้ให้บริการ (จิรุตม์และคณะ)

ตัวชี้วัดคุณภาพประกอบด้วยสามด้านที่สำคัญ (นิตยา, 2545; Bernstein & Hiborne, 1993) คือ ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ใช้ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการดูแล และผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการเช่น ความพิการ การเสียชีวิต ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นต้น สำหรับตัวชี้วัดคุณภาพทางบริการสุขภาพสามารถวัดได้ตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Katz & Green, 1992) มีดังนี้

1. ตัวชี้วัดทางคลินิก เป็นการวัดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ให้บริการ ได้แก่ การดูแลที่ผู้ให้บริการได้รับหรือผลลัพธ์ของการดูแล เช่น ความปวดลดลงภายหลังการให้ยา
2. ตัวชี้วัดของเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นการวัดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ได้แก่ ผลที่เกิดจากการกระทำ เช่น พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล
3. ตัวชี้วัดด้านการบริหาร เป็นการวัดเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านองค์กร ที่มุ่งเน้นเรื่องผลลัพธ์ที่ต้องการและกระบวนการสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของผลลัพธ์



การเลือกตัวชี้วัดคุณภาพจะต้องเลือกใช้หรือพัฒนาให้เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ใช้บริการสอดคล้องกับปัญหา เพื่อคงไว้หรือพัฒนาคุณภาพการดูแล (Idvall, Rooke, & Hamrin, 1997)

## 2. การประเมินคุณภาพ

การประเมินคุณภาพ หมายถึง การตัดสินคุณค่าการปฏิบัติงาน (เกตุ, 2546) เป็นกระบวนการที่จะติดตามการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบชัดเจน ที่เที่ยงตรง เพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบคุณภาพบริการต่อผู้ใช้บริการ รวมทั้งผลลัพธ์ในแต่ละช่วงเวลาว่ามีความสอดคล้องตรงตามมาตรฐานและเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนดหรือไม่ เป้าหมายเพื่อสะท้อนให้หน่วยงานได้ทราบจุดอ่อนจุดแข็ง สิ่งที่ถูกคามและโอกาสในการพัฒนาคุณภาพหรือปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ใช้บริการให้ดียิ่งขึ้นและเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจได้ว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ (จิรัฐม์และคณะ, 2543)

มีแนวคิดหลายแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพด้านบริการสุขภาพ เช่น การประเมินคุณภาพตามแนวคิดของ โคนาบีเดียน (Donabedian อ้างตาม จิรัฐม์และคณะ, 2543) เป็นแนวคิดที่เป็นที่นิยมและเป็นที่ยอมรับกันดี ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ จะมีการประเมินความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลักสามส่วน ได้แก่ (1) โครงสร้าง หมายถึง การประเมินปัจจัยนำเข้าต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพขององค์กร ซึ่งมีองค์ประกอบสี่ด้านคือ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านเครื่องมือกายภาพ ด้านรูปแบบการจัดการ และด้านงบประมาณ (2) กระบวนการ หมายถึง การประเมินกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการเอง และกิจกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพต่อการให้การดูแลสุขภาพผู้ใช้บริการ (มาริสสา, 2544) โดยควรเป็นกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติให้เห็นถึงระดับความรู้ความสามารถของตนเองที่ตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการได้ แบ่งข้อมูลด้านกระบวนการออกเป็นสองด้านคือ ด้านเทคนิคหรือการดูแลทางคลินิก เป็นการนำความรู้ต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อการจัดการปัญหาทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ การประเมินด้านนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ การตัดสินใจ และทักษะต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นความสามารถด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ใช้บริการ ซึ่งกระบวนการนี้ต้องสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้เหมาะสมสอดคล้องตามความคาดหวังและอยู่บนมาตรฐานของการให้บริการ ซึ่งในความเป็นจริงผู้ใช้บริการไม่สามารถประเมินคุณภาพการดูแลของผู้ให้บริการได้จากการดูแลทางคลินิกที่มีทักษะความชำนาญ (Eriksen, 1995) แต่สามารถบรรยายถึงคุณภาพของการดูแลที่ตัวพยาบาล ความคล่องแคล่วในการดูแลและการให้การดูแลแบบองค์รวม (Taylor, Hudson, & Keeling, 1991) หรือประเมินได้เฉพาะด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเท่านั้น เช่นความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการที่ได้รับ และ (3) ผลลัพธ์ หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งใน

ปัจจุบันและอนาคต รวมถึงการปรับปรุงหน้าที่ทางด้านจิตใจและสังคม ซึ่งผลที่ได้รับมักเกิดจากความรู้อัตนคติ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ รวมถึงผลกระทบต่อชุมชน (Donabedian อ้างตาม จิรุตม์และคณะ, 2543)

ต่อมาโฮลซเมอร์และเรียลลี (Holzemer & Reilly, 1995) ได้ขยายแนวความคิดของโดนาบีเดียน โดยเสนอแบบจำลองผลลัพธ์สำหรับงานวิจัยด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งช่วยให้มีกรอบแนวคิดสำหรับการตรวจสอบธรรมชาติของผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ครอบคลุมมากขึ้น โดยแกนแนวนอนเป็นแกนระบบ (systems axis) ของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งอ้างอิงตามงานของโดนาบีเดียน และขยายความว่าองค์ประกอบทั้งสามดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการหรือผู้รับบริการ (client) ผู้ให้บริการหรือแพทย์ พยาบาล และผู้ที่ทำงานบริการสังคม (provider) และหน่วยงานหรือองค์กรที่ให้การดูแลสุขภาพ (setting) ทำให้แบบจำลองนี้ประกอบด้วยแก้องค์ประกอบ ได้แก่

1. ปัจจัยนำเข้าของผู้ใช้บริการ ข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการ เมื่อผู้ใช้บริการถูกรับเข้ามาในหน่วยงานที่ให้การดูแลสุขภาพ ผู้ใช้บริการแต่ละรายก็จะมีลักษณะเฉพาะตน เช่น ลักษณะทางประชากร (เพศ อายุ) ลักษณะทางสังคม (ระดับการศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา รายได้ต่อหัว อัตราความพิการ และอัตราการว่างงาน) วัฒนธรรม ค่านิยมทางสังคมและความเชื่อ โครงข่ายการสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งส่วนบุคคล ความกังวล และความจำเป็นที่แตกต่างกัน นอกจากนี้แต่ละบุคคลก็ยังมีสภาพความเป็นอยู่ สถานะทางหน้าที่ และคุณภาพชีวิตหลากหลายระดับ ลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลนี้ทำให้เกิดความหลากหลายในด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2. กระบวนการทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ คือ กิจกรรมการดูแลตัวเองของผู้ใช้บริการ หรือพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งลองโก (Longo as cited in Holzemer & Reilly, 1995) ได้ใช้คำว่า ความหลากหลายในการปฏิบัติตนของผู้ใช้บริการ หมายถึง เรื่องของสุขภาพ การป้องกัน และความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่อยู่ในความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล และผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตนของผู้ใช้บริการอาจมีผลทั้งในปัจจุบันหรือในระยะยาว

3. ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ให้บริการ คือ อัตราการตาย การติดเชื้อ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การกลับเข้านำรักษาซ้ำ ความไม่สุขสบาย ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ และได้ขยายความไปถึงความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะ คุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความปลอดภัย และความสามารถในการควบคุมอาการของโรค ทั้งนี้การจะวัดผลลัพธ์ใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้บริการมักขึ้นอยู่กับ การให้นิยามของคำว่า สุขภาพ ในงานวิจัยนั้น ๆ

4. ปัจจัยนำเข้าของผู้ให้บริการ/แพทย์ และพยาบาล คือ ตัวแปรของการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการสุขภาพแบ่งได้เป็น 2 ด้านคือ (1) ความสามารถเชิงวิชาการ เป็นเรื่องของ

ความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจของผู้ให้บริการ ซึ่งถือว่าเป็นศาสตร์ของการดูแลรักษา และ (2) ทักษะการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นสิ่งที่เน้นถึงการมีจรรยาบรรณ และความเมตตาปราณีของผู้ให้บริการในการปฏิบัติงานต่อผู้ใช้บริการ ซึ่งถือว่าเป็นศิลปะแห่งการดูแลรักษา ตัวอย่างของปัจจัยนำเข้าของผู้ให้บริการ ได้แก่ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน เกียรติบัตรพิเศษ (การอบรมเฉพาะทาง) และลักษณะส่วนบุคคล

5. กระบวนการให้การดูแลของผู้ให้บริการ คือ นโยบายและขั้นตอนในการปฏิบัติ แผนการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน คู่มือแนวทางการปฏิบัติทางการแพทย์ สิ่งเหล่านี้จัดว่าเป็น ยุทธศาสตร์ใหม่ ๆ ที่มีเป้าหมายในการควบคุมความหลากหลายของกระบวนการดูแลรักษา เห็นได้จากปัจจุบันนี้มีหน่วยงานและโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่เน้นรูปแบบของการสร้างแนวปฏิบัติซึ่งมีเป้าหมายให้บุคลากรมีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

6. ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ให้บริการ คือ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ เจตนาารมณ์ของผู้ให้บริการที่จะอยู่หรือย้ายออกจากหน่วยงาน และระดับของการพัฒนาความรู้ที่มีอย่างต่อเนื่องของผู้ให้บริการ (เป็นสิ่งที่แสดงถึงการพัฒนาความสามารถของผู้ให้บริการต่อไปได้)

7. ปัจจัยนำเข้าของหน่วยงาน คือ ค่านิยม ทศนคติ และความเชื่อของหน่วยงาน รวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ เช่น งบประมาณ เครื่องมือ จำนวนของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จำนวนแพทย์ต่อผู้ใช้บริการ เบอร์เซ็นต์ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวนพยาบาลต่อผู้ใช้บริการ ปริมาณการใช้บริการ โดยเฉลี่ย สภาพของสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน ระบบการบันทึกข้อมูล และตำแหน่งหน้าที่ของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน เป็นต้น

8. กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน คือ การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การนำนโยบายของหน่วยงานไปใช้ และการประเมินผลนโยบายนั้น ๆ การตัดสินใจ การดำเนินการขององค์กร และการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และระหว่างแผนกของหน่วยงาน

9. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับหน่วยงาน คือ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ อัตราการตาย สภาพการตาย อัตราการปฏิบัติงานผิดพลาด ค่าใช้จ่ายในการดูแล อัตราการกลับมาอนในโรงพยาบาลซ้ำ ความเหมาะสม ความพร้อมในการให้บริการ ประสิทธิภาพของการดูแลรักษาที่เหมาะสม ความปลอดภัย และระยะเวลาในการรอคอยของผู้ใช้บริการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นมิติเพิ่มเติมความสามารถของหน่วยงาน

แม้ว่าการประเมินคุณภาพตามแบบจำลองดังกล่าวข้างต้นประกอบด้วยองค์ประกอบ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อโต้แย้งจำนวนมากถึงการประเมินคุณภาพระหว่างการประเมินปัจจัยนำเข้าหรือ โครงสร้าง กระบวนการหรือผลลัพธ์ ปัจจุบันแม้ว่าปัจจัยนำเข้าเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งต่อคุณภาพแต่การประเมินคุณภาพของเชิงโครงสร้างบ่อยครั้งได้ประโยชน์ค่อนข้างน้อยกว่า

การประเมินคุณภาพในเชิงกระบวนการหรือผลลัพธ์ในแง่ของการนำไปปรับปรุงในระดับนโยบาย (McGlynn & Brook as cited in Sirimai, 2007) และหากเปรียบเทียบระหว่างการประเมินกระบวนการ และผลลัพธ์ในทางคลินิก พบว่าการประเมินด้านกระบวนการดูแลกระทำได้ง่ายและมีความไวกว่า (Jenck et al., 2000) ในขณะที่การประเมินด้านผลลัพธ์หลายด้านที่ต้องใช้เวลาหลายปีจึงสามารถ วัดผลได้

### *การประเมินคุณภาพการจัดการความปวดและตัวชี้วัด*

สมาคมความปวดแห่งอเมริกาได้ให้ความหมายของคุณภาพการจัดการความปวด ว่าเป็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดให้มีคุณภาพสูง ประกอบด้วย การประเมินความปวดอย่างเหมาะสมและครอบคลุม การค้นหาอาการปวด ความถี่ในการประเมินซ้ำ การวางแผนการรักษาแบบมีส่วนร่วมของวิชาชีพ โดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ภายใต้อาการที่มีประสิทธิผล เหมาะสมในค่าใช้จ่าย วัฒนธรรม และความปลอดภัย (Gordon et al., 2005) โดยสมาคมความปวดแห่งอเมริกาและองค์กรสำหรับการวิจัยการดูแลสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR]) ได้กำหนดข้อเสนอแนะการประเมิน ติดตามคุณภาพที่เฉพาะเจาะจงสำหรับหน่วยงานต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นปี 1990 เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล ผู้ใช้บริการปวดเฉียบพลันและปวดจากมะเร็ง ในช่วงแรก แม้ว่าองค์กรต่าง ๆ ถูกส่งเสริมให้ปรับตัวชี้วัด คุณภาพที่เสนอแนะมาให้สอดคล้องกับความต้องการแต่ละองค์กร ข้อเสนอแนะดังกล่าวยังคงช่วยให้นิยามและวัดคุณภาพความปวดในโรงพยาบาล (Gordon et al., 2002) ตัวอย่างเช่น ช่วงเวลาและทางเลือกที่เอื้อให้เหมาะสมต่อการจัดการความปวดของแต่ละหน่วยงาน (ด้านโครงสร้าง) คุณภาพของการจัดการความปวดเมื่อมีเปลี่ยนผ่านของการบริการ (ด้านโครงสร้างและกระบวนการ) การบันทึกการประเมินความปวด (ด้านกระบวนการ) ประสิทธิภาพของการจัดการความปวดในแง่ของการป้องกันและรักษาความปวด (ด้านกระบวนการและผลลัพธ์) ความสุขสบายหรือความรุนแรงของความปวดของผู้ใช้บริการ (ด้านผลลัพธ์) ผลกระทบของความปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวัน (ด้านผลลัพธ์) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและครอบครัวต่อการจัดการความปวด (ด้านผลลัพธ์) และความชุกและความรุนแรงของผลข้างเคียง และอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการจัดการความปวด (ด้านผลลัพธ์)

โดยสรุป คุณภาพเป็นคุณลักษณะที่แสดงถึงการบริการที่เป็นเลิศภายใต้มาตรฐานของแต่ละวิชาชีพที่กำหนดไว้และการใช้ต้นทุนที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้เกิดความพึงพอใจ คุณภาพจึงมีความสำคัญสำหรับองค์กรบริการด้าน

สุขภาพ คุณภาพเป็นระบบประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (โครงสร้าง) กระบวนการและผลลัพธ์ การประเมินคุณภาพเป็นกระบวนการที่จะติดตามตรวจสอบและตัดสินคุณค่าของการปฏิบัติงานและผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดว่ามีความสอดคล้องตามมาตรฐานและเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เพื่อสะท้อนให้หน่วยงานพัฒนาหรือปรับปรุงคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อประเมินด้านกระบวนการของเจ้าหน้าที่สุขภาพ และด้านผลลัพธ์ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ และผู้ใช้บริการ สำหรับด้านกระบวนการของเจ้าหน้าที่สุขภาพหมายถึง การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสากล ซึ่งได้จากการทบทวนแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการจัดการความปวดขณะทำแผล ด้านผลลัพธ์ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ และผู้ใช้บริการที่นำมาประเมิน ผู้วิจัยเลือกประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการความปวดขณะทำแผล และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดการความปวดขณะทำแผล

#### *ปัญหาในระบบการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของผู้ใช้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*

เนื่องจกงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการจัดการความปวดขณะทำแผลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่ายังมีจำนวนน้อย ในที่นี้ผู้วิจัยจึงทบทวนครอบคลุมไปถึงการจัดการความปวดทั่วไปของเจ้าหน้าที่สุขภาพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลพบว่า การจัดการความปวดของเจ้าหน้าที่สุขภาพยังเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้การจัดการความปวดไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร พอสรุปได้ดังนี้

1. การขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวด จากการศึกษาของเจส-ซาบ แฟร์บราเทอร์ เคอร์ และแมคเนอร์เนย์ (Jastrzab, Fairbrother, Kerr, & McInerney, 2003) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการความปวดของพยาบาลจำนวน 272 คน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งของเมืองซินินี่ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง โดยระดับคะแนนเฉลี่ยของการทดสอบความรู้คิดเป็นร้อยละ 61 ของคะแนนรวมทั้งหมด โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการบรรเทาความปวดต่ำที่สุดคิดคะแนนเป็นร้อยละ 51 ของคะแนนรวมทั้งหมด สอดคล้องกับงานวิจัยของอินนิสและคณะ (Innis et al., 2004) ศึกษาความรู้ของพยาบาลจำนวน 93 คนเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยทำการประเมินก่อนและหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับความปวด ผลการศึกษาพบว่าก่อนให้ความรู้พยาบาลตอบ

คำถามได้ถูกร้อยละ 59 และหลังให้ความรู้พยาบาลตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 71 และผลการศึกษายังสรุปว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยังคงมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในเรื่องการประเมินความปวดในผู้ให้บริการและการใช้ยาบรรเทาความปวด อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง จากผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนให้เห็นว่า พยาบาลส่วนใหญ่ยังคงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้การจัดการความปวดในผู้ให้บริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Gunnarsdottir et al., 2005)

2. การขาดความตระหนักถึงความปวดจากการทำแผล เจ้าหน้าที่สุขภาพยังคงมองข้ามกระบวนการหรือขั้นตอนเล็ก ๆ น้อย ๆ ของการทำหัตถการที่อาจจะทำให้เกิดความปวดแก่ผู้ให้บริการ (Ramponi, 2009) เช่น การเปลี่ยนผ้าปิดแผล พบว่าขณะที่จะทำการเปลี่ยนผ้าปิดแผลด้วยการดึงวัสดุปิดแผลที่ติดกับแผลออกจะทำให้เกิดการกระตุ้นความรู้สึกปวดแผลมาก โดยเฉพาะเมื่อวัสดุที่ปิดแผลนั้นติดแน่นกับก้นแผล (จิราภรณ์, 2551)

3. ทักษะ ความเชื่อเกี่ยวกับความปวดไม่ถูกต้อง การมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดจากแผล เช่น พยาบาลเชื่อว่าแผลที่เป็นแผลเปิดจะมีความปวดมากกว่าแผลชนิดอื่น แผลที่มีความลึกมากจะยิ่งมีความปวดมาก และผู้สูงอายุมีความอดกลั้นต่อความปวด เป็นต้น องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า อุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการจัดการความปวดให้แก่ผู้ให้บริการคือ ความกลัวว่าผู้ให้บริการจะติดยาโอปิออยด์ ซึ่งเป็นความกลัวที่ไม่มีเหตุผล (WHO as cited in Duignan & Dunn, 2008) หรือการที่เจ้าหน้าที่สุขภาพมีความเชื่อว่า ยาบรรเทาความปวดจะไปปิดบังอาการทางคลินิก ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถจะวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการรักษาที่เลวลง (Thomas et al., 2003)

4. การเลือกใช้วัสดุและสารละลายในการทำแผลไม่เหมาะสม การใช้ยามาเชื้อโรคทำความสะอาดแผลอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความปวดขณะแผล เช่น โปวิดีน-ไอโอดีน (povidine-iodine) กรดอะซิติก (acetic acid) ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (hydrogen peroxide) และโซเดียมไฮเปอร์คลอไรด์ (sodium hypercholoride) (Arroyo-Novoa et al., 2009; Cooper 2004; Jones, 2004; Vuolo, 2009) และการนำสารละลายที่มีความเย็นมาใช้ในการทำทำความสะอาดแผลจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและเกิดอาการปวด (Hollinworth, 2005; Vuolo) นอกจากนี้การใช้ผ้าพันแผลแบบดั้งเดิม เช่น ผ้าก๊อซ และผ้าตาข่ายเคลือบสารพาราฟิน ทำให้เกิดความปวดและการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเมื่อมีการเปิดเอาผ้าดังกล่าวออก (WUWHs as cited in Hollinworth)

5. การไม่มีเวลาเพียงพอในการบรรเทาปวด เป็นประเด็นอุปสรรคและถูกอ้างถึงบ่อยที่สุดต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (Duignan & Dunn, 2008; Thomas et al., 2003) โดยพบว่าในช่วงเวลาที่มีผู้ให้บริการเข้ามาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากจะทำให้

เจ้าหน้าที่สุขภาพไม่มีเวลาใส่ใจหรือตอบสนองต่อคำเรียกร้องเกี่ยวกับความปวดของผู้ใช้บริการ เนื่องจากต้องให้บริการผู้ให้บริการรายอื่นหรือการต้องเคลื่อนย้ายส่งผู้ให้บริการ จึงไม่มีเวลาเพียงพอที่จะบรรเทาความปวดหรือติดตามอาการปวด จากการศึกษาหนึ่งระบุว่า จำนวนผู้ให้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีมากกว่าร้อยละ 120 ของความสามารถในการรองรับของเตียง เหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ประสิทธิภาพของการจัดการความปวดของเจ้าหน้าที่สุขภาพลดลง (Hwang, Richardson, Sonuyi, & Morrison, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่า ปริมาณและความซับซ้อนของเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ให้บริการมีจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่สุขภาพใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการจัดการงานเอกสาร (Thomas et al.)

6. การไม่ใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด จากการศึกษาของโสพิศ (2549) พบว่าพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มีการสอบถามความปวดจากผู้ให้บริการแต่พยาบาลทุกคนไม่มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความรุนแรงของอาการปวด เนื่องจากการใช้เครื่องมือประเมินความปวดทำได้ยาก เพราะระยะเวลาที่ผู้ให้บริการอยู่ในหน่วยงานสั้น การประเมินส่วนใหญ่มุ่งเน้นปัญหาาระบบต่าง ๆ มากกว่าประเมินความปวด และมีผู้มาใช้บริการจำนวนมาก จึงไม่สามารถประเมินความปวดได้ครอบคลุม จากการศึกษาของมอฟเฟตต์ และคณะ (Moffatt et al. as cited in Young, 2007) พบว่า พยาบาลมักจะใช้วิธีประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรม การตอบสนองทางกายของผู้ให้บริการมากกว่าการใช้เครื่องมือประเมินความปวด สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการวิเคราะห์จากแบบบันทึกการรักษาจำนวน 261 ฉบับ ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สุขภาพเพียงร้อยละ 23 เท่านั้นที่ใช้เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของความปวดกับผู้ให้บริการ (Eder, Sloan, & Todd, 2003) พยาบาลจำนวนมากประเมินความปวดและสรุปเหตุการณ์ต่างๆ ใช้การสังเกตโดยไม่ได้สอบถามจากผู้ให้บริการ ซึ่งถือเป็นปัญหาต่อการประเมินความปวด (Krasner, 2001)

7. การประเมินระดับความรุนแรงของความปวดในผู้บริการต่ำกว่าความเป็นจริง ดังเช่นการศึกษาของดุงนันและดันน์ (Duignan & Dunn, 2008) ที่ทำการศึกษาถึงความสอดคล้องระหว่างการประเมินความปวดของพยาบาลกับผู้ให้บริการ โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 16 ราย และกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้บริการที่มาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 64 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลร้อยละ 45 ประเมินระดับความรุนแรงของความปวดต่ำกว่าระดับความรุนแรงของความปวดที่ผู้ให้บริการประเมิน การศึกษาของพันติลโล เนจเบอร์และนิซอน (Puntillo, Neighbor, & Nixon, 2003) พบว่า ณ จุดคัดกรอง พยาบาลประเมินความปวดของผู้ให้บริการ (คะแนนเฉลี่ย  $5.1 \pm 2.4$ ) ต่ำกว่าผู้ให้บริการประเมินตนเอง (คะแนนเฉลี่ย  $7.5 \pm 2.2$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8. วิธีการบรรเทาปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยาและการดูแลต่อเนื่องยังไม่เพียงพอ จากการศึกษาของ โสพิส (2549) พบว่า การดูแลผู้ใช้บริการที่มีอาการปวดโดยการให้ยา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 26.40 โดยพยาบาลให้เหตุผลว่า แม้ว่าผู้ใช้บริการมีอาการปวดระดับรุนแรง เมื่อรายงานแพทย์แล้ว ไม่ได้รับยาฉีดยาบรรเทาปวด หรือบางรายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์ไม่ได้มีคำสั่งให้ยาบรรเทาปวดทันที ทำให้ผู้ใช้บริการต้องทนทรมานกับความปวดเป็นเวลานาน ผู้ใช้บริการบางรายจะได้รับยาบรรเทาปวดเมื่อไปถึงหอผู้ป่วยใน สำหรับการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาที่นิยมปฏิบัติ เช่น การจัดทำ การประคบด้วยความร้อน/เย็น การนวด เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ใช้บริการไม่ยอมรับการใช้การบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา โดยเฉพาะหากมีระดับความปวดรุนแรง ร่วมกับบุคลากรทางการพยาบาลเชื่อว่าการควบคุมอาการปวดแบบไม่ใช้ยาเห็นผลช้าและปฏิบัติไม่ถูกต้องเนื่องจากไม่มีความรู้ ในขณะที่ด้านการให้ความรู้แก่ผู้มีอาการปวดเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ปวดเพิ่มหรือลดและผลกระทบ พบว่าพยาบาลรายงานว่าได้ปฏิบัติร้อยละ 92.59 แต่ผู้ใช้บริการร้อยละ 7.6 เท่านั้นที่รายงานว่าพยาบาลให้ความรู้ดังกล่าว สำหรับด้านการดูแลต่อเนื่อง พบว่าพยาบาลร้อยละ 92.59 รายงานว่ามีการติดตามประเมินและดูแลอาการปวดของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายออกจากหน่วยงาน

9. ไม่มีการบันทึกความปวด จากการศึกษาของเอเดอร์ สโลนและทออดด์ (Eder, Sloan, & Todd, 2003) ซึ่งทำการวิจัยย้อนหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลในบันทึกผู้ใช้บริการที่มารับรักษาที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 261 ชุด พบว่ามีการบันทึกการประเมินความปวดขั้นต้นประมาณร้อยละ 94 แต่มีการนำเครื่องมือประเมินความปวดไปใช้เพียงร้อยละ 23 และภายหลังจากให้ยาแก้ปวด พบว่ามีการบันทึกไว้เพียงร้อยละ 39 พยาบาลร้อยละ 30 บันทึกความปวดในขณะที่แพทย์บันทึกความปวดเพียงร้อยละ 16 สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของสมบูรณ์และคณะ (2550) เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความปวดให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้าในโรงพยาบาลระดับของมหาวิทยาลัยพบว่า การประเมินและการบันทึกความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม ยังไม่เป็นระบบและไม่สามารถสื่อสารผลการบันทึกให้ทีมงานอื่น ๆ ได้เห็นอย่างชัดเจน

10. ไม่มีแนวปฏิบัติและมีการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องไม่ทั่วถึง การไม่มีแนวปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวดจากการทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Gordon, Dahl, & Stevenon อ้างตาม โสพิส, 2549) ในขณะที่หน่วยงานที่มีการนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดไปใช้พบว่าทำให้มีการตัดสินใจให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ใช้บริการได้เร็วขึ้น ไม่ต้องรอเวลานาน (Curits, Henriques, Fanciullo, Reynolds, & Suber, 2007) และทำให้ลดความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการได้ นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่สุขภาพก็มี



ความสำคัญ แต่จากการศึกษาของโสตพิส (2549) พบว่าพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 66.67 รายงานว่า ไม่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการดูแลความปวด เนื่องจากมีบุคลากรที่มีสุขภาพจำนวนมากทำให้การได้รับการอบรมไม่ทั่วถึง ประกอบกับบุคลากรมีภาระงานมากและไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ใช้บริการที่มีความปวด ทำให้การพัฒนาคุณภาพไม่ต่อเนื่อง

โดยสรุป จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การจัดการความปวดของเจ้าหน้าที่สุขภาพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและมีความเชื่อที่สั่นคลอนต่อการจัดการความปวดที่ไม่ถูกต้อง การไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินความปวด รวมทั้งบางหน่วยงานมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลความปวดอย่างต่อเนื่องแต่ไม่ทั่วถึง และไม่มีการกำหนดแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ในการจัดการความปวด ทำให้ความปวดจึงยังเป็นปัญหาสำคัญของผู้ใช้บริการมารักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ความสำเร็จในการจัดการอาการปวดถือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของคุณภาพการบริการที่ทำหายสำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพ การจัดการความปวดจากการทำแผลในผู้ใช้บริการอุบัติเหตุ เป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ใช้บริการอุบัติเหตุที่มารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน และเพื่อให้การปฏิบัติพยาบาลที่มีคุณภาพที่นำไปสู่เป้าหมายในการลดปวดและช่วยการฟื้นหายของแผลแก่ผู้ใช้บริการ พยาบาลจึงควรมีการนำข้อเสนอแนะหรือแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการจัดการความปวดขณะทำแผลไปใช้

#### *คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ*

การให้บริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานเป็นข้อผูกพันที่เจ้าหน้าที่สุขภาพหรือวิชาชีพพยาบาลมีต่อสังคม การให้บริการที่มีคุณภาพจำเป็นต้องปฏิบัติตามฐานของความรู้เชิงประจักษ์และมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่ชัดเจน ลงมาสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถดูแลผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ลดโอกาสการเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดขณะทำแผลและผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผล

### ข้อเสนอแนะและแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการจัดการความปวดขณะทำแผล

การจัดการความปวดที่มีคุณภาพควรที่มีการใช้แผนการบำบัดอย่างเป็นระบบภายใต้การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์และนำมาปรับให้เข้ากับผู้ใช้บริการ (Gordon et al., 2005) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณคดีเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) ในการบรรเทาความปวดให้ผู้ให้บริการขณะทำแผลขององค์กรต่าง ๆ ได้แก่ สมาพันธ์สมาคมการฟื้นฟูของแผลระดับโลก (WUWSH, 2004, 2007) สมาคมด้านการจัดการเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ (TVNA, 2004) และสมาพันธ์การจัดการแผลแห่งสหภาพยุโรป (EWMA as cited in Maffatt, 2002) ซึ่งแนวปฏิบัติเหล่านี้สร้างขึ้นมาจากการรวบรวมหลักฐานจากวรรณคดี และความรู้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านแผลจากนานาชาติ

สมาพันธ์การจัดการแผลแห่งสหภาพยุโรป (EWMA) ในปี 2002 สมาพันธ์การจัดการแผลแห่งสหภาพยุโรปได้เสนอแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดขณะทำแผลเพื่อกระตุ้นให้ประเทศต่าง ๆ เห็นความสำคัญและเกิดความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการความปวดขณะทำแผล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้บริการ (EWMA as cited in Maffatt, 2002) รายละเอียดของแนวปฏิบัติมีดังนี้

1. การประเมินความปวด ควรปฏิบัติดังนี้ (1) ผู้ให้บริการควรได้รับการประเมินความปวดตามมิติต่าง ๆ ของความปวด ได้แก่ มิติด้านความรู้สึก มิติด้านอารมณ์ มิติด้านการรู้คิด และมิติด้านสังคมวัฒนธรรม ซึ่งการประเมินอาจเริ่มด้วยการพูดคุยกับผู้ใช้บริการเกี่ยวกับความปวดพร้อมกับสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ใช้บริการแสดงออก และ (2) ผู้ให้บริการควรได้รับการประเมินความปวดขณะทำแผลซ้ำ และหากผู้ใช้บริการมีความปวดระหว่างการเปลี่ยนผ้าปิดแผลควรทำการประเมินหาสาเหตุ เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม

2. การจัดการความปวด เจ้าหน้าที่สุขภาพควรปฏิบัติดังนี้ (1) การใช้อยาในการจัดการความปวดขณะทำแผลถือว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการลดความรุนแรงและระยะเวลาของความปวด (2) การประเมินความต้องการของผู้ให้บริการในการใช้อยาเพื่อบรรเทาความปวดขณะทำแผลก่อนเริ่มกระบวนการทำแผล (3) การพูดคุย อธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำแผล เพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ (4) การระมัดระวังสิ่งที่กระตุ้นภายนอกที่เพิ่มความรุนแรงของความปวดของผู้ให้บริการขณะทำแผล เช่น การเปิดหน้าต่าง พัดลม การกดแผล (5) การสัมผัสแผลด้วยความนุ่มนวล และเบามือ (6) การเลือกชนิดของผ้าปิดแผลให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับชนิดของแผล ความสามารถในการรักษาความชุ่มชื้นเพื่อคงสภาพการหายของแผล ลดแรงเสียดทานที่จะเกิดกับผิวหนังของแผลขณะปิดแผล เมื่อเปลี่ยนหรือดึงผ้าปิดแผลออก พยายามให้เกิดความ

ปวดหรือการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด และใช้ผ้าปิดแผลที่ใช้งานได้นานโดยไม่ต้องเปลี่ยนผ้าปิดแผลบ่อย และ (7) การทำให้ผ้าปิดแผลเปียกก่อนการเปลี่ยนผ้าปิดแผล

สมาคมด้านการจัดการเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ ได้สร้างแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการบรรเทาการบาดเจ็บของแผลและความปวดในการจัดการแผล (the best practice statement minimising wound trauma and pain in wound management) โดยได้มาจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และหลักฐานเชิงประจักษ์ แบ่งเนื้อหาเป็นสามช่วงของการทำแผล คือ ก่อนทำแผล ขณะทำแผล และระหว่างการทำแผล (TVNA, 2004) รายละเอียดมีดังนี้

1. ก่อนทำแผล เจ้าหน้าที่สุขภาพ ควรปฏิบัติดังนี้ (1) ประเมินความปวดแผลของผู้ใช้บริการทุกรายและให้การรักษาในทันที โดยประเมินประวัติส่วนบุคคลเกี่ยวกับด้านความปวด (ได้แก่ ด้านกายภาพ และจิตสังคม) (2) ประเมินเพื่อหาสาเหตุของความปวดที่เกิดขึ้น (3) ประเมินเฉพาะราย และประเมินความปวดซ้ำตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและแผล (4) ในการประเมินความปวด ควรคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ใช้บริการแต่ละราย (ได้แก่ อายุ ภาษาวัยฉกรรรม ทักษะคิด และการรับรู้) (5) ควรขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการความปวดกรณีที่เป็น และ (6) ประเมินความปวดแบบเต็มรูปแบบควรดำเนินการให้เสร็จก่อนการทำแผล

2. ขณะทำแผล เจ้าหน้าที่สุขภาพควรปฏิบัติดังนี้ (1) หลีกเลี่ยงการทำให้กั้นแผลได้รับการบาดเจ็บ (2) เลือกผ้าปิดแผลที่เหมาะสมเพื่อลดความปวดจากการทำแผล และ (3) ควรใช้ยาชาก่อนทำการตัดเนื้อตาย

3. ระหว่างการทำแผล ควรประเมินระดับความรุนแรงของความปวดของผู้ใช้บริการ และยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางของการรักษา ด้วยการให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการจัดการความปวดขณะทำแผลทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยเลือกด้วยความระมัดระวัง

สมาพันธ์สมาคมการฟื้นฟูของแผลระดับโลกได้รวบรวมหลักฐานจากวรรณคดี และประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านแผลจากนานาประเทศแล้วนำมาสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อเป็นข้อเสนอแนะการจัดการความปวดจากการทำแผล ในปี 2004 และ 2007 ตามลำดับ ดังนี้

แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการบรรเทาความปวดขณะทำแผลด้านขั้นตอนกระบวนการ (minimising pain at wound dressing-related procedures) (WUWSH, 2004) รายละเอียดมีดังนี้

1. การประเมินความปวด เจ้าหน้าที่สุขภาพควรปฏิบัติดังนี้ (1) ประเมินความปวดแผล โดยผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (2) ก่อนการทำแผลควรทำการประเมินแบบเต็มรูปแบบ ได้แก่ การประเมินความปวดในอดีต ทักษะคิดเกี่ยวกับความปวด ความถี่ของความปวดทั้งจากกระบวนการ

รักษาและการผ่าตัด และความรู้อของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับความปวด (3) ยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางในการประเมินความปวด โดยให้ผู้ให้บริการเป็นผู้รายงานความปวดด้วยตนเอง (4) ควรมีการประเมินระดับความรุนแรงและลักษณะของความปวดของแผลให้เป็นกิจวัตร และกระทำอย่างเป็นระบบ โดยประเมินทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการทำแผล (5) การประเมินเพื่อระบุตำแหน่งของความปวด ควรใช้แผนภาพรูปคน และ (6) ทำการประเมินสาเหตุอื่นที่อาจทำให้เกิดความปวดจากการทำแผล (เช่น การติดเชื้อ สภาพแผลไม่ดี โรคผิวหนัง หนอง ร้อน บวม กลิ่นเหม็น สภาพผิวหนังรอบแผล สิ่งกีดขวางจากแผล และเนื้อตาย เป็นต้น)

2. การจัดการความปวดขณะทำแผล เจ้าหน้าที่สุขภาพควรปฏิบัติดังนี้ (1) เลือกวิธีจัดการความปวดที่เกิดขึ้นขณะทำแผลโดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับผู้ให้บริการแต่ละราย และแผลแต่ละประเภท (2) จัดการสาเหตุที่ทำให้ปวดแผล (3) จัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยาตามบันไดสามขั้นขององค์การอนามัยโลกร่วมกับการจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีไม่ใช้ยา (4) ควรสอบถามความต้องการของผู้ใช้บริการก่อนการดึงผ้าปิดแผล เช่น ผู้ให้บริการบางรายอาจต้องการดึงผ้าปิดแผลออกด้วยตนเอง (5) เลือกใช้ผ้าปิดแผลที่เหมาะสมกับชนิดและลักษณะของแผล โดยคำนึงถึงการไม่ทำให้เนื้อเยื่อเกิดการบาดเจ็บและเกิดความปวดเมื่อเปลี่ยนผ้าปิดแผล ความสามารถในการรักษาความชุ่มชื้นให้กับแผล ความสามารถในการดูดซับสิ่งกีดขวาง และไม่ก่อให้เกิดความระคายเคืองขณะปิดแผล และ (6) ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติหรือนโยบายในการจัดการความปวดขณะทำแผล

การบรรเทาความปวดจากกระบวนการทำแผล: กลยุทธ์ในการนำไปใช้ (WUWSH, 2007) รายละเอียดมีดังนี้

1. ระบุและรักษาสาเหตุของแผล รวมทั้งแก้ไขความกังวลของผู้ให้บริการ และทำการประเมินความปวดทุกครั้งที่ยื่นผู้ให้บริการ

2. ประเมินและบันทึกความรุนแรงและลักษณะของความปวดเป็นประจำทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการทำแผล เป้าหมายของการประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง คือ (1) ประเมินรูปแบบความปวดตามกาลเวลา (temporal pain patterns) เพื่อนำไปเลือกและวางแผนวิธีการแก้ไขความปวดที่เหมาะสม (2) บอกได้ถึงประสิทธิภาพของการรักษาหรือการบรรเทาความปวด (3) วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่อาจทำให้ความปวดจากแผลดีขึ้นหรือเลวร้ายลง และ (4) ระบุอุปสรรคซึ่งเกิดขึ้นจากตัวผู้ให้บริการ หรือจากระบบการดูแลที่มีผลต่อการจัดการความปวด

3. ทำความสะอาดแผลอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการเช็ดที่ทำให้เกิดการขูดสีและหลีกเลี่ยงการใช้สารละลายที่มีความเย็น สารละลายที่ใช้ล้างแผลควรทำให้อุ่นขึ้นหรือให้มีอุณหภูมิเท่าอุณหภูมิร่างกายก่อนที่จะใช้ ควรหลีกเลี่ยงการใช้คีมปากคีบ (forceps) หรือผ้าก๊อชเช็ดผิวของแผล

เนื่องจากอาจทำให้เนื้อเยื่อเสียหายและมีความปวดขณะนั้นยาวนานขึ้น ควรมีการใช้ยาบรรเทาปวด เพื่อลดความปวด หรือพิจารณาใช้วิธีการทำความสะอาดแผลแบบทางเลือก เช่น การล้างด้วยการฉีดน้ำ หรือของเหลวเข้าไปในแผล

4. เลือกวิธีการเอาสิ่งแปลกปลอมออกจากแผลอย่างเหมาะสม รวมถึงสิ่งที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความปวดจากแผล การกำจัดเนื้อตายออกเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยทำให้แผลฟื้นหาย การกำจัดเนื้อตายมีหลายวิธี การเลือกวิธีการกำจัดเนื้อตายต้องคำนึงถึงความเร่งด่วน ประสิทธิภาพต่อการฟื้นหายของแผล และความปวดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ

5. เลือกผ้าปิดแผลที่ช่วยลดความปวดระหว่างการปิดแผลและการเปลี่ยนผ้าปิดแผล การใช้ผ้าปิดแผลแบบดั้งเดิมทำให้เกิดความปวดแก่ผู้ใช้บริการได้ ปัจจุบันมีผ้าปิดแผลที่ใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาซึ่งได้รับการศึกษาแล้วว่าช่วยบรรเทาความปวดแผลให้กับผู้ใช้บริการ

6. การรักษาการติดเชื้อที่ทำให้เกิดความปวดแผลและขัดขวางกระบวนการหายของแผล ในการทำแผลอุบัติเหตุอาจเป็นแผลที่มีติดเชื้อก่อนได้รับการรักษา ดังนั้น การวินิจฉัยการติดเชื้อของแผลจึงมีความสำคัญและขึ้นอยู่กับประวัติการประเมิน

7. เลือกวัสดุที่เหมาะสมใช้ในการทำแผล เพื่อลดความปวดจากแผล โดยอยู่บนพื้นฐานของระยะเวลาของการต้องการใช้ ความสมดุลของความชุ่มชื้น การเปื่อยยุ่ยของผิวหนัง และประสิทธิภาพในการหายของแผล

8. ประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละรายสำหรับการใช้ยา (ยาชาเฉพาะที่และยาบรรเทาความปวดทั่วไป) และการไม่ใช้ยาในการลดความปวดจากแผล องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางแบบบันไดสามขั้นสำหรับการจัดการความปวดแบบโนซิเซปทีฟ และการใช้ยาเสริมสำหรับการจัดการความปวดจากระบบประสาท นอกจากนี้อาจใช้วิธีการรักษาโดยการไม่ใช้ยาร่วมด้วย เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้ดนตรีบำบัด และการเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น

9. ให้ผู้ใช้บริการเข้ามามีส่วนร่วมและให้อำนาจแก่ผู้ใช้บริการในการจัดการกับความปวดแผลที่เกิดขึ้น ความเจ็บปวดสามารถบรรเทาได้โดยการสร้างความสัมพันธ์ภาพเชิงการบำบัดเช่น การพูดคุยสื่อสารให้มากขึ้นและการให้ความรู้

10. ให้มั่นใจว่าผู้ใช้บริการทุกรายจะได้รับการควบคุมความปวดจากการทำแผลอย่างมีมาตรฐาน โดยมีการประเมิน การติดตาม และการประเมินผลลัพธ์ของความปวดจากแผล

จากการทบทวนวรรณคดีดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการบรรเทาความปวดขณะทำแผลของสมาพันธ์สมาคมการฟื้นฟูของแผลระดับโลก สมาคมด้านการจัดการเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ และสมาพันธ์การจัดการแผลแห่งสหภาพยุโรป ร่วมกับงานวิจัยต่าง ๆ ที่

เกี่ยวข้องกับการลดปวดขณะทำแผล ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพหรือแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดขณะทำแผล สรุปเป็นเกณฑ์มาตรฐานห้าองค์ประกอบ ดังนี้

1. การประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการ
2. การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล
3. การให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล
4. การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสม
5. การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่าง

ต่อเนื่อง

#### องค์ประกอบที่ 1 การประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการ

ความปวดขณะทำแผลเป็นความปวดที่เกิดจากหัตถการ(Arroyo-Novoa et al., 2009; WUWHS, 2004) พัลทิลโลและคณะ (Puntillo et al., 2001) มองความปวดว่ามีหลายมิติและมีอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการ ซึ่งในแต่ละมิติมีการตอบสนองโดยใช้วิธีการประเมินความปวดที่แตกต่างกันได้แก่

1. มิติทางด้านความรู้สึกรู้สึก (sensory-discriminative) เป็นมิติที่เกี่ยวกับระดับความรุนแรงของความปวด บริเวณที่มีความปวด และคุณลักษณะของความปวด เช่น ความปวดแบบปวดแสบปวดร้อน การปวดแปลบแปลบ หรือ การปวดตื้อ ๆ เป็นต้น ใช้การประเมินความปวดโดยให้ผู้ใช้บริการรายงานความปวดด้วยตนเอง (Puntillo et al, 2001) ซึ่งเป็นวิธีการประเมินที่ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด (อนงศ์, 2552; Popescu & Salcido, 2004; Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2002) และก่อนทำการประเมิน เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องแยกประสบการณ์ทางคลินิกของตนเองและอคติในการมองความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการออกก่อน (WUWHS, 2004)

2. มิติด้านอารมณ์แรงจูงใจ (motivational-affective dimension) เป็นการแสดงถึงผลกระทบที่มักเป็นไปในทางลบของพฤติกรรมซึ่งสัมพันธ์กับความปวดที่ผู้ใช้บริการแสดงออกทางคำพูดได้อย่างชัดเจน เช่น น่ารำคาญ น่ารังเกียจ น่าเอือมระอา การตอบสนองนี้มักสื่อออกมาทางภาษาประเมินได้สองวิธีคือ

- 2.1 ประเมินจากการแสดงออกทางพฤติกรรม สมาคมความปวดแห่งอเมริกา (American Society for Pain Management) ให้ข้อเสนอแนะว่า การประเมินความปวดทั้งในผู้ใช้บริการที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว วิธีการประเมินที่สำคัญอีกวิธีหนึ่งนอกเหนือจากการที่ผู้ใช้บริการรายงาน

ความปวดด้วยตนเองคือ การประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ให้บริการแสดงออกมา (Pudas-Tähkä, Axelin, Aantaa, Lund, & Salantera, 2008) ซึ่งวิธีการนี้มักใช้ประเมินในผู้ให้บริการเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ให้บริการที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร เช่น ผู้ให้บริการวิกฤตที่มีอุปกรณ์ในการรักษามากมาย ผู้ให้บริการที่มีความเชื่อมโยงทางการคิดและตัดสินใจ และผู้ให้บริการไม่รู้สึกร่างกาย เป็นต้น (อนงค์, 2552; Punttillo et al., 2004; Pudas-Tähkä et al., 2008) พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความปวดสามารถสังเกตได้สามอย่างคือ (1) การแสดงออกทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความปวด เช่น หน้าบูด ขมวดคิ้ว หน้าผากย่น เป็นต้น (Pudas-Tähkä et al.) หรือการแสดงออกโดยการเคลื่อนไหวของลำตัว เช่น บิดตัวไปมา กำมือ ทำตัวแข็งแขนขาเกร็ง สะอื้นกระสับกระส่ายไปมา เป็นต้น (Stotts et al., 2004) อย่างไรก็ตามพฤติกรรมที่ผู้ให้บริการนอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวร่างกายและไม่แสดงสีหน้าต่อความปวดขณะได้รับการทำแผลก็ไม่ได้เป็นเครื่องตัดสินว่า ผู้ให้บริการไม่มีความปวด (2) การแสดงออกทางวาจา ได้แก่ การกรีดร้อง การเอะอะโวยวาย และการใช้คำพูดแสดงความไม่พอใจ เป็นต้น (Punttillo et al.) และ (3) การแสดงออกทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การโกรธ ก้าวร้าว การร้องไห้ เป็นต้น (บำเพ็ญจิต, 2550)

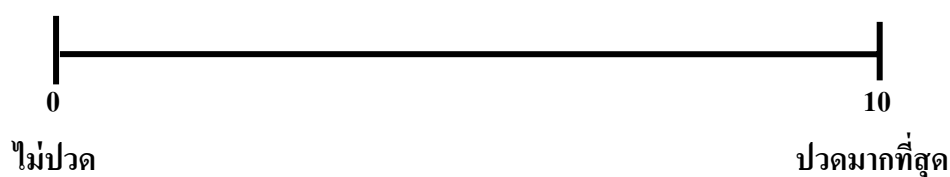
2.2 ประเมินจากการตอบสนองทางสรีรวิทยา โดยมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ (Punttillo et al., 2001) การเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตอาจเป็นการตอบสนองเกี่ยวกับความปวดและสามารถใช้ในการประเมินความปวดจากกระบวนการทำแผลได้ จากการศึกษาของสก็อตและคณะ (Stotts et al., 2004) เกี่ยวกับความปวดของผู้ให้บริการวัยผู้ใหญ่ที่ขณะทำแผล โดยทำการเปรียบเทียบอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตของผู้ให้บริการในช่วงก่อน ระหว่าง และภายหลังกระบวนการดูแลรักษาแผลพบว่า อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตของผู้ให้บริการในช่วงกระบวนการดูแลรักษาแผลจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับก่อนและหลังกระบวนการ อย่างไรก็ตามการใช้สัญญาณทางสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงอาจเป็นเพียงส่วนหนึ่งเพื่อใช้ในการประเมินความปวดในผู้ให้บริการเท่านั้น ยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา เช่น ความเจ็บป่วยของร่างกายผู้ให้บริการและผลจากการรักษา (Pudas-Tähkä et al., 2008) หรือหากร่างกายได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง อาจส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ให้บริการลดลง ทำให้ระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจอาจลดลงได้ หากเป็นผลจากการตอบสนองของเส้นประสาทสมองคู่ที่สิบ (vagal nerve) (Punttillo et al., 2004)

3. มิติด้านความคิด (cognitive dimension) เกิดจากการที่ผู้ให้บริการประเมินหรือตัดสินความหมายของความปวดหรือผลกระทบของความปวดโดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่เดิม มิติด้านความคิดมีอิทธิพลต่อการประเมินผลระดับความรุนแรงของความปวด โดยประเมินความปวดจากวิธีที่ผู้ให้บริการรายงานความปวดด้วยตนเอง (Punttillo et al., 2004)

สำหรับเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินความปวดในผู้ให้บริการสามารถใช้ได้ ทั้งเครื่องมือประเมินความปวดแบบมิติเดียว (unidimensional pain assessment tools) และเครื่องมือประเมินความปวดแบบหลายมิติ (multidimensional pain assessment tools) (Puntillo et al., 2004) มีรายละเอียดดังนี้

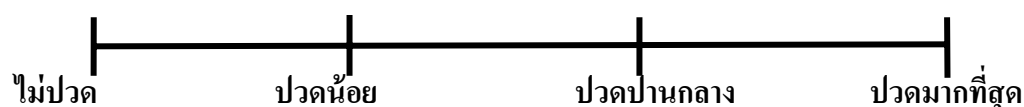
1. เครื่องมือประเมินความปวดแบบมิติเดียว เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดเฉพาะระดับความรุนแรงของความปวด (วงจันทร์, 2547) เครื่องมือประเมินความรุนแรงของความปวดที่ได้รับความนิยมได้แก่

1.1 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale [VAS]) เป็นเครื่องมือที่นิยมมากที่สุดในการทำวิจัย (ซัชชัย, 2552) ใช้วัดความปวดในเชิงปริมาณ มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-10 พร้อมด้วยคำอธิบายโดยตัวเลข 0 อยู่ทางซ้ายสุด มีความหมายว่า ไม่มีความปวดเลย (no pain) และตัวเลข 10 อยู่ทางขวามือสุด มีความหมายว่า ปวดรุนแรงที่สุด (worst pain) การใช้ไม่มีความซับซ้อน มักใช้ในการประเมินความปวดชนิดเฉียบพลัน หรือมีการแสดงออกถึงความปวดอย่างเปิดเผย (Roden & Sturman, 2009) (ภาพ 2)



ภาพ 2 มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale [VAS])

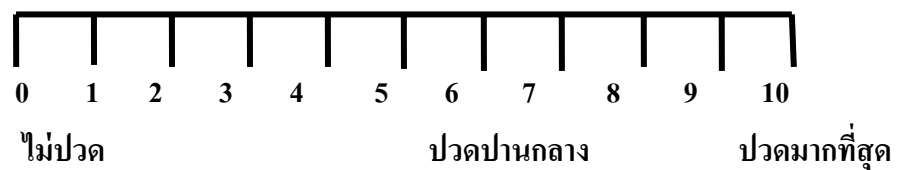
1.2 มาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (Verbal Rating Scale [VRS]) เป็นเครื่องมือประเมินที่บอกระดับความปวดเป็นคำเช่น ไม่ปวด ปวดน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดมากที่สุด เป็นต้น เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายไม่ซับซ้อน แต่ข้อมูลที่ได้มาจะเป็นข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง (ซัชชัย, 2552) (ภาพ 3)



ภาพ 3 มาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (Verbal Rating Scale [VRS])



1.3 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale [NRS]) ประกอบด้วยเส้นตรงซึ่งมีตัวเลขเริ่มที่ 0, 1, 2... ถึง 10 กำกับอยู่โดยเลข 0 คือไม่ปวดเลย และเลข 10 คือ ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้ (ซัชชัย, 2552) สามารถนำมาใช้งานได้สะดวกและเข้าใจง่าย โดยไม่จำเป็นที่จะต้องใช้ความชำนาญ กระดาษ และปากกา หรือความชัดเจนในการมองเห็นของผู้ที่ถูกประเมิน สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ทั้งทางโทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ ซึ่งทำให้เครื่องมือชนิดนี้ได้รับความนิยมในการใช้ในระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Breivik et al., 2008) (ภาพ 4)



ภาพ 4 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale [NRS])

1.4 มาตรวัดความปวดแบบใบหน้า (Face Pain Scale [FPS]) เป็นมาตรวัดความปวดโดยใช้รูปใบหน้าของคนี่แสดงอารมณ์ในรูปแบบต่าง ๆ โดยจะมีตัวเลขและคำอธิบายกำกับแต่ละใบหน้าช่วงระหว่าง ใบหน้ามีความสุข (happy face) จนถึงใบหน้าที่แสดงความปวดมากที่สุด (very pain face) ได้รับความนิยมในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (Benbow, 2009) สามารถใช้ในการประเมินความปวดในผู้ให้บริการที่มีอายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป (ซัชชัย, 2552) (ภาพ 5)



ภาพ 5 มาตรวัดความปวดแบบใบหน้า (Face Pain Scale [FPS])

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวดแบบหลายมิติ ในการประเมินความปวดซึ่งประเมินเพียงแต่ระดับความรุนแรงของความปวดอาจทำให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปวดไม่

ครบถ้วน (ซัชชัย, 2552) เนื่องจากความปวดมีหลายมิติเข้ามาเกี่ยวข้องจึงมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินที่ครอบคลุม (วงจันทร์, 2547) เครื่องมือที่ได้รับความนิยมได้แก่

2.1 แบบประเมินความปวดโดยย่อ (Brief Pain Inventory [BPI]) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในงานวิจัย แต่ปัจจุบันได้มีการนำเครื่องมือชนิดนี้ไปใช้ในทางคลินิก วัตถุประสงค์ของเครื่องมือนี้ใช้ในการประเมินความปวดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา แต่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนเวลาจาก 24 ชั่วโมงเป็นเวลาอย่างอื่นได้ เช่น ความปวดในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันได้มีการนำเครื่องมือนี้มาแปลเป็นภาษาไทยแล้ว แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับตำแหน่งที่ปวด ระดับความรุนแรงของความปวด การประเมินผลหลังจากได้รับความช่วยเหลือที่ผ่านมา และผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิต (วงจันทร์, 2547)

2.2 แบบสอบถามความปวดแมกิลล์ (McGill Pain Questionnaire [MGQ]) เป็นเครื่องมือวัดความปวดหลายมิติที่นิยมใช้กันมาก เนื่องจากครอบคลุมการประเมินความปวดในหลายด้าน มีทั้งรูปแบบชนิดยาว (long form) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนคือ (1) คำที่แสดงถึงความปวดทั้งหมด 78 คำ (2) จำนวนคำที่ผู้ใช้บริการเลือกทั้ง 20 ชุดคำ และ (3) การประเมินความรุนแรงของความปวดขณะทำแบบสอบถาม และชนิดสั้น (short form) ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โดยเป็นการรายงานผลของความปวด 11 ข้อและอารมณ์ความรู้สึก 4 ข้อ โดยแต่ละข้อให้ผู้ใช้บริการรายงานความปวดของตนเองเป็นระดับ ซึ่งจะใช้ลักษณะของมาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (VAS) ปัจจุบันได้แปลเป็นภาษาไทยและมีการนำมาใช้แล้ว (ซัชชัย, 2552)

สมาพันธ์โลกการฟื้นฟูของแผลที่ได้แนะนำเครื่องมือประเมินความปวดขณะทำแผลชนิดมิติเดียวที่ใช้งานและรวดเร็วในการประเมินความปวดได้แก่ มาตรวัดความปวดด้วยคำพูด มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข และมาตรวัดความปวดแบบใบหน้า (WUWSH, 2007)

นอกจากนี้ ฮอลลินเวิร์ท (Hollinworth, 2005) ได้เสนอเครื่องมือประเมินความปวดแผลขณะทำแผลเพื่อประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความปวดขณะทำแผล โดยเน้นการประเมินความปวดเฉพาะบุคคล เครื่องมือนี้ประกอบด้วย (1) แผนภาพรูปคนซึ่งระบุตำแหน่งของแผลตามร่างกาย (2) คำถามเลือกตอบจำนวน 9 ข้อ ตามคำแนะนำของสมาพันธ์โลกการฟื้นฟูของแผล (WUWSH, 2007) ได้แก่ ประสบการณ์ความปวดที่ผ่านมาในอดีตเกี่ยวกับแผล ช่วงเวลาที่เกิดความปวดแผล บริเวณที่รู้สึกปวดแผล ลักษณะความปวดแผล สิ่งที่ทำให้รู้สึกปวดมากขึ้นเมื่อทำแผล สิ่งที่ทำให้รู้สึกปวดลดลงเมื่อทำแผล การบรรเทาความปวดด้วยวิธีใช้ยา การบรรเทาความปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยา และผลกระทบจากความปวดแผลต่อกิจกรรมต่าง ๆ และ (3) ตารางบันทึกระดับความรุนแรงของความปวดในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการทำหัตถการ แม้ว่าเครื่องมือชนิดนี้จะได้รับการรับรองจากผู้สร้างว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้งานง่าย และให้ความรวดเร็วต่อการประเมินผลลัพธ์ แต่

เครื่องมือชนิดนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่ได้ระบุค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือจึงอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือการนำมาใช้

### องค์ประกอบที่ 2 การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล

ผู้ให้บริการที่มีความปวดจากแผลทุกรายควรได้รับการประเมินเพื่อหาสาเหตุและรักษาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวดแผลอย่างทันที เช่น การอักเสบติดเชื้อของแผล (EWMA as cited in Maffatt, 2002; TVNA, 2004; WUWHS, 2004; 2007) จากการทบทวนวรรณคดีพบว่า ซิบเบลคและคณะ (Sibbald et al. as cited in WUWHS, 2007) ได้มีเครื่องมือที่ช่วยในการจำ ดังนี้

2.1 การประเมินการติดเชื้อในแผลระดับพื้นผิว ใช้หลัก “NEEDS” ได้แก่ N (non-healing: แผลไม่หาย) E (exudates increased: มีหนองเพิ่มขึ้น) R (red friable granulation tissue: เนื้อเยื่อที่ก่อตัวนั้นแตกหักง่ายและมีสีแดง) D (debris: มีเศษเนื้อตายทับถม) และ S (smell: ส่งกลิ่นเหม็น)

2.2 การประเมินการติดเชื้อในแผลของชั้นผิวหนังที่ลึกลงไปรวมถึงรอบ ๆ ของแผลใช้หลัก “STONEES” ได้แก่ S (size increasing: ขนาดเพิ่มขึ้น) T (temperature increased surrounding skin: อุณหภูมิรอบแผลเพิ่มขึ้น) Os (probes or exposed bone: ลึกหรือกระดูกโผล่ให้เห็น) N (new areas of breakdown: มีการแตกแยกตัวของเนื้อที่แผล) E (erythema or edema: ผิวหนังร้อนแดงหรือบวม) และ S (smell: กลิ่นเหม็น)

แม้ว่าการอักเสบร่วมทำให้เกิดความปวดแผลแต่ก็มีวิธีการที่จะช่วยลดความปวดแผลได้โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดการอักเสบของแผล และรวมถึงการเลือกวัสดุภัณฑ์ในการทำแผลให้เหมาะสม เช่น ความปวดที่เกิดจากการอักเสบ ใช้วิธีการรักษาโดยการใส่ยาแก้อักเสบแบบเฉพาะที่ทาบริเวณผิวหนังอย่างต่อเนื่อง และความปวดที่เกิดจากจากการเสียดสีและการบิดตัวของแผลควรใช้วิธีการรักษาโดยอาจใช้วัสดุปิดแผลแบบรักษาความชุ่มชื้นให้เกิดกับแผล (moist wound healing dressings) เป็นต้น

### องค์ประกอบที่ 3 การให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล

การให้ผู้ให้บริการเข้ามามีส่วนร่วมในการระบุความต้องการต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลถือได้ว่าเป็นการเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางของการจัดการความปวด (EWMA as cited in

Maffatt, 2002; TVNA, 2004; WUWHS, 2004, 2007) เป้าหมายเพื่อปรับการรักษาให้เข้ากับความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละราย เจ้าหน้าที่สุขภาพจึงควรให้ข้อมูลกับผู้ใช้บริการเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการรักษาความปวดที่เหมาะสมรวมทั้งให้โอกาสซักถามซึ่งจะช่วยให้ผู้ใช้บริการสามารถตัดสินใจในการเลือกวิธีการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม (Berwick, 2002; Gordon et al., 2005)

#### *องค์ประกอบที่ 4 การจัดการความปวด ขณะทำแผล โดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสม*

การพัฒนาแนวปฏิบัติหรือมีนโยบายการจัดการความปวดจากการทำแผลที่เป็นระบบจะนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี (EWMA as cited in Maffatt, 2002; TVNA, 2004; WUWHS, 2004, 2007) การจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุโดยทั่วไปจำแนกได้เป็นสองวิธีคือ การรักษาความปวดด้วยการใช้ยา และการรักษาความปวดด้วยการไม่ใช้ยา (Arroyo-Novoa et al., 2009; Coulling, 2007; Hollinworth, 2005; Jones, 2004; White, 2008; Woo et al., 2008)

##### 4.1 การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยา

การจัดการความปวดด้วยการใช้ยาเป็นการรักษาลำดับแรกที่ใช้สำหรับการบรรเทาความปวดจากแผล (WUWHS as cited in Bower & Barrett, 2009) ประสิทธิภาพของการบรรเทาความปวดขึ้นอยู่กับทางเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับสาเหตุและประเภทของความปวดแผล (Price et al., 2008) การใช้ยابรรเทาความปวดต้องพิจารณาความรุนแรงของความปวดของรวมทั้งต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น (Briggs & Ibou as cited in Hollinworth, 2005)

ยาที่ใช้ในการบรรเทาความปวดขณะทำแผลแบ่งได้เป็นสองชนิดคือ (1) ยาชาเฉพาะที่ และ (2) ยาบรรเทาความปวดทั่วไป (Coulling, 2007; WUWSH, 2004) ดังนี้

4.1.1 ยาชาเฉพาะที่ (topical anesthetics) การใช้ยาชาเฉพาะที่เป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งช่วยในการจัดการความปวดขณะทำแผลมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Woo et al., 2008) มักใช้มาก่อนการตัดเนื้อตายหรือใช้ก่อนการจัดการกับขอบแผล ยาชาเฉพาะที่มีทั้งในรูปแบบเจล ครีม ซีฟิ่ง และของเหลว (Krasner, Shapshak, & Hopf, 2007) ใช้ทาบนผิวหนัง ยาชาจะซึมผ่านเข้าไปทางผิวหนังส่วนนอกและแผ่เข้าไปยังเนื้อเยื่อผิวหนัง (Serpell, 2003) ยาชาเฉพาะที่ที่ใช้ในการบรรเทาความปวดขณะทำแผล ได้แก่

4.1.1.1 ครีมยาชา (local anesthetics cream) ยาชาทาผิวหนังที่รู้จักแพร่หลายคือ เอมลาครีม (eutectic mixture of local anesthetics cream [EMLA cream]) เป็นผลิตภัณฑ์ที่เป็นส่วนผสมระหว่าง 2.5% ลิโดเคน (lidocaine) และ 2.5% พริโลเคน (prilocaine) (Serpell, 2003)

(ชนิดา, ศตวรรษันท์, กาญจนนา, และวราภรณ์, 2550; มลิวัดย์, 2552) ใช้ก่อนกระบวนการทำแผล (Gaufberg, Walta, & Workeman, 2007) หลังจากทาครีมยาชาแล้วก็ควรปิดคลุมด้วยแผ่นฟิล์มพลาสติก (occlusive dressing) หนึ่งชั่วโมง อย่างไรก็ตามพบว่ามียข้อจำกัดในการใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กล่าวคือ ครีมชนิดนี้ต้องใช้เวลาการออกฤทธิ์นานถึง 60 นาที นอกจากนี้สารพริโลเคน อาจส่งผลให้เกิดเลือดมีเมทีโมโกลบินเมีย (methemoglobinemia) ทำให้มีอาการตัวเขียว (มลิวัดย์; Ramponi, 2009)

4.1.1.2 ยาชาเฉพาะที่ชนิดพ่น (topical spray) ในภาวะเร่งด่วนการใช้ยาชาเฉพาะที่ชนิดพ่นเป็นทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาความปวด (Atkinson, Chesters, & Heinz, 2009) เช่น การใช้วาโปคูเลนท์สเปรย์ (vapocoolant spray) สามารถระงับความปวดได้รวดเร็ว ราคาถูก และมีประสิทธิภาพเหมาะกับการนำมาใช้ในการบรรเทาความปวดเมื่อทำหัตถการเล็กน้อยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น การเจาะเลือด การทำแผลเปิดเล็ก ๆ การเจาะระบายหนอง และการฉีดยาในเด็ก เป็นต้น (Ramponi, 2009) วิธีการใช้คือ การฉีดพ่นลงบนผิวหนังโดยตรง หรือพ่นลงบนสำลีก่อนหรือสามารถนำมาใช้ในการฉีดเข้าร่างกายเฉพาะที่ จะทำให้ผิวหนังรู้สึกเย็น ซึ่งวาโปคูเลนท์สเปรย์ออกฤทธิ์ใน 15 วินาที จากนั้นควรทำหัตถการต่าง ๆ ให้เร็วที่สุดภายในเวลา 3-7 นาทีในขณะที่ผิวหนังยังรู้สึกเย็นอยู่ ข้อดีของการใช้วิธีนี้คือ สามารถเริ่มทำหัตถการต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ต้นทุนในการดำเนินการต่ำ ยังไม่มีรายงานถึงปฏิกิริยาที่เป็นอันตรายต่อผิวหนัง เนื่องจากมีสารประกอบหลักคือเอทิล คลอไรด์ ซึ่งระเหยอย่างรวดเร็ว (American Medical Association, 2010) และสามารถใช้อีกตามความจำเป็นโดยไม่ทำให้เกิดพิษ (Ramponi, 2009)

4.1.1.3 ยาชาเฉพาะที่ชนิดแทรกซึม (infiltration anesthesia) เป็นยาชาที่ใช้ฉีดเข้าไปในเนื้อเยื่อ ทางผิวหนังส่วนนอก ผิวหนังและส่วนที่ถึงลงไปได้แก่ กล้ามเนื้อ และอวัยวะภายใน ผลเสียของการใช้เทคนิคนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่ใช้ โดยทั่วไปแล้วจะใช้เพื่อทำให้ชาในพื้นที่ขนาดเล็ก ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อใช้กับพื้นที่ขนาดใหญ่ในการผ่าตัดใหญ่ ยาชาเฉพาะที่ชนิดแทรกซึมที่นิยมใช้ได้แก่ ลิโดเคน (lidocaine) โพรเคน (procaine) และบูปิวาเคน (bupivacaine) นอกจากนี้ยังสามารถใช้ร่วมกับอีพิเนฟริน (epinephrine) ในปริมาณสูงได้ (Serpell, 2003)

4.1.1.4 ผ้าปิดแผลที่มีส่วนผสมของสารระงับความปวด เช่น ผ้าปิดแผลที่มีส่วนผสมของยาไอบูโพรเฟน (ibuprofen) หรือไอบูเฟน (ibufen) สามารถช่วยลดความปวดได้ดี (Coutts, 2008; White, 2008) และออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วภายใน 30 นาที (Woo et al., 2008) ผ้าปิดแผลแบบโฟม (foam dressing) ที่มีการปล่อยสารไอบูโพรเฟนเพื่อลดความปวดในผู้ใช้บริการที่มีแผล การทำแผลโดยใช้ผ้าปิดแผลแบบโฟมนี้เป็นการผสมผสานระหว่างการรักษาแผลให้มีความชุ่มชื้นจากผ้า

ปิดแผลแบบโพนัมกับการลดความปวดด้วยสารไอบูโพรเฟน นอกจากนี้ยังสามารถจัดการอักเสบที่เกิดขึ้นกับแผลได้อีกด้วย (Coutts)

4.1.2 การใช้ยาบรรเทาความปวดทั่วไป (systematic analgesia) ตามบันไดสามขั้นขององค์การอนามัยโลก เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสามารถนำมาใช้ในการบรรเทาความปวดแผลได้ (Bower & Barrett, 2009; Roden & Sturman, 2009; Krasner et al., 2007; WUWHS, 2007) เกณฑ์การใช้ยาระงับความปวดมีดังนี้ (สถาพร, 2552; จิราภรณ์, 2551)

ขั้นที่ 1 ความปวดระดับเล็กน้อย (มีค่าคะแนนความปวด 1-3) ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ (non-opioid) ได้แก่ พาราเซตามอล และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือยาในกลุ่มเอ็นเสด (NSAIDs) โดยร่วมกับยาเสริมตามอาการ (adjuvants)

ยาพาราเซตามอล (paracetamol) หรือ อะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) ถือได้ว่าเป็นชนิดยาที่ปลอดภัยมากที่สุดในการบรรเทาอาการปวดสำหรับความปวดแบบโนซิเซปทีฟ (Australian and New Zealand College of Anesthetists [ANZCA], 2005) การออกฤทธิ์จะไปขัดขวางการส่งกระแสความปวด (pain impulse) และยับยั้งการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดิน (prostaglandin) (เฉลิมศรีและจุฬารักษ์, 2550)

ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์หรือยาในกลุ่มเอ็นเสด (Non-steroidal anti-inflammatory [NSAID]) เมื่อฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะออกฤทธิ์สูงสุด 10-90 นาที และถ้าให้ทางหลอดเลือดดำ จะออกฤทธิ์บรรเทาความปวดแบบทันที มีประโยชน์อย่างยิ่งในการควบคุมความปวดสั้น หรือความปวดจากกระบวนการทำแผล เช่น การเปลี่ยนผ้าปิดแผล เป็นต้น (WUWHS as cited in Bowers & Barrett, 2009) ยาในกลุ่มนี้เช่น ไอบูโพรเฟน (ibuprofen) แอสไพริน (aspirin) ไดโคลฟีแนค (diclofenac) คีโตโพรเฟน (ketoprofen) และเมเฟนามิก แอซิด (mefenamic acid) เป็นต้น (เฉลิมศรีและจุฬารักษ์, 2550)

ยาบรรเทาอาการปวดทั้งพาราเซตามอลและยาในกลุ่มเอ็นเสดควรให้กับผู้ใช้บริการก่อนการรักษาล่วงหน้า 1 หรือ 2 ชั่วโมงเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Coulling, 2007)

ยาเสริมตามอาการ เป็นยาที่นำมาใช้ในการเสริมฤทธิ์ในการบรรเทาความปวดร่วมกับยาแก้ปวดหลัก หากนำมาใช้เดี่ยวยาเสริมจะไม่สามารถออกฤทธิ์ระงับความปวดได้เพียงพอ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ เคทามิน (ketamine) ยาแก้ไอหรือเด็กซ์โตรเมทอร์แฟน (dextromethorphan) ยาต้านอาการซึมเศร้า (antidepressants) ยาแก้ชัก (anticonvulsant) ยาชาเฉพาะที่ลิโดเคน (lidocaine) โคลนิดีน (clonidine) และเด็กซ์เมติโดมิดีน (dexmedetomidine) เจ้าหน้าที่สุขภาพจำเป็นต้องเลือก การเลือกให้ยาในกลุ่มนี้ให้เหมาะสมและให้มีประสิทธิภาพต่อการบรรเทาความปวดสูงสุด (สมบุญ, 2552)

ขั้นที่ 2 ผู้ใช้บริการที่มีระดับคะแนนความปวดปานกลาง มีค่าคะแนน 4-6 หรือเมื่อให้ยาขั้นที่ 1 แล้วไม่ดีขึ้นจึงรายงานแพทย์เพื่อให้ยาขั้นที่ 2 ใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์อย่างอ่อน (weak opioids) ได้แก่ โคเดอีน (codeine) และ ترامาดอล (tramadol) และยาเสริมร่วมด้วย

โคเดอีน หรือเมทิลมอร์ฟีน (methylmorphine) ดูดซึมในทางเดินอาหารได้ 50% และดูดซึมได้ดีเมื่อฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ในประเทศไทยมีเฉพาะแบบเม็ดรับประทานขนาด 15 และ 30 มิลลิกรัมเท่านั้น (สถาพร, 2552) สมาคมการจัดการแผลแห่งยุโรป (EWMA) แนะนำว่า โอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น โคเดอีน ควรให้ประมาณหนึ่งชั่วโมงเพื่อให้มีผลบรรเทาความปวดก่อนเริ่มกระบวนการทำแผล (Bowers & Barrett, 2009)

ترامาดอล ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดทางระบบประสาท (Coulling, 2007) ترامาดอลมีทั้งชนิดเม็ดรับประทานและชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ถ้าใช้ขนาด 50-100 มิลลิกรัมทุก 6-8 ชั่วโมงแล้วยังไม่บรรเทาปวดควรเปลี่ยนเป็นการใช้ยาในขั้นที่ 3 เนื่องจากการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้นอาจทำให้อาการข้างเคียงมากขึ้น อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ คลื่นไส้ อาเจียน (สถาพร, 2552)

ขั้นที่ 3 ผู้ใช้บริการที่มีระดับคะแนนความปวดมาก มีค่าคะแนน 7-10 เมื่อให้ยาตามลำดับ 1 และ 2 แล้วไม่ดีขึ้น จึงรายงานแพทย์เพื่อให้ยาในขั้นที่ 3 ใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์อย่างแรง (strong opioids) ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) เฟนทานิล (fentanyl) หรือเมทาโดน และยาเสริมร่วมด้วย

มอร์ฟีน เป็นยาอาจไปยังยังการกระตุ้นบริเวณระบบประสาทที่ทำหน้าที่กระตุ้นหรืออาจไปเพิ่มการกระตุ้นของบริเวณระบบประสาทที่ยับยั้งทางเดินประสาทที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกเจ็บปวด (สุพิชา, 2545) ฤทธิ์ในการระงับปวดของมอร์ฟีน จะทำให้วังงซึม ลดปวดแต่ไม่ได้ทำให้ความปวดหายไป ผู้ใช้บริการจะรู้สึกเคลิบเคลิ้ม (สถาพร, 2552) อาการข้างเคียงที่พบคือ การกดการหายใจและระบบไหลเวียน (เฉลิมศรีและจุฬารัตน์, 2550)

เฟนทานิล เป็นยาที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน แต่มีฤทธิ์ระงับความปวดได้ดีกว่ามอร์ฟีน 50-100 เท่า มีทั้งชนิดเม็ดรับประทาน แผ่นปิดบนผิวหนัง และแบบฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อทุกสี่ชั่วโมงเนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้น (สถาพร, 2552)

เมทาโดน อยู่ในกลุ่มโอปิออยด์อย่างแรงที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน แต่จะแตกต่างตรงที่จะเป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาวนาน มีค่าครึ่งชีวิต (half-life) ประมาณ 24 ชั่วโมง ดูดซึมได้ดีในระบบทางเดินอาหาร ละลายได้ดีในไขมัน ออกฤทธิ์หลังรับประทานประมาณ 30-60 นาที (วีรวัด, 2550) อาการข้างเคียงคือ กดการหายใจ และหากได้รับต่อเนื่อง 4-14 วันอาจทำให้ไตทำงานผิดปกติเนื่องจากการสะสมของยา (สถาพร, 2552)

อย่างไรก็ตามการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์อย่างอ่อนและอย่างแรงก็สามารถใช้ได้ ในกระบวนการทำแผล ไม่ว่าจะเป็นเพื่อระงับอาการปวดระดับปานกลางไปจนถึงระดับรุนแรง เช่น ความปวดจากการเปลี่ยนผ้าปิดแผล การล้างแผล ซึ่งการใช้ยาในกลุ่มใดเจ้าหน้าที่สุขภาพควรเลือกใช้ และพิจารณาให้เหมาะสมเนื่องจากการใช้ยาแต่ละประเภทมีทั้งข้อดีและข้อเสีย (Coulling, 2007)

#### 4.2 การจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุโดยวิธีไม่ใช้ยา

การบรรเทาความปวดด้วยการไม่ใช้ยาในผู้ใช้บริการที่มีความปวดจากการได้รับการทำแผลแบ่งได้เป็นสองวิธีคือ (1) การบรรเทาความปวดโดยปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior pain relief techniques) และ (2) การบรรเทาความปวดทางกายภาพ (physical pain relief techniques) (Craven & Hirmler อ้างตาม โสพิศ, 2549)

##### 4.2.1 การปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม ได้แก่

4.2.1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ใช้บริการเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการความปวดจากการทำแผล ความสัมพันธ์ที่ดีจะช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดความเชื่อมั่นในวิธีการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยความเต็มใจก็จะทำให้อลดความวิตกกังวล ความเครียด และความปวดลง (Woo et al., 2008)

4.2.1.2 การให้ข้อมูลการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำแผล การให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการจะช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวที่เกิดขึ้นในผู้ใช้บริการขณะได้รับการทำแผล (วันชนี, 2552; Jones, 2004) เนื่องจากการทำแผลจะเป็นกระบวนการที่สร้างความปวดและความไม่สุขสบายให้กับผู้ใช้บริการ ความสำคัญของการให้ข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับขั้นตอน เครื่องมือต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้ใช้บริการผ่อนคลาย และมีทางเลือกในการที่จะลดความปวดที่เกิดขึ้นในขณะการได้รับการทำแผลมากขึ้น เช่น ผู้ใช้บริการบางรายเลือกที่จะใช้การกำหนดลมหายใจเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดที่ได้รับจากการทำแผล เป็นต้น (Abraham, 2006; Jones) การให้ผู้ป่วยหายใจช้า ๆ ขณะเปิดผ้าปิดแผลออก (จิราภรณ์, 2551)

4.2.1.3 การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดที่เกิดขึ้น เป็นเทคนิคที่มีผู้นำมาใช้ในการบรรเทาความปวดที่ไม่ใช้ยาบ่อยที่สุด (Ramponi, 2009) โดยการให้ผู้ใช้บริการทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดเป็นรูปแบบการเน้นความสำคัญไปยังสิ่งกระตุ้นอื่น มากกว่าที่จะสนใจเพียงการสัมผัสกับความปวดที่เกิดจากการทำแผล ผู้ใช้บริการจะมุ่งความสนใจของพวกเขาโดยการเพิ่มระดับการแสดงผลการรับรู้สึกผ่านประสาทสัมผัสอื่น ๆ โดยเฉพาะการได้ยิน การมองเห็น และการเคลื่อนไหว กิจกรรมที่ใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจควรเป็นกิจกรรมที่เรียบง่าย แต่ว่ามีเทคนิคที่มีประสิทธิภาพ เช่น การอ่านหนังสือ การดูหนัง การฟังเพลง การร้องเพลง การนับ การหายใจลึก ๆ การบีบนิ้ว การสัมผัส และการพูดคุย เป็นต้น (Coulling, 2007; Ramponi) ดังการศึกษา



ของแดส, กริมเมอร์, สปาร์นอน, แมคเรย์, และโทมัส (Das, Grimmer, Sparnon, McRae, & Thomas, 2005) ได้ทำการศึกษาศึกษาแบบทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม (randomized-controlled trial [RCT]) ทำการทดลองโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มในผู้ใช้บริการที่มีแผลไฟไหม้ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 11.1 ปี (อายุ 5-18 ปี) จำนวน 7 คนออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจะได้เล่นเกมส้อมพิวเตอร์ที่สร้างสถานะเหมือนจริง ในขณะที่ได้รับการทำแผล และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลในการทำแผลตามปกติ โดยทั้งสองกลุ่มไม่ได้รับยาบรรเทาความปวดก่อนการทำแผล ใช้มาตรวัดรูปใบหน้าในการประเมินความปวด ผลการทดลองพบว่า กลุ่มผู้ใช้บริการแผลไฟไหม้ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรุนแรงของความปวดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับการศึกษาในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในช่วง 17 ปีที่ผ่านมา มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจผู้ใช้บริการขณะทำแผลจำนวนสองงานวิจัย โดยงานวิจัยแรกได้ทำการศึกษาผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความปวดขณะได้รับการล้างแผลในผู้ใช้บริการแผลไฟไหม้จำนวน 12 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละเท่า ๆ กัน กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการผ่อนคลายจิตใจในขณะที่ได้รับการล้างแผล ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวด และสัญญาณชีพ เพิ่มขึ้นน้อยกว่าผู้ใช้บริการกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จุไรพร, 2536) สอดคล้องกับผลการศึกษาของพัยศิริ (Payaksiri, 2001) ที่ได้ทำการศึกษาผลของการฟังดนตรีต่อการลดความปวดของผู้ใช้บริการขณะได้รับการทำแผลเปิด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ใช้บริการที่ได้รับการฟังดนตรีขณะทำแผลมีระดับความปวดเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มผู้ใช้บริการที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจากผลการศึกษาของงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ใช้บริการขณะได้รับการทำแผลสามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4.2.2 การบรรเทาความปวดทางกายภาพ มีหลายวิธีดังนี้

4.2.2.1 การจัดทำ การจัดวางท่าที่สุขสบายให้กับผู้ใช้บริการและเหมาะสมกับการทำแผลจะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะช่วยลดการกระตุ้นสิ่งที่จะเพิ่มความปวดได้ (Craven & Himle อ้างตาม โสพิศ, 2549) ผู้ใช้บริการบางกลุ่มจะมีความรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับทางเลือกในการจัดวางท่าทางด้วยตนเอง (Ramponi, 2009)

4.2.2.2 การเปิดผ้าพันแผล ควรให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการนำผ้าปิดแผลออกเอง ให้ความชุ่มชื้นแก่แผลก่อนเปิดผ้าปิดแผลออกทุกครั้ง แล้วดึงผ้าปิดแผลออกด้วยความนุ่มนวลและแนะนำให้ผู้ป่วยหายใจช้า ๆ ขณะเปิดผ้าปิดแผลออก และหยุดการเปิดผ้าปิดแผลออกไว้ชั่วคราวเมื่อผู้ป่วยแจ้งขอหยุด (จิราภรณ์, 2551)

4.2.2.3 การล้างแผลด้วยสารละลาย สารละลายที่เป็นที่นิยมทำความสะอาดแผลและไม่เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อคือ (1) สารละลายนอร์มัลซาลิน (0.9% normal saline) เป็นสารละลายที่สามารถใช้ในการล้างแผลได้ทุกชนิด และไม่ทำให้เกิดการรบกวนกระบวนการหายของแผล เนื่องจากเป็นสารละลายที่มีความเข้มข้นเท่ากับภายในเซลล์จึงไม่เป็นอันตรายต่อเซลล์เนื้อเยื่อปกติรอบ ๆ และไม่มีผลต่อความปวดแผล (Dulecki & Pieper, 2005; Fernandez, 2008) และ (2) น้ำประปา (tap water) น้ำประปาถูกใช้โดยทั่วไปในการล้างแผลชนิดเฉียบพลันแบบป่นเปื้อน เนื่องจากหาง่ายและราคาถูก (Fernandez & Griffiths, 2010) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้น้ำประปาในการล้างแผลต่อระดับความปวดแผล สำหรับสารละลายที่ใช้ในการชะล้างแผลสามารถใช้สารละลายนอร์มัลซาลินหรือ 1% โพวิโดน-ไอโอดีน ชะล้างแผลที่มีการป่นเปื้อนได้ นอกจากนี้ประเภทของสารละลายแล้วอุณหภูมิของสารละลายที่ใช้ในการทำความสะอาดแผลนั้นควรอยู่ในอุณหภูมิห้องเนื่องจากการใช้ของเหลวที่เย็นจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่สบายและเกิดอาการปวดต่อในผู้ใช้บริการ (Hollinworth, 2005) ดังนั้นในการทำความสะอาดแผลจึงควรใช้สารละลายที่มีความอุ่นพอเหมาะในการทำความสะอาดแผล (Hollinworth) โดยมีข้อเสนอแนะว่าเพื่อความปลอดภัยในการชะล้างแผลควรใช้น้ำอุ่นที่มีอุณหภูมิห้อง (Vuolo, 2009) แต่ก็ยังไม่มีความหลักฐานที่ระบุระดับอุณหภูมิที่เหมาะสมในการชะล้างแผล

4.2.2.4 เทคนิคและแรงดันในการชะล้างแผล ควรใช้แรงดันขนาด 13 ปอนด์ต่อตารางนิ้วชะล้างแผลจะมีประสิทธิภาพในการลดการติดเชื้อและการอักเสบในแผลด้วยการใช้กระบอกฉีดขนาด 12 ซีซีต่อกับเข็มเบอร์ 22 ในการชะล้างแผล (จิราภรณ์, 2551)

4.2.2.5 การใช้วัสดุปิดแผล ควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาพของแผลและส่งผลให้เกิดความปวดแผลน้อยที่สุด ควรเลือกวัสดุปิดแผลที่ไม่ยึดเกาะกับแผลแน่นเกินไปจนทำให้เกิดความปวดเมื่อเปลี่ยนวัสดุปิดแผล (Hollinworth, 2005) วัสดุปิดแผลที่เลือกใช้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ปิดแผล ความสามารถในการรักษาความชุ่มชื้นของแผล สก๊วยภาพที่ช่วยในการหายของแผล และการทำให้ขอบแผลเปื่อยยุ่ย (WUWHS, 2007) ในอดีตรูปแบบของวัสดุปิดแผลมักจะเป็นวัสดุที่แห้งอย่างรวดเร็วและทำให้เกิดการยึดติดกับแผลมากที่สุด ซึ่งถ้าไม่ได้รับการเปลี่ยนวัสดุปิดแผลบ่อยครั้งก็จะทำให้เนื้อเยื่อของแผลเจริญเติบโตในวัสดุปิดแผล และเมื่อทำการเปลี่ยนวัสดุปิดแผลก็จะส่งผลให้เกิดความปวดและการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ตัวอย่างของวัสดุปิดแผลแบบดั้งเดิม เช่น ผ้าก๊อช และผ้าปิดแผลตาข่ายพาราฟิน เป็นต้น (Bethell, 2003; Hollinworth; WUWHS, 2004) จึงควรใช้วัสดุปิดแผลแบบไม่ติดแผล (non adherent dressing) ในการปิดแผลที่มีลักษณะการหายแบบทุติยภูมิ เช่น โซฟรา-ทูลเล (Sofra-tulle) หรือการใช้ก๊อชในการปิดแผลชั้นนอกทุกชนิดเนื่องจากได้ผลดีและมีราคาถูก นอกจากนี้ใช้เทปปิดแผล สำหรับผิวหนังที่แพ้ ปิดทับบนก๊อชในตำแหน่งใกล้ขอบก๊อช กรณีตำแหน่งแผลอยู่บริเวณข้อ

พบว่าใช้ผ้าพันแผลพันทับก้อนที่ปิดแผลโดยเริ่มพันตั้งแต่ปลายจนถึงโคน ไม่ควรแน่นหรือหลวมเกินไป (จิราภรณ์, 2551)

ปัจจุบันนี้ได้มีการผลิตวัสดุปิดแผลรูปแบบใหม่ขึ้นมา เช่น วัสดุปิดแผลที่ทำขึ้นมาจากไฮโดรคอลลอยด์ (hydrocolloid dressing) หรือโฟม (foam dressing) โดยเป็นการผสมผสานระหว่างวัสดุปิดแผลแบบดูดซับ (absorptive layer) และวัสดุปิดแผลที่เหมาะสมกับการใช้งานแบบเฉพาะส่วน (binding layer) เข้าไว้ด้วยกัน ทำให้ได้เป็นวัสดุที่เชื่อมติดใกล้กับแผลและดูดซับของเหลวจากแผลได้ดีและมากที่สุด (Stotts et al., 2004) วัสดุปิดแผลที่เหมาะสมกับแผลอุบัติเหตุที่จะช่วยลดจากความปวดเมื่อเปลี่ยนวัสดุปิดแผลหรือตลอดระยะเวลาที่ใช้วัสดุปิดแผลได้แก่ (1) แผ่นไฮโดรคอลลอยด์ที่ฉาบผิวด้วยยาฆ่าเชื้อซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีน (silver sulfadiazine) มีฤทธิ์คลุมเชื้อแบคทีเรีย ลอกออกง่ายและไม่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความปวด (2) แผ่นซิลิโคน ซึ่งเมื่อลอกออกจะไม่ติดแผล เหมาะกับแผลที่ไม่ติดเชื้อ และ (3) แผ่นปิดแผลที่เคลือบด้วยโลหะเงินซึ่งมีอนุภาคเล็กมาก มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย และควบคุมการติดเชื้อแทรกซ้อนที่รุนแรงได้หลายประเภท ช่วยให้แผลหายเร็ว เมื่อลอกออกไม่ติดกับแผลและไม่ทำให้เกิดความปวด (Benbow, 2009)

จากการศึกษาของชาบีและคณะ (Chaby et al., 2007) ซึ่งเป็นงานวิจัยทบทวนวรรณคดีอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษานิคมของผ้าปิดแผลที่สัมพันธ์ปัจจัยด้านความปวด ระยะเวลาในการหายของแผล โดยการค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ มกราคม 1990 ถึง มิถุนายน 2006 การเลือกวัสดุปิดแผลสำหรับการดูแลทั้งแผลชนิดเฉียบพลันและแผลชนิดเรื้อรัง จากงานวิจัยทั้งหมด 99 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า ในการทำแผลชนิดเฉียบพลัน และการใช้วัสดุปิดแผลแบบไฮโดรคอลลอยด์ช่วยลดความปวดได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับการปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลตาข่ายพาราฟิน สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาและค้นคว้าถึงความปวดที่เกิดขึ้นระหว่างการเปลี่ยนวัสดุปิดแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังพบว่า วัสดุปิดแผลชนิดไฮโดรคอลลอยด์จะช่วยลดความปวดจากการเปลี่ยนผ้าปิดแผลได้ดีที่สุด (95%) เมื่อเทียบกับผ้าปิดแผลแบบตาข่ายพาราฟินทั้งแบบเปียกและแบบแห้งที่นำมาชุบน้ำยาฆ่าเชื้อ (Meaume et al., 2004)

แม้ว่าการจัดการความปวดจากการทำแผลด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยาจะมีประสิทธิภาพ แต่ก็ยังเป็นวิธีที่ไม่สามารถนำมาทดแทนการรักษาด้วยยาได้ทั้งหมด ดังนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพควรนำวิธีการจัดการความปวดที่ไม่ใช่ยามาใช้ควบคู่กับการบรรเทาความปวดด้วยการใช้ยาได้ (สถาพร, 2552) และหากมีความจำเป็น ควรปรึกษาหรือขอคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความปวดจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกเพื่อจะช่วยให้บรรเทาความปวดของผู้ใช้บริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (EWMA as cited in Maffatt, 2002; TVNA, 2004; WUWHS, 2004, 2007)

### องค์ประกอบที่ 5 การติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง

คณะกรรมการรับรองมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ (JCAHO, 2001) ได้กำหนดแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การติดตามประเมินเฝ้าสังเกตอาการปวดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวด การประเมินอาการปวด และการจัดการอาการปวดและผลสัมฤทธิ์ของการจัดการจัดการความปวดขณะทำแผลลงในแบบบันทึกทางการแพทย์ การประสานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือภายนอกโรงพยาบาล

สรุป ข้อเสนอแนะและแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการจัดการความปวดขณะทำแผลสำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการ การค้นหาและรักษาสาเหตุที่ทำให้ปวดแผล การให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล การจัดการความปวด ขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสม การติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง

### ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ใช้บริการต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

ผลสัมฤทธิ์ของการจัดการความปวดตามเกณฑ์ประเมินของสมาคมอาการปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Pain Society Quality of Care Committee, 1995) ได้กำหนดผลสัมฤทธิ์ของการจัดการอาการปวด ได้แก่ การลดระดับความรุนแรงของความปวด การเพิ่มขีดความสามารถในการทำหน้าที่หรือการทํากิจกรรม และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เพื่อจะได้นำมาเป็นแนวในการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการอาการปวดและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

สำหรับผลสัมฤทธิ์การจัดการความปวดที่จะนำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องใช้การประเมินและการจัดการความปวดอย่างรวดเร็วและผู้ใช้บริการใช้เวลาระยะสั้นอยู่ในแผนกนี้ตามที่ได้เคยกล่าวมาแล้ว ดังนั้นจึงวัดผลสัมฤทธิ์ของคุณภาพเฉพาะด้านความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ใช้บริการในการจัดการความปวด

ความพึงพอใจหมายถึง ระดับของความรู้สึกหรือการแสดงออกในทางบวกของบุคคล เกิดจากการประเมินความแตกต่างระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่ได้รับจริงในสถานการณ์อันหนึ่งอันใด ความพึงพอใจสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยแวดล้อมและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น(อนุกและภาสกรณ

, 2548) สอดคล้องกับฟองทิพย์ (2552) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า เป็นความรู้สึกของผู้ใช้บริการที่เกิดขึ้นจากความคาดหวังในบริการที่ตนเองได้รับ และเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการถือได้ว่าเป็นเกณฑ์อย่างหนึ่งที่ใช้สำหรับวัดคุณภาพของการบริการ (Mangelsdorff, 1979)

ความพึงพอใจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการ ความพึงพอใจมีองค์ประกอบสองด้าน (อนุกและภาสกรณ, 2548) ได้แก่

1. การรับรู้คุณภาพของผลิตภัณฑ์บริการ เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการได้ให้สัญญาว่าจะปฏิบัติ โดยผู้บริโภคมองความคาดหวังต่อคุณภาพของผลิตภัณฑ์บริการนั้นว่า อย่างน้อยที่สุดก็ควรจะได้รับ การบริการตามที่ผู้ให้บริการได้สัญญาไว้ สิ่งที่ได้รับที่มีคุณภาพมากน้อยเพียงใดจะเป็นสิ่งกำหนดถึงระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ อย่างไรก็ตามเพื่อให้ผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจสูงสุด ผู้ให้บริการควรสร้างผลิตภัณฑ์บริการให้มีคุณภาพและมีความแตกต่างจากคู่แข่ง เช่น มีรูปร ส กลิ่น เสียง และภาพลักษณ์ในการบริการที่สวยงาม มีมาตรฐาน เป็นต้น

2. การรับรู้คุณภาพของการนำเสนอการบริการ เป็นกระบวนการที่ผู้ให้บริการจะ นำเสนอวิธีการให้บริการในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งวิธีการเหล่านั้น ได้ผ่านการประเมินความเหมาะสมแล้ว ลักษณะของการบริการที่จะช่วยให้ผู้บริโภคนำมาประเมินคุณภาพการบริการได้อย่างมีเหตุผลและ นำมาสู่ความพึงพอใจได้แก่ ความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ ให้บริการตามบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบต่องานของผู้ให้บริการ และการใช้ภาษาในการสื่อสาร และแสดงออกที่แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการมีความเต็มใจและจริงใจในการบริการ

สำหรับงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและ พยายามต่อการจัดการความปวดขณะทำแผล ผู้วิจัยจึงทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ ของผู้ให้บริการและพยายามต่อการจัดการความปวดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยในประเทศไทย ได้มีการศึกษาของโสพิศ (2549) ซึ่งสำรวจความพึงพอใจในการจัดการอาการปวดของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ พบว่าพยาบาล และผู้ให้บริการรายงานว่าพึงพอใจทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการจัดการ ความปวดของพยาบาล ด้านผลของการจัดการความปวด และด้านระบบโดยรวมของแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ให้บริการจำนวนน้อยที่ได้รับยาบรรเทาความปวดและไม่ได้รับคำแนะนำใน การบรรเทาความปวดน้อยจึงส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการ สำหรับพยาบาลพบว่า รายงานความพึงพอใจในระดับปานกลางเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดร่วมกับไม่มี แนวปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้พยาบาลไม่สามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควรซึ่ง ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของพยาบาล

ในการศึกษาของต่างประเทศพบว่า ชานและเวอร์ไคล์ (Chan & Verdile, 1998) ได้ทำการสำรวจผู้ใช้บริการที่มีความปวดเฉียบพลันจำนวน 110 คน โดยโทรศัพท์ติดตามอาการอาการที่ปวดทุเลาลงภายหลังจำหน่ายจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจเนื่องจากผู้ใช้บริการดังกล่าวที่ได้รับยาบรรเทาความปวด อย่างไรก็ตาม ทอดด์, สโลน, เซน, เอ็ดเดอร์ และแวมสเต็ด (Todd, Sloan, Chen, Eder, & Wanstad, 2002) สำรวจอุบัติการณ์ความปวดและความพึงพอใจผู้ใช้บริการจำนวน 525 รายที่มาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในสองโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้เครื่องมือมาตรวัดตัวเลขและสเกลวัดค่าความพึงพอใจกับการจัดการความปวดซึ่งแบ่งเป็นหกระดับจากพอใจมากที่สุดถึงไม่พอใจมากที่สุด ผลพบว่า แม้ว่าผู้ใช้บริการจะมีระดับคะแนนความปวดสูงและได้รับยาแก้ปวดน้อย หรือบางรายต้องรอคอยเวลาในการที่จะได้รับยาแก้ปวด แต่ผู้ใช้บริการก็ยังมีค่าความพึงพอใจในระดับสูง ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าเป็นเพราะเครื่องมือความไม่ไวเพียงพอในการวัดหรือเกิดความลำเอียงในการตอบแบบสอบถามเพื่อเป็นไปตามความต้องการสังคม (social desirability bias) ก็ได้ ทานาเบ้ โทมัส ไพรซ์ สปีลเลอร์และมาร์แคนโตนิโอ (Tanabe, Thomas, Paice, Spiller, & Marcantonio, 2001) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลตามมาตรฐาน การใช้ยาบรรเทาปวดโอปิออยด์และการใช้ดนตรีบำบัดต่อการบรรเทาอาการปวดและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่ได้รับบาดเจ็บระบบกล้ามเนื้อและกระดูกในผู้ใช้บริการวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 77 รายที่มีระดับความรุนแรงของอาการปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง แบ่งเป็นสามกลุ่ม กลุ่มแรกให้การพยาบาลตามมาตรฐาน (การประคบด้วยความเย็น การยกส่วนที่บาดเจ็บให้สูงและการยึดตรึงส่วนที่บาดเจ็บ) กลุ่มที่สองให้การพยาบาลตามมาตรฐานรวมกับการให้ยาบรรเทาปวดโอปิออยด์ กลุ่มที่สามให้การพยาบาลตามมาตรฐานรวมกับการใช้ดนตรีในการบำบัด ประเมินระดับอาการปวดภายใน 60 นาทีหลังให้การพยาบาล พบว่าทั้งสามกลุ่มมีระดับการบรรเทาปวดลดลงภายใน 30 นาที ร้อยละ 84 มีระดับความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพราะได้รับการดูแลทันทีที่มาถึงจุดคัดกรอง และพบว่าไม่มีความแตกต่างของระดับความพึงพอใจในแต่ละกลุ่มซึ่งพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการไม่สัมพันธ์กับระดับอาการปวดที่ลดลง แต่ขึ้นอยู่กับการพยาบาลและการดูแลที่ได้รับ

โดยสรุป ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการจัดการความปวดทั่วไปในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่าผู้ใช้บริการส่วนมากมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก อย่างไรก็ตามระดับความพึงพอใจไม่ได้สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความปวด สำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในระดับปานกลาง

### การประเมินคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ โดยจะมีการประเมินคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุสองด้าน ได้แก่ (1) ด้านกระบวนการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล และ (2) ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและพยาบาลต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

1. ปัจจัยด้านกระบวนการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะได้นำข้อเสนอแนะและแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการจัดการความปวดขณะทำแผลที่ได้จากการทบทวนวรรณคดีต่างๆ มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินการจัดการความปวดขณะทำแผลตามรายงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสามารถเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่ช่วยสะท้อนถึงคุณภาพในด้านกระบวนการบริการของผู้ให้บริการ

2. ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและพยาบาลในการจัดการความปวด มีนักวิชาการและองค์กรต่าง ๆ พัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่สุขภาพไว้หลากหลาย เช่น สมาคมความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา ร่วมกับองค์การการวิจัยการดูแลสุขภาพและคุณภาพได้แบ่งการวัดความพึงพอใจออกเป็นสามด้านคือ (1) ความพึงพอใจในการจัดการความปวดของผู้ใช้บริการต่อพยาบาล (2) ความพึงพอใจในการจัดการความปวดของผู้ใช้บริการต่อแพทย์ และ (3) ความพึงพอใจในการจัดการความปวดของผู้ใช้บริการต่อผลการรักษาโดยรวม โดยเครื่องมือดังกล่าวมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดตัวเลข 1 – 6 โดย 1 หมายถึง ผู้ใช้บริการมีความไม่พึงพอใจมากที่สุด และ 6 หมายถึง ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมากที่สุด (Gordon et al., 2002) ซึ่งโสพิศ (2549) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ในการแบบสอบถามระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีความปวดและพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยแปลงมาตรวัดจาก 6 ระดับมาเป็น 3 ระดับคือ พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง และพึงพอใจมาก แบบสอบถามดังกล่าวได้ถูกนำไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา และหาค่าความเที่ยงเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมทางภาษา ความเป็นปรนัย (objectivity) และหาความเป็นไปได้ในการตอบแบบสอบถาม นอกจากนี้อรพรรณ วงจันทร์ และศศิธร (2549) ได้ดัดแปลงแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของสมาคมความปวดแห่งอเมริกามาใช้กับผู้ให้บริการหลังผ่าตัด โดยวัดความพึงพอใจแบบใช้เส้นตรงเรียงลำดับตัวเลขจาก 0-10 คะแนน 0 ไม่พึงพอใจเลย และคะแนน 10 มีความพึงพอใจมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการจัดการความปวดระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่มารักษาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งมี 2 ข้อคำถาม ได้แก่ “ให้เลือกตัวเลขที่แสดงถึงระดับความพึงพอใจที่ท่านมีต่อการรักษาความปวดโดยรวม” และมีตัวเลือก 6

ระดับ คะแนนเท่ากับ 6 หมายถึง พอใจมากและคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่พอใจมาก ส่วนคำถามที่สอง “ ท่านรู้สึกพึงพอใจเพิ่มขึ้นหรือไม่กับการดูแลโดยรวมจากการให้บริการอย่างรวดเร็วตั้งแต่จุดคัดกรองของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน” เลือกลง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” (Tanabe et al., 2001)

สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีผู้นำมาใช้แพร่หลายคือแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Lamonic-Oberst patient satisfaction scale) ของลามอนิกา-โอเบิสท์ ได้ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดยพิกุล วิญญาณี (2532) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 ประกอบด้วยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการใน 3 ด้านคือ ด้านความพึงพอใจในเรื่องทั่วไป 17 ข้อ ด้านความประทับใจ 11 ข้อ และด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล 13 ข้อ รวมทั้งหมด 41 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 24 ข้อ และคำถามเชิงลบ 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล มีระดับตั้งแต่ 1 - 5 โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมากที่สุด และ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ในการคิดคะแนนคำถามเชิงลบจะต้องนำมากลบคะแนนก่อนทำการรวมคะแนน คะแนนที่ต่ำที่สุดคือ 41 คะแนน จนมีค่าคะแนนสูงที่สุดคือ 205 คะแนน การแปลผลคือ คะแนนที่มาก หมายถึง ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมาก และคะแนนที่น้อย หมายถึง ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจน้อย (อัญญา, 2548) แบบประเมินดังกล่าวถูกนำมาใช้วัดความพึงพอใจในผู้บริการศัลยกรรมอุบัติเหตุ (วาสนา, พิกุล, และฉวีวรรณ, 2550) ผู้ใช้บริการหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Anganan, 2004)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาเครื่องมือวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการความปวดทั่วไปในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของสมาคมความปวดแห่งอเมริกาซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้โดยโสพิศ (2549) เนื่องจากมีการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่เชื่อถือได้และมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาดัดแปลงเพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและพยาบาลที่มีต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

### สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงทางสภาพเศรษฐกิจ สังคมและความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ร่วมกับผู้ให้บริการมีความตื่นตัวและตระหนักในสิทธิที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพจากสถานบริการ สุขภาพเพิ่มขึ้นจึงมีความจำเป็นที่แต่ละโรงพยาบาลต้องมีการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพบริการ

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีผู้มาใช้บริการจำนวนมากทั้งผู้ที่มีปัญหาทางอายุกรรมและศัลยกรรมทั่วไป หรือศัลยกรรมอุบัติเหตุ ซึ่งต้องการการดูแลแก้ไขปัญหาตามความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละราย กิจกรรมพยาบาลที่สำคัญของหน่วยงาน ได้แก่ การ



ช่วยเหลือเบื้องต้น การปฐมพยาบาล การทำหัตถการต่างๆ การทำแผล และการส่งต่อผู้ให้บริการในภาวะวิกฤตฉุกเฉินต่าง ๆ สำหรับการทำให้แผลพบว่าเป็นกิจกรรมพยาบาลที่มีผู้มาใช้บริการจำนวนมาก โดยเฉพาะในผู้ให้บริการอุบัติเหตุ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมกระบวนการหายของแผลให้หายเร็วที่สุด อย่างไรก็ตามการทำแผลให้มีประสิทธิภาพจะต้องมีการจัดการที่ถูกต้องเหมาะสม เพราะหากทำอย่างเร่งรีบ อาจทำให้ผู้ให้บริการเกิดความเจ็บปวดและไม่สบาย ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือและเป็นอุปสรรคต่อการทำแผล รวมถึงอาจทำให้แผลไม่สะอาดหายช้าลงจนกลายเป็นแผลเรื้อรังต้องใช้เวลารักษานานขึ้น

จากการทบทวนวรรณคดีเกี่ยวกับคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะมุมมองของผู้ให้บริการ ในด้านผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผล พบว่าผู้ให้บริการรายงานว่ามีความปวดจากการทำแผลในระดับปานกลางถึงรุนแรง สำหรับด้านกระบวนการจัดการความปวดขณะทำแผลของเจ้าหน้าที่สุขภาพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ให้บริการต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลยังไม่มีการศึกษาหรือถูกประเมินโดยตรง ในขณะที่ด้านกระบวนการดูแลของผู้ให้บริการและผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ให้บริการและผู้ให้บริการเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่จะช่วยสะท้อนถึงว่าการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สุขภาพได้มาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ และสอดคล้องกับความต้องการกับความคาดหวังที่นำไปสู่การเกิดความพึงพอใจในบริการของผู้ให้บริการหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมุ่งเน้นศึกษาด้านกระบวนการ โดยประเมินการจัดการความปวดขณะทำแผลตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สุขภาพและด้านผลลัพธ์โดยประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ให้บริการต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ เพื่อนำผลดังกล่าวมาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์
2. ผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุและต้องได้รับการทำแผลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

##### ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมายในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคใต้ตอนล่าง
2. ผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุและต้องได้รับการทำแผลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคใต้ตอนล่าง

##### กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

1. การเลือกสถานที่ศึกษา
  - 1.1 เลือกศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคใต้ตอนล่าง เนื่องจากมีความสะดวกในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไปจำนวนห้าแห่ง และโรงพยาบาลศูนย์จำนวนสามแห่ง

1.2 เลือกโรงพยาบาลตัวแทนกลุ่มละ 1 โรงพยาบาล การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากคัดเลือกโรงพยาบาลตัวแทน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่

2.1 พยาบาลวิชาชีพทุกรายที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคใต้ตอนล่าง โดยไม่อยู่ในช่วงการทดลองการปฏิบัติงาน ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 19 คน และโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 27 คน รวมจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งสิ้น 46 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

2.2.1 เนื่องจากการวิจัยคั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงบรรยาย ในการระบุกลุ่มตัวอย่าง จึงต้องใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากพอ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นของผลการศึกษา ผู้วิจัยใช้วิธีการประมาณจากจำนวนประชากรในกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้งสองโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 10,425 ราย ต่อปี และโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 13,042 ราย/ปี มีจำนวนผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุและต้องได้รับการทำแผลรวมทั้งสิ้น 23,467 ราย/ปี นำมาคำนวณโดยใช้ร้อยละ 10 ของประชากร (บุญใจ, 2550) ได้กลุ่มตัวอย่าง 235 ราย

2.2.2 เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแล้วจึงทำการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มที่มีสัดส่วนที่เหมาะสมต่อขนาดประชากร และมีโอกาสที่จะถูกเลือกอย่างเท่าเทียมกัน โดยใช้สูตรคั้งนี้

$$n_1 = \frac{nN_1}{N}$$

เมื่อ	$n$	คือ	ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องการ 235 ราย
	$n_1$	คือ	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะสุ่มจากแต่ละโรงพยาบาล
	$N$	คือ	จำนวนประชากรทั้งหมด 23,467 ราย
	$N_1$	คือ	จำนวนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล

จากการคำนวณตามสูตรจะได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการคั้งนี้ คือ (1) โรงพยาบาลทั่วไป 104 ราย และ (2) โรงพยาบาลศูนย์ 131 ราย

2.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการ ดังนี้

2.3.1 อายุตั้งแต่ 15 - 60 ปี

2.3.2 เป็นผู้ให้บริการรายใหม่ที่เข้ารับการทำแผลอุบัติเหตุครั้งแรกจากพยาบาลวิชาชีพ

2.3.3 ระดับความรู้สึกตัวดี มีคะแนนกลาสโกว์ โคม่า (Glasgow Coma Score) = 15

2.3.4 สัญญาณชีพปกติ

2.3.5 ไม่ได้รับการเย็บแผลหรือตัดเนื้อตายออกจากแผล เนื่องจากการเย็บแผลหรือการตัดเนื้อตาย ผู้ให้บริการจะได้รับการนิยมาาระงับความปวดทำให้การรับรู้ต่อความปวดขณะทำแผลของผู้ให้บริการลดลง

2.3.6 ไม่เป็นผู้ที่มีแผลอุบัติเหตุจากการทำร้ายร่างกายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

2.3.7 ไม่เมาสุรา ไม่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิต หรือเป็นโรคทางจิตเวช

2.3.8 ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน และสามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทย

2.3.9 ไม่ได้รับการเข้าอนรักษานในโรงพยาบาล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ชุด (ภาคผนวก ก) คือ ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับพยาบาล และชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการปฏิบัติงาน ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประสบการณ์การอบรมเรื่องการจัดการความปวดและการดูแลแผล การพัฒนาหรือนำแนวปฏิบัติไปใช้จัดการความปวดขณะทำแผล จำนวนเจ้าหน้าที่สุขภาพ ความเพียงพอของอัตรากำลังเจ้าหน้าที่สุขภาพ ชนิดของสารละลายและผลิตภัณฑ์ในการทำแผล รวมทั้งหมด 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามกระบวนการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการบรรเทาความปวดขณะทำ

แผลของสมาพันธ์สมาคมการฟื้นฟูของแผลระดับโลก (WUWSH, 2004, 2007) สมาคมด้านการจัดการเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ (TVNA, 2004) และสมาพันธ์การจัดการแผลแห่งสหภาพยุโรป (EWMA as cited in Maffatt, 2002) ประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานด้านกระบวนการ 5 องค์ประกอบ จำนวน 42 ข้อ ดังนี้

1. การประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการ 13 ข้อ คือข้อที่ 1-10 โดยข้อคำถามที่ 9 แบ่งคำถามเป็น 3 ข้อย่อย

2. การค้นหาและรักษาสาเหตุที่ทำให้ปวดแผล 3 ข้อ คือข้อที่ 11-13

3. การให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล 3 ข้อ คือข้อที่ 14-16

4. การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสม 22 ข้อ คือข้อที่ 17-38 (ข้อ 25-26 และ ข้อ 35 เป็นข้อความทางลบ)

5. การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง 4 ข้อ คือข้อที่ 39-42

คำถามทั้ง 42 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การประเมินคือ

ปฏิบัติมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวทุกครั้ง
ปฏิบัติมาก	ให้ 4 คะแนน หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัติปานกลาง	ให้ 3 คะแนน หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นบางครั้ง
ปฏิบัติน้อย	ให้ 2 คะแนน หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวนาน ๆ ครั้ง
ไม่ได้ปฏิบัติ	ให้ 1 คะแนน หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเลย

การแปลผลคะแนน โดยข้อความทางลบจะถูกนำมากลับคะแนนก่อนแปลผล สำหรับการแปลผลคะแนนจะคำนวณค่าเฉลี่ยคะแนนของคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมและแยกแต่ละองค์ประกอบ แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ในการจัดกลุ่ม ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับคุณภาพการจัดการความปวด
1.00 – 2.33	ต่ำ
2.34 – 3.67	ปานกลาง
3.68 – 5.00	สูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพการจัดการความ  
 ปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดความพึงพอใจของพยาบาลและ  
 ผู้ใช้บริการต่อการจัดการความปวดทั่วไปในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของสมาคมความปวดแห่ง  
 อเมริกา ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้โดยโสพิศ (2549) จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อ  
 การจัดการความปวด ความพึงพอใจต่อผลของการจัดการความปวด และความพึงพอใจต่อระบบ  
 การดูแลและการจัดการความปวดโดยรวม ปรับเป็นใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคะแนน  
 (ภาคผนวก ก) ดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจมากที่สุด
4 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจมาก
3 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อย
1 คะแนน	หมายถึง	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน โดยคำนวณค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของคุณภาพการ  
 จัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนน โดยรวมและรายด้าน แปลผล  
 คะแนนโดยใช้เกณฑ์ในการจัดกลุ่มคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน	ระดับความพึงพอใจ
1.00 – 2.33	พึงพอใจน้อย
2.34 – 3.66	พึงพอใจปานกลาง
3.67 – 5.00	พึงพอใจมาก

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อเพื่อให้พยาบาล  
 สามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคและข้อเสนอแนะในการจัดการความปวด  
 ขณะทำแผลอุบัติเหตุ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแผลอุบัติเหตุ แบบสอบถามประกอบด้วย  
 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา  
 ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุในอดีต ประสบการณ์ความปวดขณะทำ  
 แผลอุบัติเหตุ สภาพอารมณ์ขณะรอทำแผล รวมทั้งหมด 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลแผลอุบัติเหตุ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง มี 7 ข้อ ได้แก่ การประเมินตำแหน่ง ขนาด และลักษณะแผลอุบัติเหตุ โดยมีแผนภาพรูปร่างกายคน (drawing chart) ลักษณะความปวดแผลอุบัติเหตุแต่ละตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของความปวดก่อน ขณะ และหลังทำแผลอุบัติเหตุ ใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข 0-10 (numeric rating scale) โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกปวดเลย 1-3 คะแนน หมายถึง รู้สึกปวดเล็กน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง รู้สึกปวดปานกลาง และ 7-10 คะแนน หมายถึง รู้สึกปวดมากที่สุด (Epson & St.Helier University Hospital NHS Trust as cited in Coulling, 2007) บริเวณแผลอุบัติเหตุที่รู้สึกปวดมากที่สุดและน้อยที่สุด ขั้นตอนของการทำแผลที่ทำให้เกิดความปวด การจัดการความปวดที่ช่วยทำให้ระดับความรุนแรงของความปวดลดลงขณะทำแผลอุบัติเหตุ และการได้รับยาเพื่อบรรเทาความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ มีเนื้อหาและเกณฑ์ในการประเมินผลเช่นเดียวกับแบบสอบถามของพยาบาลในส่วนที่ 3

### *การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย*

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบด้านความตรงและความเที่ยง ดังนี้

1. การทดสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านงานคุณภาพ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวด 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านแผล 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับกรอบแนวคิด ความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมกับการนำแบบสอบถามมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability)

2.1 แบบสอบถามกระบวนการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบบสอบถามดังกล่าวจะถูกนำไปหาความเที่ยงโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ด้วยการนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 ราย ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยทดสอบในพยาบาลกลุ่มเดียว 2 ครั้ง เว้นระยะห่างการทดสอบระหว่างครั้งแรกกับครั้งที่สอง

1 สัปดาห์ แล้วนำผลการทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Intra-class correlation coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ให้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ หลังจากการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 20 รายและผู้ให้บริการ 20 ราย ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 ทั้งสองกลุ่ม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

##### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำโครงร่างการทำวิทยานิพนธ์ เอกสารข้อมูลการทำวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อผ่านความเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.3 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อเป็นตัวแทนของผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ศึกษาจำนวน 4 คน โดยทุกคนมีความเต็มใจในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1.3.1 ผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้ช่วยวิจัยทุกคนของแต่ละโรงพยาบาลตามวันและเวลาที่ได้นัดหมายไว้ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการตามคุณสมบัติที่กำหนด และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ลักษณะแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และแจกชุดตัวอย่างแบบสอบถามประกอบการอธิบาย รวมทั้งผู้วิจัยได้จัดทำใบชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยวิจัยทุกคน และเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจนผู้วิจัยจึงให้ผู้ช่วยวิจัยอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

1.3.2 ผู้วิจัยชี้แจงให้แก่ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และมีแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิโดยมีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถมีอิสระในการ



ตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถจะถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะได้รับการปิดเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

## 2. ขั้นตอนการดำเนินการ

2.1 หลังจากผู้วิจัยได้รับหนังสือเพื่ออนุมัติการดำเนินการจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้งสองเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบแบบสอบถาม ลักษณะของแบบสอบถาม และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 2.2 การเก็บข้อมูล

2.2.1 การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้บริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเก็บข้อมูลตามลำดับดังนี้

ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้ว โดยเก็บข้อมูลทั้งช่วงเวรเช้า บ่าย และดึก โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะทำการแนะนำตนเองพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์โดยรวมที่ผู้ใช้บริการจะได้รับซึ่งเกิดขึ้นจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยต้องทำการลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และได้รับการอธิบายถึงข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม

2) รวบรวมข้อมูลด้านแผลอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่างจากใบคัดกรองประวัติของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

4) ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามอีกครั้ง ก่อนจำหน่ายผู้ใช้บริการออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.2.2 การเก็บข้อมูลจากประชากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยแนะนำตนเองพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับพยาบาลและหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยต้องทำการลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการ

วิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และจะได้รับการอธิบายถึงข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งประชากรพยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และส่งกลับภายใน 24 ชั่วโมงนับตั้งแต่วันที่ได้รับการแจกแบบสอบถาม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้คืนแบบสอบถามตามเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการ โทรศัพท์ติดตามแบบสอบถามโดยขอหมายเลขโทรศัพท์จากหน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่

### 3. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามหลักการทางสถิติตามขั้นตอนต่อไป

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ภายหลังจากผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วให้คณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยแล้ว

2. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเองพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับพยาบาลและหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยต้องทำการลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และได้รับการอธิบายถึงข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการขอข้อมูลเพิ่มเติมประวัติการรักษาในปัจจุบันเพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ และต้องได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ในทันทีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา โดยข้อมูลที่ได้อาจจากการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ไม่มีผิดหรือถูก กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้ตามความเป็นจริง และข้อมูลที่ได้อาจจากการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ถูกนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยแหล่งที่มาของข้อมูล (ภาคผนวก ข)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลด้านการจัดการความปวดยณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาลวิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและพยาบาล วิเคราะห์ โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย ระดับการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระดับความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 46 ราย และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการที่ได้รับการทำแผลอุบัติเหตุโดยพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลดังกล่าว จำนวน 235 ราย ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 6 ส่วนตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 3 ระดับการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 4 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 5 ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 6 อุปสรรค ปัญหาและข้อเสนอแนะต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพและผู้ให้บริการ

### ผลการวิจัย

#### ลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการศึกษานี้มีจำนวน 46 คน โดยเป็นพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไป 19 คน และโรงพยาบาลศูนย์ 27 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (41 คน) และอยู่ในช่วง 31-45 ปี มีอายุเฉลี่ย 36 ปี ( $SD = 7.19$ ) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (41 คน) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (40 คน) และปริญญาโท 6 คน ระยะเวลาปฏิบัติงานในแผนก

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเฉลี่ย 10 ปี ( $SD = 6.87$ ) ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเรื่อง การจัดการความปวด (36 คน) และไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลแผล (30 คน) นอกจากนี้ พยาบาลทุกรายระบุว่า หน่วยงาน ยังไม่มีนโยบายหรือแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ และส่วนมากไม่เคยมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ (33 คน) (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ( $n = 46$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน
สถานที่ทำงาน	
โรงพยาบาลทั่วไป	19
โรงพยาบาลศูนย์	27
เพศ	
ชาย	5
หญิง	41
อายุ (ปี) ( $M = 36.11, SD = 7.19$ )	
20 – 30	8
31 – 45	31
> 45	7
ศาสนา	
พุทธ	41
อิสลาม	5
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	40
ปริญญาโท	6
ระยะเวลาปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ปี)	
( $M = 10.25, SD = 6.87, \min = 2, \max = 26$ )	
1 – 5	13

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน
6 – 15	24
> 15	9
ประสบการณ์การอบรมเรื่อง การจัดการความปลอดภัย	
ไม่มี	32
มี	14
1-5 ปีที่ผ่านมา	6
6 ปีขึ้นไป	8
ประสบการณ์อบรมเรื่อง การดูแลแผล	
ไม่มี	30
มี	16
1-5 ปีที่ผ่านมา	6
6 ปีขึ้นไป	10
นโยบาย มาตรฐานหรือแนวปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยขณะทำแผลอุบัติเหตุ	
ไม่มี	46
การมีส่วนร่วมการวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปลอดภัยขณะทำแผล อุบัติเหตุ	
ไม่มี	33
มี (กำลังดำเนินการ)	13

หมายเหตุ: ค่า  $M$  = ค่าเฉลี่ย,  $SD$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, min = ค่าต่ำสุด, max = ค่าสูงสุด

ด้านอัตรากำลังของพยาบาล พยาบาลส่วนใหญ่ (41 คน) ระบุว่า อัตรากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ส่วนอีก 5 คนรายงานว่า มีจำนวนพยาบาลเพียงพอ นอกจากนี้ พยาบาลรายงานว่า โรงพยาบาลทั่วไป มีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่สุขภาพและจำนวนผู้ให้บริการในเวรเข้านี้ แพทย์ประจำ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 7 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ให้บริการประมาณ 50 คน เวรบายมีแพทย์ประจำ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน ผู้ให้บริการ 70 คน และเวรคึกมีแพทย์ประจำ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน ผู้ให้บริการราว 30 คน ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ เวรเข้านี้ มีแพทย์ประจำ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 9 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และมีผู้ให้บริการราว 60 คน เวรบายมีแพทย์ประจำ 4

คน พยาบาลวิชาชีพ 9 คน ผู้ให้บริการราว 110 ราย และเวรตึก แพทย์ประจำ 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 7 คน และมีผู้ให้บริการราว 60 คน (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ให้บริการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลศูนย์

ข้อความ	เวรเช้า	เวรบ่าย	เวรตึก
โรงพยาบาลทั่วไป			
แพทย์ประจำการ	1	2	1
พยาบาลวิชาชีพ	7	5	3
พยาบาลเทคนิค	1	0	0
ผู้ให้บริการ	50	70	30
โรงพยาบาลศูนย์			
แพทย์ประจำการ	3	4	4
พยาบาลวิชาชีพ	9	9	7
พยาบาลเทคนิค	1	0	0
ผู้ให้บริการ	60	110	60

จากตารางที่ 3 พบว่า ด้านวัสดุภัณฑ์และสารละลายที่ใช้ในการทำแผลอุบัติเหตุ พยาบาลส่วนใหญ่ระบุว่า มีจำนวนเพียงพอ (39 คน) และเหมาะสม (44 คน) สารละลายที่นิยมใช้ล้างแผลอุบัติเหตุมากที่สุด ได้แก่ น้ำเกลืออนอร์มัลซาลิน (45 คน) รองลงมาคือ น้ำยาฟอกแผลโพวิดีน (povidine scrub) (41คน) สำหรับสารที่ใช้ทาบนผิวแผลอุบัติเหตุมากที่สุด ได้แก่ โพวิดีนไอโอดีน (povidine iodine) (38 คน) ซิลเวอร์ครีม (silver cream) (36 คน) พยาบาลทุกรายใช้ก๊อชเป็นวัสดุภัณฑ์ปิดหรือพันแผลอุบัติเหตุ รองลงมาใช้ โซฟรา ทูเล่ (Sofra-tulle) (45 คน) และใช้แผ่นปิดแผลแบบใส (transparent dressing) (20 คน)

ตาราง 3

จำนวนของพยาบาลที่เลือกใช้วัสดุภัณฑ์หรือสารละลาย สารละลายสำหรับทำแผลอุบัติเหตุ แผลนกอ  
อุบัติเหตุและกระดูกเกิน (n = 46)

การเลือกใช้วัสดุภัณฑ์หรือสารละลาย	ไม่ใช่	ใช่
	จำนวน	จำนวน
สารที่ใช้ในการล้างแผลอุบัติเหตุ*		
น้ำเกลือนอร์มัลซาลิน	1	45
โพวิดีน สกรับ (povidine scrub)	5	41
น้ำประปา	11	35
ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (hydrogen peroxide)	39	7
สารละลายหรือครีมที่ใช้เช็ด/ทาบนผิวหนังแผลอุบัติเหตุ*		
โพวิดีน ไอโอดีน (povidine iodine)	8	38
ครีม (silver cream)	10	36
จีฟิง (chloramphenical ointment)	25	21
วาสลีน	31	15
วัสดุภัณฑ์ที่นิยมใช้ปิดหรือพันแผลอุบัติเหตุ*		
ก๊อช	0	46
โซฟรา ทูเล่ (Sofra tulle)	1	45
แผ่นปิดแผลแบบใส (transparent dressing)	26	20
ผ้ายืด (elastic bandage)	43	3
วาสลีนก๊อช	44	2
ไฮโดรคอลลอยด์	45	1
แผ่นเทปปิดยึดแผล (steri strip)	45	1

\* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ



### ลักษณะทั่วไปของผู้ใช้บริการ

ผู้บริการที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 235 คน แบ่งเป็น ผู้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป 104 คน และโรงพยาบาลศูนย์ 131 คน โดยใช้บริการในเวรเช้า 50 คน เวรบ่าย 110 คน และเวรดึก 75 คน เป็นเพศชาย 118 คนและเพศหญิง 117 คน อายุเฉลี่ย 28 ปี ( $SD = 12.46$ ) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 74) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 41.7) (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวน และร้อยละของผู้บริการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $n = 235$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ใช้บริการ		
โรงพยาบาลทั่วไป	104	44.3
โรงพยาบาลศูนย์	131	55.7
ผู้บริการที่มีแผนกอุบัติเหตุ		
เวรเช้า	50	21.3
เวรบ่าย	110	46.8
เวรดึก	75	31.9
เพศ		
ชาย	118	50.2
หญิง	117	49.8
อายุ (ปี) ( $M = 28.63, SD = 12.46, \min = 15, \max = 60$ )		
15 – 30	150	63.8
31 – 40	39	16.6
41 – 50	28	11.9
51 – 60	18	7.7
ศาสนา		
พุทธ	174	74.0
คริสต์	2	0.9

ตาราง 4 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อิสลาม		59	25.1
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้รับการศึกษา		4	1.7
ประถมศึกษา		49	20.9
มัธยมศึกษา		98	41.7
อนุปริญญา		38	16.2
ปริญญาตรี		46	19.6

#### ข้อมูลด้านแผลอุบัติเหตุของผู้ใช้บริการ

จากตาราง 5 พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีแผลอุบัติเหตุทั่วร่างกายจำนวน 1-3 แผล (ร้อยละ 89.8) โดยเป็นแผลถลอกมากที่สุด (ร้อยละ 79.5) รองลงมาเป็นแผลผิวหนังหลุด (ร้อยละ 7.0) และแผลจากการโดนสัตว์กัด (ร้อยละ 7.0) ตำแหน่งแผลที่พบมากที่สุด คือ แขนและขา (ร้อยละ 31.2) รองลงมาคือ ใบหน้า (ร้อยละ 15.7) และบริเวณที่รู้สึกปวดแผลมากที่สุดคือ แขนและขา (ร้อยละ 36.2) รองลงมาคือ ใบหน้า (ร้อยละ 22.1) โดยรู้สึกปวดแผลแบบปวดแสบปวดร้อน (ร้อยละ 38.4) รองลงมาคือ ปวดจี๊ด ๆ แหลม ๆ (ร้อยละ 21.6) ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เคยได้รับอุบัติเหตุ (ร้อยละ 74) และมีประสบการณ์ความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ (ร้อยละ 64.3) นอกจากนี้ในการศึกษาคั้งนี้ พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.8) รายงานว่า ขณะรอทำแผลมีความรู้สึกที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปวดแผล (ร้อยละ 97.5) รองลงมาคือ กลัว (ร้อยละ 42.7) และวิตกกังวล (ร้อยละ 39.7)

ตาราง 5

จำนวน ร้อยละของผู้ใช้บริการ จำแนกตามจำนวนของแผลอุบัติเหตุทั่วร่างกาย ชนิดของแผล ตำแหน่งที่มีอาการปวดแผล ลักษณะของความปวดแผล ประสบการณ์ความปวดและความรู้สึกละระ รอนำแผล ( $n = 235$ )

ข้อมูลด้านแผลอุบัติเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
แผลทั่วร่างกาย		
1 – 3 แผล	211	89.8
4 – 6 แผล	19	8.1
$\geq 7$ แผล	5	2.1
ชนิดของแผลอุบัติเหตุ*		
แผลถลอก	206	79.5
แผลผิวหนังหลุด	18	7.0
แผลจากสั้วกั๊ด	18	7.0
แผลฉีกขาด	8	3.1
แผลถูกตำ	3	1.2
แผลไฟไหม้	5	1.8
แผลถูกยิง	1	0.4
ตำแหน่งแผลอุบัติเหตุ*		
ใบหน้า	61	15.7
ศีรษะ	6	1.5
แขน และขา	121	31.2
มือ	42	10.8
หัวเข่า	74	19.1
ท้อง	10	2.6
ทรวงอก	11	2.9
แผ่นหลัง	12	3.1
เอว สะโพกและบั้นท้าย	2	0.5
เท้า	49	12.6

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
บริเวณของร่างกายที่รู้สึกปวดแผลมากที่สุด		
ไม่มี	11	4.6
มี	224	95.4
ใบหน้า	52	22.1
ศีรษะ	3	1.3
แขน และขา	85	36.2
มือ	14	5.9
หัวเข่า	34	14.5
ท้อง	3	1.3
ทรวงอก	4	1.7
แผ่นหลัง	4	1.7
เอว สะโพกและบั้นท้าย	2	0.9
เท้า	23	9.8
บริเวณของร่างกายที่ปวดแผลน้อยที่สุด		
ไม่มี	152	64.7
มี	83	35.3
ใบหน้า	7	3.0
ศีรษะ	3	1.3
แขน และขา	28	11.9
มือ	16	6.8
หัวเข่า	29	12.3
ลักษณะความปวดแผลอุบัติเหตุ*		
ปวดสั้น	29	9.1
ปวดจี๊ด ๆ แหลม ๆ	69	21.6
ปวดทื่อ ๆ (คล้ายปวดฟัน)	18	5.6
ปวดแสบปวดร้อน	123	38.4
ปวดเสียวคล้ายหนามแทง	31	9.7
ชา	50	15.6

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุ		
ไม่เคย	61	26.0
เคย	174	74.0
ประสบการณ์ความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ		
ไม่เคย	84	35.7
เคย	151	64.3
ความรู้ถึงขณะรอทำแผลอุบัติเหตุ		
ไม่มี/ เหย ๆ	31	13.2
มี*	204	86.8
ปวด	199	97.5
กลัว	87	42.7
วิตกกังวล	81	39.7
เครียด	26	12.8
ใจสั้น	20	9.8
หงุดหงิด รำคาญใจ	16	7.8

\* ผู้ใช้บริการแต่ละรายสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากการสอบถามระดับความรุนแรงของความปวดก่อน ขณะ และหลังได้รับการทำแผลอุบัติเหตุ พบว่า ร้อยละ 47.7 ของผู้ให้บริการให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดขณะทำแผลอยู่ในระดับสูงสุด คือ มีความปวดระดับรุนแรง ( $M = 6.24, SD = 2.20$ ) รองลงมาอันดับสองคือ ก่อนทำแผล โดยร้อยละ 48.50 ของผู้ให้บริการรายงานคะแนนความปวดระดับปานกลาง ( $M = 4.57, SD = 2.02$ ) และอันดับสามคือ หลังทำแผล โดยร้อยละ 50.60 ของผู้ให้บริการมีความปวดระดับเล็กน้อย ( $M = 3.10, SD = 2.15$ ) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงขั้นตอนขณะทำแผล พบว่า การล้างแผลเป็นขั้นตอนที่ผู้ให้บริการให้ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงความปวดสูงสุด ( $M = 6.47, SD = 2.40$ ) รองลงมาเป็น การเช็ดทำความสะอาดแผล ( $M = 6.46, SD = 2.36$ ) การเปลี่ยนผ้าปิดแผล ( $M = 3.86, SD = 2.71$ ) การปิดหรือพันแผล ( $M = 2.54, SD = 2.25$ ) และการใส่ผ้าก๊อชในแผล ( $M = 2.32, SD = 2.00$ ) ตามลำดับ (ตาราง 6)

จากตาราง 7 พบว่าขณะได้รับการทำแผล ผู้ใช้บริการรับรู้ว่ายามีการจัดการความปวด โดยระบุว่าวิธีการบรรเทาปวดที่ได้รับมากที่สุดสามอันดับแรกคือ การทำแผลด้วยความนุ่มนวล เขามือ (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ได้รับการจัดทำที่สุขสบาย (ร้อยละ 99.6) และได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการชวนพูดคุย (ร้อยละ 98.7) ตามลำดับ ในขณะที่วิธีการจัดการความปวดที่ผู้ให้บริการได้รับน้อยที่สุดคือ การได้รับยาลดปวดพาราเซตามอลภายหลังทำแผล (ร้อยละ 7.2) สำหรับวิธีการจัดการที่บรรเทาความปวดได้มากที่สุดคือ การทำแผลด้วยความนุ่มนวล เขามือ (ร้อยละ 22.6) รองลงมาคือ การหยุดพักช่วงสั้น ๆ ขณะทำแผล (ร้อยละ 20.9) และการเลือกใช้น้ำยา และผ้าปิดแผล (ร้อยละ 15.9) ตามลำดับ

ตาราง 6

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความปวดตามการรายงานของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการก่อน ขณะ และหลังการทำแผลอุบัติเหตุ (n = 235)

การทำแผล	ระดับความรุนแรงความปวด										M	SD
	ไม่ปวด (0 คะแนน)		เล็กน้อย (1-3 คะแนน)		ปานกลาง (4-6 คะแนน)		มาก (7-10 คะแนน)		จำนวน	ร้อยละ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ก่อนทำแผล	1	0.5	76	32.3	114	48.5	44	18.7			4.57	2.02
ขณะทำแผล	0	0	33	14.0	90	38.3	112	47.7			6.24	2.20
- ล้างแผล (n = 235)	1	0.4	35	14.9	69	29.4	130	55.3			6.47	2.40
- เช็ดทำความสะอาดแผล (n = 235)	0	0	35	14.9	76	32.3	124	52.8			6.46	2.36
- เปลี่ยนผ้าปิดแผล (n = 29)*	2	6.9	12	41.4	10	34.5	5	17.2			3.86	2.71
- ปิดหรือพันแผล (n = 209)*	41	19.6	111	53.1	43	20.6	14	6.7			2.54	2.25
- ใส่ก๊อชลงในแผล (n = 60)*	9	15.0	39	65.0	10	16.7	2	3.3			2.32	2.00
หลังทำแผล	23	9.8	119	50.6	80	34.1	13	5.5			3.10	2.15

\* ผู้ใช้บริการบางรายไม่มีกิจกรรมดังกล่าว, M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตาราง 7

จำนวน และร้อยละของผู้ใช้บริการที่มีความคิดเห็นต่อการจัดการความปลอดภัยที่ได้รับและผลบรรเทาความปลอดภัยที่ปฏิบัติตามวิธีการจัดการ (n = 235)

วิธีการจัดการความปลอดภัย	ระดับการบรรเทาความปลอดภัย													
	ไม่ได้รับ		ได้รับ		มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การได้รับยาพาราเซตามอล														
หลังการทำแผล	218	92.8	17	7.2	0	0	0	0	7	41.2	4	23.5	6	35.3
2. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกร														
ทำแผลและการจัดการความปลอดภัย	4	1.7	231	98.3	6	2.6	63	27.3	92	39.8	45	19.5	25	10.8
3. การทำแผลด้วยความนุ่มนวล	0	0	235	100.0	53	22.6	106	45.1	57	24.3	10	4.3	9	3.8
4. การมีขบขันความสนใจด้วยการ														
ชวนพูดคุย	3	1.3	232	98.7	8	3.4	63	27.2	119	51.3	29	12.5	13	5.6
5. การผ่อนคลายด้วยการหายใจ														
เข้าออกลิ้น ๆ ชาติ	48	20.4	187	79.6	0	0	34	18.1	103	55.1	39	20.9	11	5.9
6. การจัดท่าที่สุขสบาย	1	0.4	234	99.6	18	7.7	78	33.3	84	35.9	37	15.8	17	7.3
7. การหยุดพักช่วงสั้นๆ ขณะทำ														
แผล	19	8.1	216	91.9	49	22.7	84	38.9	54	25.0	19	8.8	10	4.6
8. การเลือกชนิดของน้ำยา และ														
ผ้าปิดแผล	59	25.1	176	74.9	28	15.9	89	50.6	47	26.7	6	3.4	6	3.4



### การจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินรับรู้ว่ามีจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุโดยรวมอยู่ในค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.61, SD = 0.48$ ) และเมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบ พบว่ามีจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุสามองค์ประกอบอยู่ในระดับสูง ได้แก่ (1) การค้นหาและรักษาสาเหตุที่ทำให้ปวดแผล ( $M = 4.49, SD = 0.63$ ) (2) การให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล ( $M = 3.73, SD = 0.70$ ) และ (3) การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสม ( $M = 3.72, SD = 0.45$ ) ส่วนองค์ประกอบด้านการประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ ของผู้ให้บริการ ( $M = 3.40, SD = 0.65$ ) และการติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง ( $M = 2.91, SD = 0.89$ ) พยาบาลรายงานว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 8)

#### ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ( $n = 46$ )

องค์ประกอบ	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	min-max	M	SD	ระดับ
1. การประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ	1-5	1-5	3.40	0.65	ปานกลาง
2. การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล	1-5	1-5	4.49	0.63	สูง
3. การให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล	1-5	1-5	3.73	0.70	สูง
4. การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสม	1-5	1-5	3.72	0.45	สูง
5. การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง	1-5	1-5	2.91	0.89	ปานกลาง
คะแนนรวม	1-5	1-5	3.61	0.48	ปานกลาง

หมายเหตุ:  $M$  = ค่าเฉลี่ย,  $SD$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, min = ค่าต่ำสุด, max = ค่าสูงสุด

### ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

โดยภาพรวมจากการรายงานของพยาบาลทั้งหมด 46 คน พบว่ามีความพึงพอใจต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุในระดับปานกลาง ( $M = 3.33$ ,  $SD = 0.62$ ) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุทั้งสามด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านผลการดูแลความปวดขณะทำแผลในผู้ให้บริการ พยาบาล 21 คน พึงพอใจในระดับปานกลางและรองลงมา 19 คน พึงพอใจระดับมากและ 2 คนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ส่วนด้านการดูแลอาการปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของผู้ให้บริการ พบว่าพยาบาล 22 คนมีความพึงพอใจระดับมากและรองลงมาจำนวน 21 คน พึงพอใจระดับปานกลาง และด้านระบบการดูแลรักษาโดยรวมเกี่ยวกับความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ พยาบาล 28 คนให้คะแนนความพึงพอใจในระดับปานกลาง รองลงมา 14 คน พึงพอใจระดับมาก (ตาราง 9)

ตาราง 9

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ต่อคุณภาพการจัดการความ  
 ปลอดภัยทำแผลอุบัติเหตุ ( $n = 46$ )

ข้อความ	ความพึงพอใจ										M	SD	ระดับ
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ด้านการจัดการความปลอดภัย ขณะทำแผล อุบัติเหตุของผู้ใช้บริการที่ท่านให้การ ดูแล	0	0	22	47.8	21	45.7	3	6.5	0	0	3.41	0.62	ปานกลาง
ด้านผลของการจัดการความปลอดภัยขณะทำ แผลอุบัติเหตุของผู้ใช้บริการที่ท่านให้ การดูแล	2	4.3	19	41.3	21	45.7	4	8.7	0	0	3.41	0.72	ปานกลาง
ด้านระบบการดูแลและการจัดการความ ปลอดภัยทำแผลอุบัติเหตุโดยรวมของ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	0	0	14	30.4	28	60.9	2	4.3	2	4.3	3.17	0.71	ปานกลาง
คะแนนรวม											3.33	0.62	ปานกลาง

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, min = ค่าต่ำสุด, max = ค่าสูงสุด

### ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

โดยภาพรวมผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.42, SD = 0.63$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าทั้งสามด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านระบบการดูแลรักษาโดยรวมเกี่ยวกับความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ผู้ใช้บริการร้อยละ 46.4 รายงานว่าพึงพอใจระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 40.4 มีความพึงพอใจระดับมาก สำหรับด้านผลการดูแลอาการปวดขณะได้รับการทำแผลอุบัติเหตุ ผู้ใช้บริการร้อยละ 49.4 พึงพอใจในระดับปานกลางและรองลงมา ร้อยละ 39.6 พึงพอใจระดับมาก ส่วนด้านการดูแลอาการปวดขณะได้รับการทำแผลอุบัติเหตุ ผู้ใช้บริการร้อยละ 52.8 พึงพอใจระดับปานกลาง และรองลงมา ร้อยละ 35.7 พึงพอใจระดับมาก (ตาราง 10)

ตาราง 10

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ( $n = 235$ )

ข้อความ	ความพึงพอใจ										M	SD	ระดับ	
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง		น้อย		น้อยที่สุด					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ด้านการจัดการความปวด ขณะทำแผล														
อุบัติเหตุของผู้ใช้บริการที่ท่านให้การ	12	5.1	84	35.7	124	52.8	14	6.0	1	0.4	3.39	0.70	ปานกลาง	
ดูแล														
ด้านผลของการจัดการความปวดขณะทำ														
แผลอุบัติเหตุของผู้ใช้บริการที่ท่านให้	10	4.3	93	39.6	116	49.4	15	6.4	1	0.4	3.41	0.69	ปานกลาง	
การดูแล														
ด้านระบบการดูแลและการจัดการความ														
ปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุโดยรวมของ	15	6.4	95	40.4	109	46.4	14	6.0	2	0.9	3.46	0.74	ปานกลาง	
แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน														
คะแนนรวม											3.42	0.63	ปานกลาง	

หมายเหตุ: M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, min = ค่าต่ำสุด, max = ค่าสูงสุด

อุปสรรค ปัญหาและข้อเสนอแนะต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลตามการรับรู้ของพยาบาล  
วิชาชีพและผู้ใช้บริการ

จากตารางที่ 11 และ 12 แสดงถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบในการจัดการความปวดขณะ  
ทำแผลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินรวมทั้งข้อเสนอแนะที่ได้มาจากการตอบแบบสอบถามของ  
พยาบาลวิชาชีพและผู้ใช้บริการในส่วนที่เป็นคำถามปลายเปิด ผลพบว่า

ด้านพยาบาล พยาบาลจำนวน 25 คนระบุว่าปัญหาหรือปัญหาดังนี้ เช่น  
อัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดความรู้การจัดการความปวด การวาง  
เฉยหรือไม่สนใจของเจ้าหน้าที่ การไม่มีทีมการจัดการความปวด การขาดความร่วมมือจากแพทย์  
และผู้ใช้บริการหรือญาติ และอุปสรรคในการทำแผลไม่เพียงพอ นอกจากนี้พยาบาล 13 คนได้ให้  
ข้อเสนอแนะว่าควรมีแนวปฏิบัติการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ การมีทีมในการจัดการ  
ความปวด และการเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการได้มีส่วนร่วมในการจัดการความปวด

ด้านผู้ใช้บริการ พบว่าผู้ใช้บริการจำนวน 23 คน ระบุว่าปัญหาที่พบในการจัดการ  
ความปวด ได้แก่ การได้รับการดูแลรักษาล่าช้า การไม่ได้รับยาบรรเทาปวดก่อนการทำแผล การทำ  
แผลด้วยความรุนแรงทำให้เกิดความปวดแผล และอุณหภูมิห้องมีความเย็นเกินไป ผู้ใช้บริการ 23  
คนจึงให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้ ควรมีการให้บริการด้วยความรวดเร็ว มีการให้ยาบรรเทาปวดก่อนทำ  
แผล ทำแผลด้วยความนุ่มนวลและควรลดความเย็นของเครื่องปรับอากาศในหน่วยอุบัติเหตุและ  
ฉุกเฉิน

ตาราง 11

จำนวน และร้อยละของปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ  
ตามการรายงานของประชากรพยาบาล ( $n = 25$ ) และกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการ ( $n = 23$ )

กลุ่มตัวอย่าง	ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาล	อัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ	10	40.0
	ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน	3	12.0
	ไม่มีทีมการจัดการความปวดของโรงพยาบาล	2	8.0
	ขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด	1	4.0
	แพทย์ไม่ให้ความร่วมมือ	2	8.0
	พยาบาลวางเฉยไม่สนใจ	2	8.0

ตาราง 11 (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	ปัญหาและอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ใช้บริการ	อุปกรณ์ในการทำแผลไม่เพียงพอ	1	4.0
	ผู้ใช้บริการไม่ให้ความร่วมมือ	3	12.0
	ญาติรีบกวาน	1	4.0
	ได้รับการดูแลรักษาล่าช้า	13	56.5
	ทำแผลด้วยความรุนแรงทำให้เกิดความปวดแผล	5	21.7
	ไม่ได้รับยาบรรเทาความปวดก่อนทำแผล	3	13.1
	อุณหภูมิห้องของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความเย็นเกินไป	2	8.7

ตาราง 12

จำนวน และร้อยละของข้อเสนอแนะที่มีผลต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ ตามการรายงานของประชากรพยาบาล ( $n = 13$ ) และกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการ ( $n = 23$ )

กลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาล	ควรมีแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ	8	61.5
	หน่วยงานควรมีทีมในการจัดการความปวด	2	15.4
	ควรเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการได้มีส่วนร่วมในการจัดการความปวด	3	23.1
	ผู้ใช้บริการ	ควรลดความเย็นของเครื่องปรับอากาศ	2
พยาบาลควรทำแผลด้วยความนุ่มนวล เบามือ		5	21.7
ควรให้บริการในการรักษาพยาบาลด้วยความรวดเร็ว		13	56.5
ควรมีการให้ยาบรรเทาความปวดก่อนการทำแผล		3	13.1

## การอภิปรายผล

การอภิปรายผลเสนอตามลำดับผลการวิจัย ได้แก่ (1) ลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ (2) ลักษณะทั่วไปของผู้ใช้บริการ (3) การจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาล (4) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ และ (5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

### ลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีระยะเวลาปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยเฉลี่ย 10 ปี ( $SD = 6.87$ ) ส่วนใหญ่พยาบาลไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการจัดการความปวดหรือการดูแลแผล สอดคล้องกับการศึกษาของโสพิศ (2549) ที่พบว่า พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเรื่องการจัดการความปวด นอกจากนี้ในการศึกษาคั้งนี้พบว่า พยาบาลทุกคนรายงานว่าไม่มีนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ และส่วนใหญ่ไม่เคยมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ (ตาราง 1)

ด้านจำนวนเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ให้บริการ พยาบาลส่วนใหญ่ระบุว่า จำนวนของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่เพียงพอกับการให้บริการ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่มีจำนวนผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเวรบาย เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ให้บริการพบว่า มีสัดส่วนของพยาบาลต่อผู้ให้บริการสูงกว่าเวรอื่น (ตาราง 2) เนื่องจากเวรบายเป็นช่วงเวลานานกว่าเวลาราชการที่ต้องให้บริการแก่ผู้บริการทุกประเภททั้งที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันแบบวิกฤตและไม่วิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของโสพิศ (2549) ที่พบว่าอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอต่อการจัดการกับผู้ป่วยที่มีความปวดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ด้านการทำแผลอุบัติเหตุพบว่า ในขั้นตอนการล้างแผล เจ้าหน้าที่พยาบาลทุกคนใช้น้ำเกลือ นอร์มัลซาลินล้างแผลมาก เนื่องจากเป็นสารละลายที่หาได้ง่าย ราคาถูก มีประสิทธิภาพปลอดภัยดีที่สุดและสามารถใช้ได้กับบาดแผลทุกชนิด (Dulecki & Pieper, 2005; Fernandez, 2008) ส่วนการเช็ดทำความสะอาดแผลมักใช้น้ำยาโพวิดีน-ไอโอดีน เนื่องจากออกฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียทั้งแกรมบวกและแกรมลบที่พบได้ในแผลอุบัติเหตุ (Arroyo-Novoa et al., 2009; Cooper 2004) สำหรับสารที่พยาบาลนิยมใช้ทาบนผิวแผลอุบัติเหตุ ได้แก่ ซิลเวอร์ครีม เนื่องจากใช้ทาแผลอุบัติเหตุ แผลไหม้เพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย คงความชุ่มชื้นของแผล และไม่ทำให้ปวดแสบแผลเมื่อมีการ



เปลี่ยนแผลในครั้งต่อไป (Muangman, Muangman, Opasanon, Keorochana, & Chuntrasakul, 2009) และหลังทำแผลเสร็จแล้ว พยาบาลทุกคนใช้ผ้าก๊อชปิดแผลอุบัติเหตุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัสดุภัณฑ์ปิดแผลชนิดอื่นๆ มีจำนวนไม่พอใช้ ในขณะที่ผ้าก๊อชหาได้ง่ายไม่ยุ่งยากและราคาถูก (Ubbink et al., 2008) อย่างไรก็ตามเนื่องจากผ้าก๊อชเป็นวัสดุปิดแผลแห้งทำให้มีการยึดติดกับแผลมาก หากไม่มีการเปลี่ยนผ้าก๊อชบ่อยครั้งจะทำให้เนื้อเยื่อของแผลเจริญเติบโตในผ้าก๊อช เมื่อทำการเปลี่ยนก๊อชครั้งต่อไปอาจส่งผลให้เกิดความปวดและบาดเจ็บของเนื้อเยื่อแผลได้ (Hollinworth, 2005; WUWHS, 2004) นอกจากนี้รองลงมาพยาบาลมีการใช้โซฟรา ทูเล่ ซึ่งเป็นผ้าปิดแผลชนิดไม่ยึดติดพื้นผิวจะมีความเงาเมื่อลอกออกแล้วจะไม่ติดแผลทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความปวดน้อย เมื่อเปลี่ยนผ้าปิดแผล (Muangman et al., 2009)

### ลักษณะทั่วไปของผู้ใช้บริการ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการเป็นเพศชายและเพศหญิงที่มีจำนวนใกล้เคียงกัน มีอายุในช่วง 15-30 ปี แผลอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นแผลถลอกที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร รองลงมาคือ แผลผิวหนังหลุด สอดคล้องกับการศึกษาของซัชवाल (2552) ที่พบว่าลักษณะของการบาดเจ็บทางอุบัติเหตุทางจราจรที่พบมากที่สุดและผู้บาดเจ็บคือ การมีบาดแผลถลอก โดยพบบาดแผลบริเวณแขนและขามากที่สุด ผู้ใช้บริการปวดแผลเป็นลักษณะปวดแสบปวดร้อนเกิดขึ้นจากเมื่อเนื้อเยื่อผิวหนังชั้นบนหรือชั้นใต้ผิวหนังได้รับบาดเจ็บเฉียบพลัน ตัวรับโนซิเซปเตอร์ (superficial nociceptive pain) จะหลั่งสารที่ทำให้เกิดความปวดและสารด้านการอักเสบส่งผลให้บริเวณดังกล่าวปวดแสบปวดร้อน (Butcher, 2004; Jones, 2004; Moffatt, Franks, & Hollinworth, 2002; Vadivelu et al., 2009)

นอกจากนี้ ผู้ใช้บริการส่วนมาก รายงานว่า เคยมีประสบการณ์ความปวดจากการทำแผลอุบัติเหตุ ขณะรอการทำแผล ผู้ใช้บริการส่วนมากรู้สึกปวดแผล กลัวและวิตกกังวล ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องการมีประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับความปวดขณะทำแผล อาจส่งผลให้ผู้ใช้บริการมีระดับความทนต่อความปวดลดลง มีการรับรู้ และแสดงออกด้วยความกลัว วิตกกังวลต่อความปวดที่อาจจะเกิดขึ้นจากการทำแผลครั้งต่อไป (Smeltzer & Bare, 2004)

การศึกษานี้ พบว่าผู้บริการรายงานระดับความรุนแรงของความปวดก่อน ขณะ และหลังการทำแผลอุบัติเหตุแตกต่างกัน (ตาราง 6) โดยมีความรู้สึกปวดมากที่สุด คือ ขณะทำแผล รองลงมาคือ ก่อนทำแผล และหลังทำแผล ตามลำดับ การล้างแผลเป็นขั้นตอนซึ่งผู้บริการ รายงานว่าทำให้เกิดความปวดสูงสุด ( $M = 6.47, SD = 2.40$ ) เนื่องจากอาจมีเปิดปากแผลที่ลึกขนาดเพื่อหาสิ่งแปลกปลอมและมีการใช้วัสดุเช็ดผิวหนังแผลเพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมหรือสิ่งสกปรก เช่น

เศษดินหิน เศษแก้ว ทำให้ตัวรับความปวด โนซิเซปเตอร์ถูกกระตุ้นซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง เกิดกระแสไฟฟ้าและส่งกระแสความปวดผ่านกระแสประสาทไปยังสมองจนเกิดการรับรู้ความปวด (Cooper 2004; Jones, 2004; Vuolo, 2009) ร่วมกับการขีดทำความสะอาดแผลด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ โพรวิดิน-ไอ โอดีน ซึ่งเป็นสารละลายที่ออกฤทธิ์ด้านเชื้อแบคทีเรีย แต่ทำให้ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อของแผล (Arroyo-Novoa et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของสก็อตและคณะ (Stotts et al., 2004) ที่ระบุว่า ขณะทำแผลเป็นช่วงเวลาที่สร้างความปวดให้กับผู้ใช้บริการมากที่สุด และการศึกษาของมอฟเฟต แฟรงก์สและโฮลลิงเวิร์ท (Moffat, Franks, & Hollinworth, 2002) พบว่าร้อยละ 63 ของผู้ป่วยต้องเผชิญกับความปวดขณะเปลี่ยนผ้าทำแผลและร้อยละ 30 ปวดขณะล้างแผล

สำหรับวิธีการจัดการความปวดที่ได้รับจากพยาบาลมากที่สุดและช่วยบรรเทาปวดได้มากที่สุดมากที่สุดตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ (ตาราง 7) คือ การทำแผลด้วยความนุ่มนวล เขามือ เนื่องจากเป็นการลดการกระตุ้นที่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อแผลโดยตรง (noxious stimuli) ทำให้การส่งกระแสประสาทของเส้นใยประสาทเอ-เดลต้า (A-δ) ซึ่งทำหน้าที่ “ปิด” ประตุ มีแรงส่งมากกว่าเส้นใยประสาทซี (C fiber) ซึ่งทำหน้าที่ “เปิด” ประตุ ทำให้ปิดการนำความปวดขึ้นไปสู่สมอง (Vadivelu et al., 2009) นอกจากนี้ การหยุดพักช่วงสั้น ๆ ขณะทำแผล ช่วยทำให้ลดการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกปวดที่มีอย่างต่อเนื่อง (Krasner & McNeil, 2008) อย่างไรก็ตามพบว่า วิธีการจัดการความปวดที่ผู้ใช้บริการรายงานว่าได้รับน้อยที่สุด คือ การได้รับยาบรรเทาความปวด โดยร้อยละ 7.2 ของผู้ใช้บริการได้รับยาพาราเซตามอลภายหลังการทำแผล

#### *การจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุตามการรับรู้ของพยาบาล*

การศึกษาคั้งนี้ พบว่า การจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยรวมตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการบรรเทาความปวดขณะทำแผลของสมาพันธ์สมาคมการฟื้นฟูของแผลระดับโลก (WUWSH, 2004, 2007) สมาคมด้านการจัดการเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ (TVNA, 2004) และสมาพันธ์การจัดการแผลแห่งสหภาพยุโรป (EWMA as cited in Moffatt, 2002) และงานวิจัยต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านพยาบาล เช่น ความตระหนักในสิทธิของผู้ป่วย ความรู้และทัศนคติต่อความปวดและการจัดการความปวด ปัจจัยด้านนโยบายและปัจจัยด้านทรัพยากรและอัตรากำลังบุคลากร โดยเมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุพบว่า มีพยาบาลมีรับรู้ในแต่ละองค์ประกอบแตกต่างกัน ซึ่งสามารถอภิปรายผลในแต่ละองค์ประกอบได้ ดังนี้

1. การค้นหาสาเหตุและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล พยาบาลรับรู้ว่ามีการค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผลโดยรวมระดับสูง ( $M = 4.49, SD = 0.63$ ) แสดงว่าพยาบาลมีการประเมินแผลผู้ป่วยและบันทึกสภาพแผลตั้งแต่แรกรับทุกครั้ง ที่เป็นเช่นนี้เพราะพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นบุคลากรแรกที่เห็นสภาพแผลของผู้ใช้บริการ จึงต้องมีการประเมินลักษณะบาดแผลอย่างถี่ถ้วนเนื่องจากแผลอุบัติเหตุเป็นแผลสกปรกที่มีเศษหิน ดินทราย หรือเศษแก้วเข้าไปฝังอยู่ในบาดแผลทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความปวดและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ (Arroyo-Novoa et al., 2009; Herman & Newberry, 2003) จึงต้องมีการชะล้างสิ่งปนเปื้อนและสำรวจเพื่อเอาสิ่งแปลกปลอมออกเป็นอันดับแรก เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและการรายงานแพทย์เพื่อการให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2. การให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล จากการศึกษาครั้งนี้มีพยาบาลรับรู้ว่ามีการให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผลอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.73, SD = 0.70$ ) โดยพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.8) (ตาราง ค1, ภาคผนวก ค) ระบุว่าได้มีการชี้แจงข้อมูลให้แก่ผู้ใช้บริการก่อนและหรือขณะทำแผล แสดงให้เห็นว่าพยาบาลหลายคนมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของสิทธิผู้ป่วยที่ผู้ป่วยพึงได้รับเกี่ยวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา นอกจากนี้การที่โรงพยาบาลได้กำหนดและประกาศเป็นนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้บุคลากรคำนึงถึงและปฏิบัติในการให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการก่อนดำเนินการรักษา เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถตัดสินใจเลือกทางการรักษาตนเองได้ตามสิทธิผู้ป่วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2541; สิวลี, 2544) ก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการรักษาในทางที่ดี (Hibbard as cited in Courtenay & Carey, 2008) อย่างไรก็ตามการปฏิบัติตามในองค์ประกอบนี้ยังไม่ความครบถ้วน สมบูรณ์เนื่องจากเมื่อพิจารณาในบางข้อพบว่า มีพยาบาลเพียงร้อยละ 19.6 ที่เปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการได้ซักถามทุกครั้ง เกี่ยวกับความปวดและวิธีการจัดการความปวดที่เกิดจากการทำแผล และร้อยละ 15.2 ของพยาบาลที่ประเมินความต้องการรวมทั้งให้โอกาสผู้ใช้บริการได้เลือกวิธีการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุทุกครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะคุกคามชีวิต (life-threatening) หรือรอรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการหนักซึ่งย้ายมาจากโรงพยาบาลอื่น บางครั้งต้องอาจต้องเร่งทำแผลให้ผู้ใช้บริการเพื่อจำหน่ายออกโดยเร็วและเตรียมหมอนเวียนรับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจทำให้พยาบาลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะให้ผู้ใช้บริการซึ่งมีความปวดจากแผลอุบัติเหตุได้ถามหรือมีการประเมินความต้องการของผู้ใช้บริการได้ครอบคลุม (Byrne & Heyman as cited in Duignan & Dunn, 2008)

3. การประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการ จากการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลรับรู้ว่ามีการประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการมีคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.40$ ,  $SD = 0.65$ ) โดยทั่วไป การประเมินอาการปวดเป็นขั้นตอนแรกและเป็นหัวใจของการจัดการความปวด (Ferrell, McGuire, & Donovan, 1993) รวมทั้งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและเป็นผู้ที่ผู้ป่วยได้พบเป็นด่านแรก การประเมินที่ครบถ้วนจะนำไปสู่การให้การรักษาของแพทย์ และการวางแผนการให้พยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่รายงานว่าได้มีการประเมินอาการปวดครอบคลุมทั้งระดับความปวด ตำแหน่ง ลักษณะและระยะเวลาการเกิดบาดแผล

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่ายังมีการนำเครื่องมือประเมินความปวดมาใช้ น้อย ไม่มีการบันทึกและติดตามผลการจัดการความปวดที่เป็นระบบ โดยพบว่า มีพยาบาลร้อยละ 34.8 ไม่เคยใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของความปวดและร้อยละ 23.9 ใช้เครื่องมือประเมินความปวดนาน ๆ ครั้ง (ตาราง ก1, ภาคผนวก) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลไม่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินความปวดและภายในแผนกไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการนำเครื่องมือประเมินความปวดมาใช้ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ประกอบกับผู้ป่วยที่มีบาดแผลถลอกอยู่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระยะเวลาสั้น ซึ่งหากนำเครื่องมือในการประเมินความปวดมาใช้ก็ต้องใช้เวลาในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ จึงอาจไม่คล่องตัวสำหรับพยาบาลในแผนกที่ต้องทำงานแข่งกับเวลาและให้บริการกับผู้ป่วยรายอื่น พยาบาลหลายคนจึงนิยมใช้วิธีการให้ผู้ป่วยบอกเป็นคำพูดว่า “เจ็บ” หรือสังเกตท่าทางขณะทำแผลแทน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่พยาบาลคิดว่าทำได้ง่ายและรวดเร็วกว่าการนำเครื่องมือประเมินความปวดมาใช้ นอกจากนี้ด้านการบันทึกความรุนแรงของความปวดพบว่า ร้อยละ 30.4 ของพยาบาลรายงานว่ามีการบันทึกความรุนแรงของความปวดของผู้ใช้บริการเป็นเพียงบางครั้ง เพราะในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังไม่มีเอกสารในการบันทึกความปวดของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เป็นมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของเอเดอร์, สโลน, และทอดด์ (Eder, Sloan, & Todd, 2003) ซึ่งทำการวิจัยย้อนหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลในบันทึกผู้ใช้บริการที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉินพบว่า พยาบาลมีการบันทึกความปวดเพียงร้อยละ 30

4. การจัดการความปวดขณะทำแผล โดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยาอย่างเหมาะสม จากการศึกษาพยาบาลรายงานว่าได้มีการจัดการความปวดขณะทำแผล โดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.72$ ,  $SD = 0.45$ ) อาจเป็นเพราะพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้มีบทบาทหลักในการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุให้กับผู้ใช้บริการ (Sloman, Rosen, Rom, & Shir, 2005) และได้ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพได้อย่างอิสระและไม่เป็นอันตรายแก่ผู้ใช้บริการ (อภิพร, 2549) เช่น การ

จัดการความปวดด้วยการไม่ใช้ยา โดยการอธิบายขั้นตอนการทำแผล การจัดทำที่สุกสบาย การดึงวัสดุปิดแผลออกอย่างเบามือ การชะลอการทำแผลเมื่อผู้ป่วยขอให้หยุด เป็นต้น (Best Practice as cited in Jones, 2008)

อย่างไรก็ตาม พบว่า ในข้อของการจัดการกับความปวดแบบไม่ใช้ยาที่มีคะแนนคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 2.15, SD = 1.48$ ) คือ การใช้ผ้าก๊อชหรือสำลีเช็ดแผลทุกครั้ง (ร้อยละ 52.2) เพื่อล้างและกำจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากแผล แต่ก็ยังเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดการปวดแผลยิ่งขึ้นจากการที่ไปกระตุ้นโดยตรงต่อผิวหนังแผล (Arroyo-Novoa et al., 2009) นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดการความปวดด้วยการใช้ยาตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับคุณภาพปานกลาง โดยพบว่า ก่อนทำแผล พยาบาลร้อยละ 30.4 ไม่เคยรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวดเมื่อผู้ป่วยปวดแผลในระดับเล็กน้อย (1-3 คะแนน) และร้อยละ 30.4 ระบุว่ามีการรายงานแพทย์เป็นบางครั้งเพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ใช้บริการที่ปวดแผลในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) อาจเป็นเพราะพยาบาลบางคนรู้ว่าแผลผิวหนังถลอกเป็นแผลที่ตื้น ความปวดจึงไม่รุนแรงมากเมื่อเทียบกับแผลลึกขาดลึก (Young, 2007) ขณะทำแผลก็ใช้เพียงช่วงเวลาสั้นๆ หากผู้ใช้บริการปวดพยาบาลก็ชะลอการทำแผลได้ทันที เมื่อทำแผลเสร็จก็สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้รวดเร็ว ในทางตรงข้ามหากให้ผู้ป่วยรับประทานยาพาราเซตามอลก่อนทำแผล ก็ต้องใช้เวลาให้ยาออกฤทธิ์ก่อนจึงจะเริ่มทำแผลได้ ผู้ใช้บริการก็ต้องรอในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนานเกินไป สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผู้ใช้บริการรายงานว่ามีผู้ใช้บริการรายใดที่ได้รับยาบรรเทาความปวดก่อนและขณะทำแผล และมีเพียงร้อยละ 7.2 ของผู้ใช้บริการที่ได้รับยาแก้ปวดภายหลังการทำแผลเสร็จสิ้นแล้วหรือเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน การปฏิบัติในลักษณะดังกล่าวถือได้ว่าเป็นการพยาบาลแบบเน้นงานเป็นหลัก (task orientated) คือ การที่พยาบาลทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จจูล่วงไปเท่านั้น แต่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการหรือการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ทั้งนี้อาจเกิดปัจจัยต่าง ๆ คือ ปัจจัยด้านพยาบาลและด้านนโยบาย ปัจจัยด้านพยาบาล กล่าวคือ จากตาราง 1 พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 65 ไม่เคยได้อบรมเรื่องการจัดการความปวดและการดูแลแผล และร้อยละ 87 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ซึ่งในหลักสูตรการเรียนในระดับปริญญาตรีมีเนื้อหาและชั่วโมงการเรียนเรื่องการจัดการความปวดและการทำแผลเพียงเล็กน้อย (ทิพย์ถาวร, 2546) จึงทำให้พยาบาลขาดความรู้และความตระหนักในการจัดการความปวดทั้งวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช้ยา (Stalknikowicz, Mahamid, Kaspi, & Brezis, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของเจสซาบและคณะ (Jastrzab et al., 2003) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการความปวดของพยาบาลจำนวน 272 คน ซึ่งทำงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง โดยมี

คะแนนความรู้ต่ำที่สุดเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการบรรเทาความปวด เช่นเดียวกับการศึกษาของอินนิส และคณะ (Innis et al., 2004) ศึกษาความรู้ของพยาบาลจำนวน 93 คนเกี่ยวกับการจัดการความปวด พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาความปวดในระดับต่ำถึงปานกลาง นอกจากนี้ปัจจัยด้านนโยบายพบว่าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังไม่มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุที่เป็นลายลักษณ์อักษรทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล มีความหลากหลายและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Gordon, Dahl, & Stevenon อ้างตาม โสพิศ, 2549) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการจัดการความปวดได้

5. การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลรายงานว่าได้มีการติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.91, SD = 0.89$ ) จากตาราง ค1 ภาคผนวก ค. พบว่า มีพยาบาล ร้อยละ 19.56 ที่ติดตามประเมินและดูแลอาการปวดแผลของผู้ใช้บริการตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกครั้ง และพยาบาลร้อยละ 8.6 ที่บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การจัดการความปวดลงในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล อาจเนื่องจากการไม่มีแนวปฏิบัติและระบบการบันทึกความปวดในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เป็นลายลักษณ์อักษร จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในการติดตามผลลัพธ์การจัดการความปวด รวมทั้งการที่มีจำนวนพยาบาลจำกัดทำให้พยาบาลมุ่งให้ความสนใจกับผู้ใช้บริการที่ได้รับความคุกคามชีวิตมากกว่าที่จะติดตามประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดซึ่งไม่ได้เป็นภาวะวิกฤตเร่งด่วน (Hwang et al., 2006) ประกอบกับการที่ผู้ใช้บริการที่มีบาดแผลตกอยู่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินระยะเวลาสั้น และได้รับยาแก้ปวดเมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้ว จึงทำให้การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดทำได้ไม่สมบูรณ์หรือค่อนข้างยาก ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การประสานงานกับทีมงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการความปวดอยู่ในระดับต่ำ ( $M = 2.28, SD = 1.29$ ) เนื่องจากหน่วยงานยังไม่มีทีมจัดการความปวดโดยตรง ร่วมกับการที่พยาบาลบางคนเชื่อว่าผู้ใช้บริการที่มีบาดแผลตกเป็นแผลขนาดเล็กที่มีระดับความปวดไม่รุนแรงที่ตนสามารถจัดการได้ จึงไม่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์เพื่อจัดการความปวดแก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งการที่พยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินขาดการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกหน่วยงานอาจเป็นอุปสรรคหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ใช้บริการ (Mumtlin et al., 2010)

### ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุในระดับปานกลางทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยเฉลี่ย 10 ปี ทำให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและลักษณะของผู้ใช้บริการที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงทำให้มีความพึงพอใจในงานที่ปฏิบัติ (วิไลวรรณ, วิภาพร, กาญจนา, อัญชลี, และพิมพารณ, 2549) ร่วมกับการรับรู้ว่าได้แสดงบทบาทในการจัดการความปวดของผู้บริการขณะทำแผลอุบัติเหตุตามความรู้ภายใต้กรอบของวิชาชีพและนโยบายขององค์กร เช่น การให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับบาดแผล การรักษาและการดูแลบาดแผลแก่ผู้ป่วย การค้นหาสาเหตุและการใช้วิธีการจัดการความปวดที่ไม่ใช่ยา เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังมีอีกหลายปัจจัยที่เป็นเหตุผลให้พยาบาลรู้สึกว่ายังไม่สามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ใช้บริการได้ดีเท่าที่ควร เนื่องจากพยาบาลมีข้อจำกัดในเรื่องความรู้การจัดการความปวดและการทำแผลที่ถูกหลักวิชาการและทันสมัย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดและ/หรือการดูแลแผล จึงอาจทำให้พยาบาลไม่เชื่อมั่นหรือไม่มีสมรรถนะเพียงพอที่จะจัดการความปวดให้แก่ผู้ใช้บริการได้อย่างมีคุณภาพ (Gunnarsdottir et al., 2005; Stalnikowicz et al., 2005) การข้อจำกัดเรื่องของเวลา เนื่องจากพยาบาลร้อยละ 27.74 ระบุว่าอัตรากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ใช้บริการ จึงทำให้การดูแลผู้ใช้บริการเป็นไปอย่างเร่งรีบและไม่สามารถแสดงบทบาทของการสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดขณะทำแผลที่เกิดขึ้นได้ครบถ้วน (Hwang et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบว่า การไม่มีระบบ ไม่มีทีมการจัดการความปวดและขาดแนวปฏิบัติหรือมาตรฐานในการจัดการความปวดขณะทำแผลที่ชัดเจนทำให้พยาบาลไม่สามารถจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุให้กับผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของโสพิศ (2549) สำรวจความพึงพอใจในการจัดการอาการปวดของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ใช้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่รายงานว่าพึงพอใจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 77.78 เนื่องจากพยาบาลไม่สามารถจัดการความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

### ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในคุณภาพการจัดการความปวดโดยรวมและรายด้านในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ใช้บริการรับรู้ว่ายาบาลให้ความสำคัญกับบาดแผลอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ดังจะเห็นได้จากการที่พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับบาดแผลการรักษาและการดูแลแผลภายหลังจำหน่าย รวมทั้งการดูแลเพื่อบรรเทาความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุด้วยวิธีต่าง ๆ ซึ่งช่วยบรรเทาปวดได้มากถึงมากที่สุด เช่น การหยุดพักชั่วคราวขณะทำแผล และการจัดทำขณะทำแผลที่ผู้ใช้บริการรู้สึกสุขสบาย เป็นต้น จึงทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ (ปีติ, 2552) อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยพบว่าผู้ใช้บริการบางรายระบุว่า ได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้า (13 คน) ต้องรอในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งเป็นห้องที่มีเครื่องปรับอากาศเย็นเกินไปอาจส่งผลทำให้แผลสัมผัสความเย็นและกระตุ้นให้ปวดแผลได้ (2 คน) (Wulf & Baron, 2002) (ตาราง 12) การที่ผู้ใช้บริการต้องทนกับความปวดจากแผลอุบัติเหตุทั้งก่อนและขณะทำแผลอุบัติเหตุโดยไม่ได้รับยาบรรเทาความปวด (ตาราง 7) (Stotts et al., 2004) มีผู้ใช้บริการเพียงร้อยละ 7.2 ที่ได้รับยาบรรเทาความปวดหลังสิ้นสุดการรักษา จากสภาพดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกว่าการบริการที่ได้รับไม่เป็นไปตามที่คาดหวังว่าจะได้รับการดูแลที่ดีในเวลารวดเร็ว จึงส่งผลต่อระดับความพึงพอใจ (อรพรรณ, วงจันทร์, และศศิธร, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ โสพิศ (2549) ที่พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ใช้บริการได้รับการบรรเทาความปวดน้อยและได้รับการดูแลจากพยาบาลยังไม่ดีเท่าที่ควร

โดยสรุป โฮลซีเมอร์และเรย์ลีย์ (Holzemer & Reilly, 1995) ได้กล่าวถึงคุณภาพว่าเป็นระบบที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ซึ่งมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยเน้นเฉพาะด้านกระบวนการและผลลัพธ์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพและผู้ใช้บริการที่มีบาดแผลอุบัติเหตุ ผลการศึกษาพบว่า การจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุตามรายงานของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานตามแนวปฏิบัติของสมาพันธ์สมาคมการฟื้นฟูของแผลระดับโลก (WUWSH, 2004, 2007) สมาคมด้านการจัดการเพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อ (TVNA, 2004) และสมาพันธ์การจัดการแผลแห่งสหภาพยุโรป (EWMA as cited in Maffatt, 2002) ด้านผลลัพธ์พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ประกอบด้วยปัจจัย



ด้านพยาบาล ปัจจัยด้านนโยบายและทรัพยากร กล่าวคือ พยาบาลมีการค้นหาสาเหตุและให้ข้อมูลพื้นฐานตามสิทธิผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม พยาบาลยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการความปวดและการทำแผล เช่น การใช้เครื่องมือประเมินความปวด การจัดการความปวดด้วยการใช้ยาและไม่ใช้ยา การบันทึกและติดตามผลการจัดการความปวด เป็นต้น เนื่องจากไม่ได้รับการอบรมความรู้ ปัจจัยด้านนโยบาย พบว่า หน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุและระบบบันทึกติดตามความปวด รวมทั้งการอัตรากำลังของพยาบาลที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตามมีสิ่งควรคำนึงสำหรับการศึกษาคั้งนี้ คือ การใช้แบบสอบถามให้พยาบาลวิชาชีพตอบด้วยตนเอง (self-report) เนื่องจากคำถามชุดนี้เป็นคำถามที่มีความเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ขององค์กรและวิชาชีพ จึงอาจทำให้พยาบาลมีแนวโน้มตอบคำถามดังกล่าวที่คาดเคลื่อนจากความเป็นจริงที่ปฏิบัติโดยการให้คะแนนอยู่ในระดับสูงกว่าความจริงเพื่อรักษาภาพพจน์ที่ดีตามที่สังคมคาดหวังก็ได้ (social desirability) (Van de Mortel, 2008) ที่อาจส่งผลทำให้พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินรายงานว่ามีความรู้การจัดการความปวดขณะทำแผลในระดับปานกลางและพึงพอใจต่อคุณภาพการจัดการความปวดในระดับปานกลาง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุตามรายงานของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ให้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 46 ราย และผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุซึ่งต้องได้รับการทำแผลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 235 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลสำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน และชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุและได้รับการทำแผล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ แบบสอบถามการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ให้บริการต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ ได้ถูกนำไปหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเที่ยง โดยมีความเที่ยงของแบบสอบถามการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล เท่ากับ .93 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ให้บริการต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ เท่ากับ .81 ซึ่งมีค่าเท่ากับทั้งสอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### สรุปผลการวิจัย

1. การจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุตามรายงานของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล ด้านการให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล และด้านการจัดการความปวดขณะทำแผล โดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยาอย่างเหมาะสมอยู่

ในระดับสูง ส่วนการประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการ และด้านการติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับปานกลาง

2. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ดังนี้

1. ด้านกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของพยาบาล ซึ่งมีจำนวนน้อย ทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนในการอ้างอิงประชากรได้ และสถานที่ทำการศึกษา ซึ่งทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์อยู่ในจังหวัดเดียวกัน ทำให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใช้บริการที่ทำการศึกษาไม่กระจายไปทุกกลุ่ม นอกจากนี้การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใช้บริการทำให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรต่าง ๆ ได้น้อย

2. ด้านเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล แม้ว่าเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามในการศึกษานี้มีค่าความเที่ยงและความตรงที่ดี แต่เนื่องจากแบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถามมาก จึงอาจส่งผลให้ผู้ให้บริการเกิดความเหนื่อยล้าในการตอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ให้บริการต้องตอบแบบสอบถามหลังจากสิ้นสุดการรักษา ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวผู้ให้บริการอาจมีความเครียดต่ออุบัติเหตุที่เพิ่งเกิดขึ้น ร่วมกับสภาพแวดล้อมภายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีเสียงดัง จึงอาจทำให้อารมณ์เสียและมีผลต่อการตอบแบบสอบถามได้ นอกจากนี้การที่พยาบาลตอบแบบสอบถามในลักษณะการรายงานด้วยตนเอง (self-report) อาจมีผลต่อความตรงภายนอก (external validity) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจตอบแบบสอบถามเพื่อให้ตรงกับสิ่งที่สังคมส่วนใหญ่คาดหวัง (social desirability) ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ อาจไม่ตรงตามความเป็นจริงที่กลุ่มตัวอย่างพยาบาลปฏิบัติ

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติ จากผลการศึกษาที่พบว่า คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลใน ผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ ด้วยการส่งเสริมความรู้ให้แก่พยาบาล

วิชาชีพ เช่น การสนับสนุนด้านการจัดการอบรมวิชาการในระยะสั้น และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยและการดูแลแผลอุบัติเหตุให้แก่พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## 2. ด้านการวิจัย มีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยดังนี้

2.1 ควรเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล และทำการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อที่จะสามารถนำผลการศึกษามาอ้างอิงเป็นข้อมูลพื้นฐานในคุณภาพการจัดการความปลอดภัยท่าแผลในผู้ใช้บริการที่มีอุบัติเหตุได้

2.2 ควรมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพการจัดการความปลอดภัยท่าแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุให้มีความสั้นกระชับ เพื่อลดความเหนื่อยล้าในการตอบแบบสอบถาม

2.3 ควรเพิ่มวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตร่วมกับการใช้แบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามข้อเท็จจริงจากกลุ่มตัวอย่าง

2.4 ควรจัดสถานที่สำหรับตอบแบบสอบถามของผู้ใช้บริการให้มีความเป็นสัดส่วนเงียบสงบ เพื่อลดสิ่งรบกวนในการตอบคำถาม

2.5 ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติและประเมินผลการจัดการความปลอดภัยในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ

2.6 ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพการจัดการความปลอดภัยท่าแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลเรื้อรัง เช่น ผู้ใช้บริการแผลเบาหวาน ผู้ใช้บริการที่มีแผลกดทับ หรือผู้ใช้บริการทางศัลยกรรมอุบัติเหตุที่รักษาตัวในโรงพยาบาล

3. ด้านการบริหาร ควรมีนโยบายการจัดทำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยท่าแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ การสนับสนุนให้มีการใช้เครื่องมือประเมินความปลอดภัยและการนำเรื่องความปลอดภัยเป็นสัญญาณชีพที่ห้ามในการปฏิบัติงาน การพัฒนาแบบบันทึกความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์หัตถ์รากล้างบุคลากรเพื่อการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปลอดภัยท่าแผลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2541). *แนวทางการดำเนินงานเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย: สำหรับพยาบาล/กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- กานดา วิชัยรัตน์. (2552). *บาดแผลจากวัตถุไม่มีคม จากวัตถุมีคม และจากวัตถุปลายแหลม*. เอกสารประกอบการเรียนนิติเวชศาสตร์ ภาควิชานิติเวชศาสตร์, เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2553, จาก <http://www.med.cmu.ac.th>
- เกตุ ปัญญา (2546). *คุณภาพการพยาบาลของแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภรณ์ ชิโป. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการทำแผลอุบัติเหตุในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรัฏม ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, ยุพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาดาเดช, และศรานุช โดมรสักดิ์. (2543). *การประเมินคุณภาพ: เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 17-36). กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์.
- จุไรพร โสภากาจารย์. (2536). *ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดขณะได้รับการล้างแผลในผู้ป่วยแผลใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จอณพะจง เพ็งจาด, รัชณี อยู่ศิริ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2546). *ความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวด*. *วารสารพยาบาล*, 4, 245-256.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารัตน์ สมรูป (บรรณาธิการ). (2550). *ยาที่ใช้บ่อย ๆ ในโรงพยาบาลและชุมชน. คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 692-838). กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์.
- ชนิดา จินดาสุข, ศตนันท์ มณีอ่อน, กาญจนา ทิมอ่ำ, และวราภรณ์ จรรยาประเสริฐ. (2550). *การพัฒนาตำรับครีมยาชาเฉพาะที่สำหรับผิวหนัง*. ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2553, จาก <http://www.irpus.or.th>
- ชัชชัย ไวปริษา. (2550). *การระงับปวดในผู้ป่วยวิกฤต*. ใน ชัชชัย ไวปริษา, อนงค์ ประสาธน์นวกิจ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ), *ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ* (หน้า 155-187). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- ชัชวาล จันทะเพชร. (2552). รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจร. *วารสารเวชศาสตร์ฉุกเฉินไทย*, 2. คั่นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2554, จาก <http://www.taem.or.th/node/131>
- ณัฐพันธ์ เขจรนันท์ และคณะ (บรรณาธิการ). (2546). *TQM กลยุทธ์การสร้างองค์การคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- ทิพย์ถาวร เพชรประพันธ์. (2546). *การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาแก่ผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชนิด วัชรพุกก์. (2550). WOUND HEALING AND WOUND CARE. ใน ทวีสิน ต้นประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ (บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10, หน้า 93-106). กรุงเทพมหานคร: ปรีชาธร อินเตอร์พรีน.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (บรรณาธิการ). (2545). *การประกันคุณภาพการพยาบาล: การบริหารพยาบาล* (หน้า 339-379). กรุงเทพมหานคร: ประชุมช่าง.
- บุญใจ ศรีสถิตนารกุล (บรรณาธิการ). (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญยเกียรติ จักรสถาพร และเฉลิมพงษ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2550). การหายของแผล. ใน จุมพล วิชาศรีศรี (บรรณาธิการ). *พื้นฐานศัลยศาสตร์* (หน้า 663-686). กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร.
- บุปผา โคตะนิวงษ์. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดแบบเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บัณฑิต ศรีไพศาล. (2546). การบริโภครีเอเจนต์แอลกอฮอล์ในประเทศไทย. *วารสารคลินิก*, 22(1), 7-13.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2550). การพัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยระยะวิกฤตทางศัลยกรรม สำหรับพยาบาล. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(1), 83-93.
- ปรีชา ศิริทองถาวร และสืบวงศ์ จุฑาภิลิทธิ์. (2547). บาดแผลในห้องฉุกเฉิน. ใน ปรีชา ศิริทองถาวร, สืบวงศ์ จุฑาภิลิทธิ์, และอนันต์ ตัณมุขกุล (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 12 การดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุช่วงโหม่งแรกที่ห้องฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 139-154). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปิติ เล้าสกุล. (2552). *ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหัวใจต่อการบริการของโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการตลาด คณะบริหารธุรกิจ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริณ (บรรณาธิการ). (2547). *Pain: ความปวด ชุดตำราพื้นฐานความปวด (เล่มที่ 1)*. กรุงเทพมหานคร: เมติมีเดีย.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. (2546). *หุมนปัญหาทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: พระรามสี่ปรีนติ้ง.
- พองทิพย์ ลินแสง. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ป่วย คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ คุณลักษณะของหอผู้ป่วย กับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 28(1), 48-55.
- มลิวัดย์ ออฟูวงศ์. (2552). การระงับปวดหลังผ่าตัดในเด็ก. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ.), *ความปวดและการระงับความปวด* (หน้า 102-131). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มาโนช โชคแจ่มใส. (2552). การเสียชีวิตจากพลังงานความร้อน. *นิติเวชศาสตร์ ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. ค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2553, จาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/forensic.pdf>
- มาริสสา ไกรฤกษ์. (2544). แนวคิดในการวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพ: ตอนที่ 1. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 24(3), 24-30.
- เรณู แบนสุภา. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการบาดแผลอุบัติเหตุ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสี จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เรวัต ชุมหสุวรรณกุล. (2547). Wound Care. ใน ปรีชา ศิริทองถาวร, เรวัต ชุมหสุวรรณกุล, กฤษณ์ แก้วโรจน์, และอนันต์ ตันมุขกุล (บรรณาธิการ), *ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 13* (หน้า 175-189). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ลัทธิ สัมมานิธิ. (2553). *การประยุกต์ใช้แผนที่จุดเสี่ยง ฮิยาริ ฮัต โตะ ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อป้องกันอุบัติเหตุภัยจากรถจักรยานยนต์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร*. สมาคมวิจัยวิทยาศาสตร์การขนส่งแห่งเอเชีย. ค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2554, จาก <http://www.atransociety.com/2010/pdf>
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2547). *การประเมินความปวด: ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข*. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ วันที่ 26-28 พฤษภาคม 2547 คณะพยาบาลศาสตร์และภาควิชาสูติพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- วชิราพร สุนทรสวัสดิ์. (2545). *พฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วาสนา คงคา, พิภูล นันทชัยพันธ์, และฉวีวรรณ ชงชัย. (2550). ความพึงพอใจของผู้ป่วยบาดเจ็บต่อการพยาบาลที่ได้รับในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. *พยาบาลสาร*, 34(3), 134-141.
- วิไลวรรณ สุวรรณประสิทธิ์, วิภาพร เตชะสรพัศ, กาญจนา คำดี, อัญชลี เศรษฐเสถียร, และพิมพ์ภรณ์ พรหมใจ. (2549). ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 33(3), 164-173.
- วีรวัต อุครานันท์. (2550). *Opioid substitution*. กลุ่มงานเวชศาสตร์สารเสพติด ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดแม่ฮ่องสอน. ค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2553, จาก <http://www.mdtc.go.th.pdf>
- วัชรภรณ์ หอมดอก, นันทา เล็กสวัสดิ์, และวันชัย มั่งค้าย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(3), 74-91.
- วันชนิ วิรุฬห์พานิช. (2552) การระงับปวดหลังผ่าตัดในเด็ก. ใน ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไวย (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับความปวด* (หน้า 101-132). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2547). *แนวคิดความปวด: องค์ความรู้ใหม่ทศวรรษที่ 21*. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ วันที่ 26-28 พฤษภาคม 2547 คณะพยาบาลศาสตร์และภาควิชาญูญพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2552). ความปวดในเวชปฏิบัติ. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไวย (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับความปวด: Pain & Pain Management 2* (หน้า 1-26). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สมบูรณ์ เทียนทอง. (2550). การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ. ใน ชัชชัย ไวยปรีชา, อนงค์ ประสาธน์วันกิจ, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (บรรณาธิการ), *ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ* (หน้า 87-110). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สมบูรณ์ เทียนทอง. (2552). การจัดการความปวดหลังผ่าตัด: สิ่งที่เราควรรู้. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไวย (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับความปวด* (หน้า 71-86). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.



- สมบูรณ์ เทียนทอง, มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, วิมลรัตน์ ฤกษ์ประกรกิจ, พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม, วัฒนา ตันทนะเทวินทร์, และณรงค์ ชันดีแก้ว. (2550). การพัฒนาระบบการประเมินและบันทึกความปวดให้เป็นสัญญาณชีพที่ห้าในโรงพยาบาลระดับของมหาวิทยาลัย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 22(2), 158-164.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2549). *ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย การบำบัดอาการเจ็บปวด. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี. คั่นเมื่อ 14 ตุลาคม 2552*, จาก <http://wb.srisangwom.go.th>
- สถาบันวิจัยระบบบริการสาธารณสุข. (2543). *คุณภาพของระบบสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2552). การบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ.), *ความปวดและการระงับความปวด* (หน้า 155-193). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สถิติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลา. (2552). *รายงานสถิติประจำปี 2552*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลา.
- สถิติแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหาดใหญ่. (2552). *รายงานสถิติประจำปี 2552*. สงขลา: โรงพยาบาลหาดใหญ่.
- สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2548). *การพยาบาลผู้ป่วยแผลไฟไหม้ที่ได้รับบาดเจ็บจากน้ำร้อนลวก*. กรุงเทพมหานคร: มีวงศ์.
- ลิวลี ศรีไล. (2544). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 18). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพิชา วิทยเลิศปัญญา. (2545). ยาแก้ปวดชนิดเสพติด. ใน คณาจารย์ ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (บรรณาธิการ), *เภสัชวิทยา 1* (หน้า 335-341). กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล.
- สุดาพรรณ รัชฎจิรา. (2546). การพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีบาดแผล. ใน สุดาพรรณ รัชฎจิรา และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 231-243). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- โสพิศ เวียงโอสถ. (2549). การจัดการอาการปวดโดยพยาบาลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามการรายงานของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *พยาบาลสาร*, 33(4), 92-104.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *การสำรวจอนามัย สวัสดิการ และการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2552. คั่นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2554*, จาก <http://service.nso.go.th>

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2551). *มิติหญิง-ชาย: ความแตกต่างบนความเหมือน*. กรุงเทพมหานคร: ชรรมาเพชร
- อนงค์ ประสานนันทกิจ. (2552). บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวด. ใน ศศิกานต์ นิมมาน-รัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับความปวด: Pain & Pain Management 2* (หน้า 57-70). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล (บรรณาธิการ). (2544). คุณภาพคืออะไร. *เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: บริษัทดีไซน์.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ. (2543). *เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์
- อภิพร ต้นศรี. (2549). *การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดเฉียบพลันที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรัญญา เขาวลิต และนิยา สออารีย์. (2545). หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด. ในพัชรียา ไชยลังกา, ทิพมาส ชินวงศ์, และนวลจันทร์ รมณารักษ์ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1-34). สงขลา: เอส. ซี. วี. บิสซิเนสส์.
- อนุก สุวรรณบัณฑิต และภาสกรณ์ อกุลพัฒน์กิจ. (2548). จิตวิทยาการบริการ. *Service Psychology*, 18, 169-177.
- อรพรรณ ไชยชาติ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และศศิธร พุ่มดวง. (2549). ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของทีมสุขภาพ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(2), 101-109.
- อัยญา สุทธเสนา. (2548). *ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการอาการปวดท้องเฉียบพลัน โรงพยาบาลนครพนม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Abraham, S. E. (2006). Pain management in wound care. *Podiatry Management*, 7, 165-168.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., et al. (2001). Nurse' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- American Medical Association. (2010). Module 6: Pain Management. *Pediatric Pain Management*. Retrieved May 22, 2010, from <http://www.ama-cmeonline.com>

- Anganan, N. (2004). *The effects of preadmission teaching program on postoperative recovery, knowledge and satisfaction in total knee arthroplasty patients*. Master of Nursing Science (Adult Nursing), Graduate School, Mahidol University, Bangkok.
- Arroyo-Novoa, C. M., Figueroa-Ramos, M. I., Miaskowski, C., Padilla, G., Stotts, N., & Puntillo, K. A. (2009). Acute wound pain: Gaining a better understanding. *Advances in Skin & Wound Care*, 22, 373-380. Retrieved October 15, 2009, from [www.woundcarejournal.com](http://www.woundcarejournal.com)
- Atkinson, P., Chesters, A., & Heinz, P. (2009). Pain management and sedation for children in the emergency department. *Clinical Review*, 339, 1074-1079. Retrieved June 23, 2010, from <https://emergencycare.nhmrc.gov>.
- Australian and New Zealand College of Anesthetists [ANZCA]. (2005). *Acute Pain Management. Scientific Evidence Department of Health*. Retrieved June 23, 2010, from [www.anzca.edu.au/publications/acutepain.pdf](http://www.anzca.edu.au/publications/acutepain.pdf)
- Benbow, M. (2009). A practical guide to reducing pain in patients with wounds. *British Journal of Nursing*, 18(11), 20-28.
- Bernstein, S. J., & Hilborne, L. M. (1993). Clinical indicators: The road to quality care?. *Joint Commission Journal of Quality Improvement*, 19, 501-509.
- Berwick, D. M. (2002). A User's manual for the IOM's "Quality Chasm" report. *Health Affairs*, 21, 80-90. Retrieved September 1, 2010, from <http://content.healthaffairs.org>
- Bethell, E. (2003). Why gauze dressings should not be the first choice to manage most acute surgical cavity wounds. *Journal of Wound Care*, 12, 237-239. Retrieved January 12, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12838602>
- Blake, S. S., Kester, L., & Stoller, J. K. (2004). Respiratory therapists' attitudes about participative decision making: relationship between managerial decision-making style and job satisfaction. *Respiratory Care*, 49(8), 917-925.
- Bowers, K., & Barrett, S. (2009). Wound-related pain: Features, assessment and treatment. *Primary Health Care*, 19, 37-45.
- Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Breivik Hals, E. K., et al. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101, 17-24. Retrieved September 3, 2009, from [http://www.medscape.com/viewarticle/580952\\_print](http://www.medscape.com/viewarticle/580952_print)

- Brockoppa, D.Y., Downey, E., Powers, P, Vanderveer, B., Warden, S., Ryan, P., & Saleh, U. (2004). Nurses' clinical decision-making regarding the management of pain. *International Journal of Nursing Studies, 41*, 631–636.
- Butcher, D. (2004). Pharmacological techniques in managing acute pain in emergency department. *Emergency Nurse, 12*(1), 26-36.
- Chaby, G., Senet, P., Vaneau, M., Martel, P., Guillaume, C. J., Meaume, S., et al. (2007). Dressing for acute and chronic wound: systemic review. *Archives of Dermatology, 143*, 1297-1304. Retrieved September 3, 2009, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17938344>
- Chan, L., & Verdile, V.P. (1998). Do patients receive adequate pain control after discharge from the ED? *American Journal Emergency Medicine, 16*, 705-707.
- Chen, L. M., Miaskowski, C., Dodd, M., & Pantilat, S. (2008). Concepts within the Chinese culture influence the cancer pain experience. *Cancer Nursing, 31*, 103-108.
- Cooper, R. (2004). A review of the evidence for the use of topical antimicrobial agents in wound care. *World Wide Wounds, 1*, Article 1. Retrieved January 12, 2010, from <http://www.worldwidewounds.com>
- Coulling, S. (2007). Fundamentals of pain management in wound care. *British Journal of Nursing, 16*(11), 4-12. Retrieved December 12, 2009, from [www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi](http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi)
- Coutts, P. (2008). Treating patients with painful chronic wounds. *Nursing Standard, 23*(10), 42-46.
- Courtenay, M., Carey, N., 2008. Nurse independent prescribing and nurse supplementary prescribing practice: national survey. *Journal of Advanced Nursing, 61*, 291–299.
- Curtis, K. M., Henriques, H. F., Fanciullo, G., Reynolds, C. M., & Suber, F. (2007). A fentanyl-based pain management protocol provides early analgesia for adult trauma patients. *Journal of Trauma, 63*, 819-826.
- Das, D. A., Grimmer, K. A., Sparnon, A. L., McRae, S. E., & Thomas, B. H. (2005). The efficacy of playing a virtual reality game in modulating pain for children with acute burn injury: A randomized controlled trial. *BioMedical Center Pediatrics, 5*, Article 1. Retrieved June 2, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC554986/>

- Davis, K. A., & Gamelli, R. L. (2008). Burn. In J. A. Asensio & D. D. Trunkey (Eds.), *Current therapy and surgical critical care* (pp.569-578). Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Donabedian, A. (1988) The quality of care: How can we assessed. *Journal of the American of Medical Association*, *260*, 1743-1748.
- Dulaune, S. C., & Ladner, P. K. (2002) *Fundamentals of nursing: Standards & practice*, (2 nd ed.)New York: Delmar.
- Dulecki, M. & Pieper, B. (2005). Irrigate simple acute traumatic wound: A review of the current literature. *Journal of Emergency Nursing*, *31*, 156-160.
- Duignan, M., & Dunn, V. (2007). Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A replication. *International Emergency Nursing*, *16*, 23–28.
- Duignan, M., & Dunn, V. (2008). Barriers to pain management in emergency department. *Emergency Nurse*, *15*, 30-34.
- Duignan, M., & Dunn, V. (2008). Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: A replication. *International Emergency Nursing*, *16*, 23-28.
- Eder, S. C., Sloan, E. P., & Todd, K. (2003). Documentation of ED patient pain by nurse and physicians. *American Journal of Emergency Medicine*, *21*, 253-257.
- Eriksen, L. (1995). Patient satisfaction with nursing care: Concept clarification. *Journal of Nursing Measurement*, *3*, 57-76.
- Evans, J. (2004). Massive Tissue Loss: Burn. In R. A. Bryant & D. P. Nix (Eds.), *Acute & chronic wound current management concepts* (3rd ed., pp. 361-390). Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Fernandez, R., & Griffiths, R. (2010). Water for wound cleansing. *Cochrane database of systematic reviews*, *1*. (Art. No. CD003861). Retrieved April 5, 2010, from <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003861.html>
- Ferrell, B. R., McGuire, D. B., & Donovan, M. I. (1993). Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. *Journal of Professional Nursing*, *9*, 79-88.
- Gaufberg, S. V., Walta, M. J., & Workeman, T. P. (2007). Expanding the use of topical anesthesia in wound management sequential layered application of topical lidocaine with epinephrine. *American Journal of Emergency Medicine*, *25*, 379-384.

- Gillies, D. A. (1994). *Nursing management: A system approach*. (3rd ed.) Philadelphia: W. B. Saunders.
- Glover, D., Hollinworth, H., Bethell, E., Grove, Jo-Anna., Newman, L., Nicholson, J., et al. (2006). *Issues in wound care: Implementing best practice to minimise trauma and pain*. Mölnlycke Health Care wound academy. Retrieved June 2, 2010, from [www.molnlycke.com](http://www.molnlycke.com)
- Gordon, D. B. & Dahl, J. I. (2004). Quality improvement challenges in pain management. *Pain*, 107, 1-4.
- Gordon, D.B., Dahl, J.L., Miaskowski, C., McCarberg, B., Todd, K.H., Paice, J.A., et al., (2005). American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1574-1580. Retrieved July 14, 2010, from <http://www.scribd.com/doc/24094300>
- Gordon, D. B., Pellino, T. A., Miaskowski, C., McNeill, J. A., Paice, J. A., Laferriere, D., Bookbinder, M. (2002). A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: Recommendations for standardized outcome measures. *Pain Management Nursing*, 3, 116-130.
- Gunnarsdottir, S., Donovan, H. S., & Ward, S. (2003). Intervention to overcome clinician and patient related barriers to pain management. *The Nursing Clinics of North America*, 38, 419-434.
- Gunnarsdottir, S., Serlin, R. C., & Ward, S. (2005). Patient related barriers to pain management the Icelandic barriers questionnaire II. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29, 237-285.
- Herman, L., & Newberry, L. (2003). *Emergency Nursing*. St. Louis: Mosby.
- Hofman, D. (2006). Practical steps to address pain in wound care. *British Journal of Nursing*, 15, 10-14.
- Hollinworth, H. (2005). The management of patients' pain in wound care. *Nursing Standard*, 20(7), 65-73. Retrieved November 9, 2009, from [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)
- Holzemer, W. L., & Reilly, C. A. (1995). Variables, variability, and variations research: Implications for medical informatics. *Journal of the American Medical Information Association*, 2, 183-190.

- Hwang, U., Richardson, L., Sonuyi, T. O., & Morrison, R. S. (2006). The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*, 270-275.
- Idvall, E., Rooke, L., & Hamrin, E. (1997). Quality indicator in clinical nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 25*, 6-17.
- Innis, J., Bikaunieks, N., Petryshen, P., Zellermeier, V., & Ciccarelli, L. (2004). Patient satisfaction and pain management: An educational approach. *Journal of Nursing Care Quality, 19*, 322-327.
- Jastrzab, G., Fairbrother, G., Kerr, S., & McInerney, M. (2003). Profiling the pain aware nurse acute care nurses' attitudes and knowledge concerning adult pain management. *Australian Journal of Advanced Nursing, 21*, 27-33.
- Jenck, S. F., Cuerdon, T., Burwen, D. R., Fleming, B., Houck, P. M., Kussmaul, M., et al. (2000). Quality of medical care delivered to medicare beneficiaries. *Journal of American Medical Association, 284*, 1670-1676.
- Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organization: JCAHO. (2001). JCAHO Standards for Pain management. *Comprehensive accreditation manual for hospitals 2001*. Retrieved November 20, 2009, from <http://www.texmed.org>
- Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organization: JCAHO. (2003). *Improving the quality of pain management through measurement and action*. Retrieved January 10, 2010, from [www.jcrinc.com](http://www.jcrinc.com)
- Jones, M. L. (2004). Minimising pain at dressing changes. *Nursing Standard, 18*, 65-70.
- Jones, M. L. (2008). Assessing and managing wound pain during dressing changes. *Nursing & Residential Care, 10*, 325-330.
- Karwowski-Soulie' et al. (2006). Pain in an emergency department: An audit. *European Journal of Emergency Medicine, 13*, 218-224.
- Kastanias, P., Denny, K., Robinson, S., Sabo, K., & Snaith, K. (2009). What do adult surgical patients really want to know about pain and pain management? *Pain Management Nursing, 10*, 22-31. Retrieved November 15, 2009, from [www.medscape.com](http://www.medscape.com)
- Katz, J., & Green, E. (1992) *Management quality: A guide monitoring and evaluating nursing service*. St.Louis, MO: Mosby

- Kransner, D. L. (2001). Caring for the person experiencing chronic wound pain. In D. L. Kransner, T. George, Rodeheaver, & R. G. Sibbald (Eds.), *Chronic wound care: A clinical sourcebook for health professionals* (3th ed., pp. 79-89). Wayne: HMP communications.
- Krasner, D. L. & McNeil, M. (2008). Six Strategies for Minimizing Wound Pain: translation the results from a US Pain Survey into clinical practice. *Extended Care Professional News*, 3, 16-21.
- Krasner, D. L., Shapshak, D., & Hopf, H. W. (2007). Managing Wound Pain. In R. A. Bryant, & D. P. Nix (Eds.), *Acute & Chronic Wound current management concepts* (pp. 539-592). St. Louis, MO: Mosby.
- Lewe'n, H., Gardulf, A., & Nilsson, J. (2010). Documented assessments and treatments of patients seeking emergency care because of pain. *Journal of Caring Sciences*, 24, 764-771.
- Mangelsdorff, A. (1979). Patient satisfaction questionnaire. *Medicare*, 17, 86-90.
- Meaume, S., Teot, L., Lazareth, I., Martini, J., & Bohbot, S. (2004). The importance of pain reduction through dressing selection in routine wound management: The MAPP study. *Journal of Wound Care*, 13, 11-19.
- Moffatt, C. J. (2002). Pain at wound dressing chang. In S. Calne (Ed.), *EWMA Position Document* (pp. 1-7). London: Licensing Agency.
- Moffatt, C. J., Franks, P. J., & Hollinworth, H. (2002). Understanding wound pain and trauma: an international perspective. In S. Calne (Ed.), *EWMA Position Document* (pp. 2-7). London: Licensing Agency.
- Moffatt, C. J., Franks, P. J., & Hollinworth, H. (2005). Nurses' views about pain and trauma at dressing changes: Reseals of a national survey. *Journal of Wound Care*, 9, 369-373.
- Muangman, P., Muangman, S., Opananon, S., Keorochana, K., & Chuntrasakul, C. (2009). Benefit of hydrocolloid SSD dressing in the outpatient management of partial thickness burns. *Journal Medical Association Thai*, 92, 1300-1305. Retrieved January 11, 2011, from <http://www.thaiscience.info/journals>
- Muntlin, A., Carlsson, M., Gunningberg, L. (2010). Barriers to change hindering quality improvement: the reality of emergency care. *Journal of Emergency Nurse*, 36, 317-323.



- Niska, R., Bhuiya, F., & Xu, J. (2010). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey 2007 Emergency Department Summary. *National Health Statistics Reports, 26*, 1-32.  
Retrieved August 10, 2010, from <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr026.pdf>
- Payaksiri, P. (2001). *The effects of music on patients' pain level during open wound dressing*. A Thesis for the degree of master of nursing science. Adult Nursing. Graduate School, Mahidol University, Bangkok.
- Popescu, A., & Salcido, R. S. (2004). Wound pain: A challenge for the Patient and the wound care specialist. *Advances in Skin & Wound Care, 17*, 14-20.
- Price, P. E., Fagervik-Morton, H., Mudge, E. J., Beele, H., Ruiz, J. C., Nystrom, T. H., et al. (2008). Dressing-related pain in patients with chronic wounds and international patient perspective. *International Wound Journal, 5*, 159-171.
- Puntillo, K. A., Morris, A. B., Thompson, C., Stanik-Hutt, J., White, C., & Wild, L. R. (2004). Pain behaviors observed during six common procedures: Results from Thunder Project II. *Critical Care Medical, 32*, 421-427.
- Puntilo, K. A., Neighbor, M., & Nixon, R. (2003). Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Management Nursing, 4*, 171-175.
- Puntillo, K. A., White, C., Morris, A. B., Perdue, S. T., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., et al. (2001). Patients' perceptions and responses to procedural pain: Results from thunder project II. *American Journal of Critical Care, 10*, 238-251.
- Pusdas-Tähkä, Sanna-Mari., Axelin, A., Aantaa, R., Lund, V., & Salanterä, S. (2009). Assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 946-956. Retrieved August 1, 2009, from <http://www.journalofadvancednursing.com>
- Ramponi, D. (2009). Reducing pain in pediatric procedures in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing, 35*, 379-382.
- Registered Nurses Association of Ontario: RNAO. (2002). Assessment & Management of pain. *Nursing Best Practice Guideline 2002*. Retrieved October 15, 2009, from [http://www.rnao.org/Storage/29/2351\\_BPG\\_Pain\\_and\\_Supp.pdf](http://www.rnao.org/Storage/29/2351_BPG_Pain_and_Supp.pdf)

- Ragozzino, R. (2009). *A Study of social desirability and self-esteem*. Poster Presented at the April (2009) 37th Annual Western. Pennsylvania Undergraduate Psychology Conference. Moon Township, PA. Retrieved October 15, 2009, from <http://academics.rmu.edu>
- Roden, A., & Sturman, E. (2009). Assessment and management of patients with wound-related pain. *Nursing Standard*, 23, 53-62.
- Sacchetti, A. D. & Hogan, K. (2006). Postprocedure evaluation. In S. E. Mace, J. Ducharme, M. F. Murphy (Eds.). *Pain management and sedation: Emergency Department management*. (pp.54-58). United States: McGraw-Hill.
- Serpell, M. G. (2003). Clinical pharmacology-local anesthetics. In D. J. Rowbotham & P. E. Macintyre (Eds.), *Clinical pain management Acute Pain* (pp.73-92). London: Arnold.
- Shah, K. & Lendrum, K. (2002). Pain management in A&E department at CNDRH Lecture. Retrieved February 3, 2011, from <http://www.edu.resed.ac.uk/lecture/It21.htm>
- Sherwood, G.D., McNeill, J., Starck, P.L., & Disnard, G. (2003). Changing Acute Pain Management Outcomes in Surgical Patients. *Association of perioperative Registered Nurses Journal*, 77, 374-395.
- Shukla, D., Tripathi, A. K., Agrawal, S., Ansari, M. A., Rastogi, A., & Shukla, V. K., (2005). Pain in acute and chronic wounds: A descriptive study. *Ostomy Wound Management*. 51, 47-51.
- Sirimai, P. (2007). *Quality of care and outcome in asthma*. Doctor of Philosophy Thesis, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.
- Sloman, R., Rosen, G., Rom, M., & Shir, Y. (2005). Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 125-132.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2004). *Brunner and Suddarth's textbook of medical surgical nursing* (10th ed.) Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Stalnikowicz, S., Mahamid, R., Kaspi, S., & Brezis, M. (2005). Under treatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2), 173-176.)
- Stotts, N. A., Puntillo, K., Morris, A. B., Stanik-Hutt, J., Thompson, C. L., White, C., et al. (2004). Wound care pain in hospitalized adult patients. *Heart & Lung*, 33, 321-332. Retrieved October 15, 2009, from [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15454911](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15454911)

- Tanabe, P., Thomas, R., Paice, J., Spiller, M., & Marcantonio, R. (2001). The effect of standard care, ibuprofen, and music on pain relief and patient satisfaction in adults with musculoskeletal trauma. *Journal of Emergency Nursing, 27*, 124-131.
- Taylor, G. A., Hudson, K., & Keeling, A. (1991). Quality of nursing the consumer's perspective revisited. *Journal of Nursing Quality Assurance, 1*, 23-31.
- Tcherny-Lessenot, S., Karwowski-Soulie', F., Lamarche-Vadel, A., Ginsburg, C., Brunet, F., & Vidal-Trecan, G. (2003). Management and Relief of Pain in an Emergency Department from the Adult Patients' Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management, 25*, 539-546.
- Thomas, S. H., Silen, W., Cheema, F., Reisner, A., Aman, S., Goldstein, J. N., et al. (2003). Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in emergency department patients with abdominal pain: *A prospective, randomized trial. Abdominal Pain Analgesia, 196*, 18-31.
- Tissue Viability Nurses Association (TVNA). (2004). *The Best Practice Statement Minimising Trauma and Pain in Wound Management*. Retrieved July 2, 2010, from [http://www.wounds-uk.com/downloads/trauma\\_pain\\_statement.pdf](http://www.wounds-uk.com/downloads/trauma_pain_statement.pdf)
- Todd, K.H. (2005). Pain assessment instrument for use in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America, 23*, 285-295.
- Todd, K. H., Sloan, E. P., Chen, C., Eder, S., & Wamstad, K. (2002). Survey of pain etiology, management practices and patient satisfaction in two urban emergency departments. *Canadian Journal of Emergency Medical Care, 4*, 252-256.
- Trott, A. T. (2005). Complicated and chronic wounds. In T. Hummel (Ed.), *Wound and laceration: Emergency care and closure* (3rd ed., pp. 271-275). Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Ubbink, D. T., Vermeulen, H., Goossens, A., Kelner, R. B., Schreuder, S. M., & Lubbers, M. J. (2008). Occlusive vs gauze dressings for local wound care in surgical patients. *Archives of Surgery, 143*(10), 950-955.
- Van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: Social desirability response bias in self report research. *Australian Journal of Advanced Nursing, 25* (4), 40-48.

- Vadivelu, N., Whitney, C. J., & Sinatra, R. S. (2009). Pain pathway and acute pain processing. In R. S. Sinatra, O. A. de Leon-Casasola, B. Ginsberg, & E. R. Viscusi (Eds.). *Acute pain management* (pp. 3-20). Cambridge: Cambridge University Press.
- Vermeulen, H., Ubbink, D. T., Zwart, F. D., Goossens, A., & Vos, R. D. (2007). Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: A systematic literature review. *Wound Repair and Regeneration*, *15*, 302-307. Retrieved February 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- Vuolo, J. C. (2009). Wound-related pain: Key sources and triggers. *British Journal of Nursing*, *18*, 20-25.
- Ware, L. J., Bruckenthal, P., Davis, G. C., & O'Conner-Von, S. K. (2011). Patient Advocacy by Pain Management Nurses: Results of the American Society for Pain Management Nursing Survey. *Pain Management Nursing*, *12*(1), 25-32.
- White, R. (2008). Pain assessment and management in patients with chronic wounds. *Nursing Standard*, *22*, 62-68.
- Winstead, Y., Emmerich, H., Manning, M. L., Winstead, D., Nelson-Bachmann, P., Kornecki, Z. (2010). Clinical Management of Skin and Soft Tissue Infections in the Emergency Department of a Suburban Hospital. *Advanced Emergency Nursing Journal*, *32*(2), 155-167.
- Woo, K., Sibbald, G., Fogh, K., Glynn, C., Krasner, D., Leaper, D., et al. (2008). Assessment and management of persistent (chronic) and total wound pain. *International Wound Journal*, *5*, 205-215.
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2004). *Minimising pain at wound dressing related procedures: A consensus document. Principle Best Practice*. Retrieved December 15, 2009, from <http://www.wuwhs.org>
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). (2007). *Minimising pain at dressing-related procedures: Implementation of pain relieving strategies. Principle Best Practice*. Retrieved May 12, 2010, from <http://www.molnlycke.com>
- Wulf, H. & Baron, R. (2002). The theory of pain. In S. Calne (Ed.), *EWMA Position Document* (pp. 8). London: Licensing Agency.

Young, T. (2007). Assessment of wound pain: Overview and a new initiative. *British Journal of Nursing*, 16, 4-11. Retrieved December 12, 2009, from <http://lcbaxterlibrary.tripod.com>

**ภาคผนวก**

**ภาคผนวก ก**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิทยานิพนธ์ ประกอบด้วย 2 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับพยาบาล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามกระบวนการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำ  
แผลอุบัติเหตุ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแผลอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการจัดการความปวดขณะทำแผล  
อุบัติเหตุ

## แบบสอบถามสำหรับพยาบาล

เรื่อง คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ

ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงใน 

หน้าข้อความหรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง

เก็บข้อมูลที่  โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์

1. เพศ

 1 ชาย 2 หญิง

2. อายุ..... ปี

3. ศาสนา

 1 พุทธ 2 คริสต์ 3 อิสลาม 4 อื่น ๆ (ระบุ).....

4. ระดับการศึกษา

 1ปริญญาตรี หรือเทียบเท่าปริญญาตรี 2 ปริญญาโท

5. ระยะเวลาปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.....ปี.....เดือน

.  
.  
.  
.  
.  
.

17. ท่านคิดว่าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของท่าน มีอัตรากำลังพยาบาลเพียงพอหรือไม่

 เพียงพอ ไม่เพียงพอ



ส่วนที่ 2 กระบวนการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเกี่ยวกับการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของผู้ใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่า ท่านได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นบ่อยครั้งเพียงใด โดยการเลือกตอบให้ใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

ปฏิบัติมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวทุกครั้ง
ปฏิบัติมาก	ให้ 4 คะแนน	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัติปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวเป็นบางครั้ง
ปฏิบัติน้อย	ให้ 2 คะแนน	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวนาน ๆ ครั้ง
ไม่ได้ปฏิบัติ	ให้ 1 คะแนน	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวเลย

ข้อความ	ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
<b>องค์ประกอบที่ 1 การประเมินความปวด</b> <b>ในมิติต่าง ๆ ของผู้ให้บริการ</b> 1. ก่อนทำแผล ท่านประเมินระดับความรุนแรงความปวดจากแผลอุบัติเหตุของผู้ให้บริการ					
.....					
.....					
<b>องค์ประกอบที่ 2 การค้นหาและรักษา</b> <b>สาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล</b> 11. ท่านได้ประเมินแผลอุบัติเหตุของผู้ป่วยแรกรับ (เช่น ลักษณะ สิ่งคัดหลั่ง ขนาด สิ่งแปลกปลอม และกลิ่น เป็นต้น)					
.....					
.....					

ข้อความ	ทุกครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
<p><b>องค์ประกอบที่ 3 การให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวด</b></p> <p><b>ขณะทำแผล</b></p> <p>14. ท่านชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดอุบัติเหตุแก่ผู้ใช้บริการก่อนและหรือขณะทำแผล</p>					
.....					
.....					
<p><b>องค์ประกอบที่ 4 การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่ยา</b></p> <p><b>อย่างเหมาะสม</b></p> <p>17. ท่านจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาตามแผนการรักษาที่มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร (ยาบรรเทาปวดเฉพาะที่ เช่น ยาทา ยาพ่น หรือยาบรรเทาปวดทั่วไป)</p>					
.....					
.....					
<p><b>องค์ประกอบที่ 5 การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวด</b></p> <p><b>ขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง</b></p> <p>40.....</p> <p>41.....</p> <p>42. ท่านบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล</p>					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุ

คำชี้แจง โปรดเครื่องหมาย  $\surd$  ตามความเป็นจริงที่ตรงกับข้อคิดเห็นของท่านที่มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการเลือกตอบให้ใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

5 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด
4 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมาก
3 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อย
1 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของท่านจากการทำแผลอุบัติเหตุ					
2.....					
3.....					

ปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการความปวดจากการทำแผลอุบัติเหตุ.....

ข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดจากการทำแผลอุบัติเหตุ.....

**แบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการ**  
**เรื่อง คุณภาพการจัดการความปวดยะทำแผลในผู้ให้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ**  
**ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและแผลอุบัติเหตุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงใน  หน้าข้อความหรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง

เก็บข้อมูลที่  โรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลศูนย์

- |                 |                                   |   |
|-----------------|-----------------------------------|---|
| 1. เพศ          | <input type="checkbox"/> 1 ชาย    | <input type="checkbox"/> 2 หญิง               |
| 2. อายุ..... ปี |                                   |   |
| 3. ศาสนา        | <input type="checkbox"/> 1 พุทธ   | <input type="checkbox"/> 2 คริสต์             |
|                 | <input type="checkbox"/> 3 อิสลาม | <input type="checkbox"/> 4 อื่น ๆ (ระบุ)..... |

.  
.  
.

ตอนที่ 2 ข้อมูลแผลอุบัติเหตุ

คำชี้แจง ในแผนภาพข้างล่างนี้ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้กรอกข้อมูลและให้ผู้ให้บริการเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของรายละเอียดอีกครั้ง ดังต่อไปนี้

1. ระบายภาพแสดงตำแหน่งแผลอุบัติเหตุของผู้ให้บริการทุกตำแหน่ง
2. ระบุขนาดของแผล (กว้าง X ยาว X ลึก เช่นติเมตร) ทุกตำแหน่ง

.  
.  
.

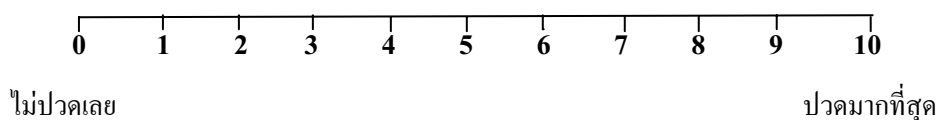
7. ยาชาเฉพาะที่หรือยาแก้ปวดทั่วไปที่ผู้ให้บริการได้รับ (ผู้วิจัยกรอกจากทะเบียนประวัติและสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ)

- ไม่ได้รับ  
 ได้รับ

## 5. ระดับความปวด

**คำชี้แจง** โปรดวงกลมล้อมรอบตัวเลข ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงหมายเลขเดียว โดย 0 = ไม่รู้สึกปวดเลย และ 10 = รู้สึกปวดมากที่สุด

### 5.1 ก่อนการทำแผล ท่านมีความปวดโดยรวมอยู่ในระดับใด



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

**คำชี้แจง** โปรดเครื่องหมาย  $\surd$  ตามความเป็นจริงที่ตรงกับข้อคิดเห็นของท่านที่มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการเลือกตอบให้ใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

5 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมากที่สุด
4 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจมาก
3 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อย
1 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านพึงพอใจต่อการจัดการความปวดจากการทำแผลอุบัติเหตุของพยาบาล					
2.....					
3.....					

ความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ

ข้อเสนอแนะ .....

**ภาคผนวก ข**  
**ใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย**  
 (สำหรับพยาบาลวิชาชีพ)

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันทนางบุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์ เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ แผลนกออุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับ คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุตามเกณฑ์มาตรฐาน ประกอบด้วย ระดับการจัดการ ความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุตามรายงานของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกตัวแทนโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ตอนล่างกลุ่มละ 1 โรงพยาบาล โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับสลาก และเก็บข้อมูลจากประชากรพยาบาลของทั้งสอง โรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ

ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ขอเชิญท่านซึ่งปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินจำนวน 1 ชุด ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ ซึ่งท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ก็ได้ และการให้ข้อมูล หรือการปฏิเสธการให้ข้อมูลของท่านจะไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวท่าน คำตอบทุก คำตอบไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานหรือเกิดความเสียหายต่อตัวท่านในเรื่องส่วนตัว โดยข้อมูลส่วนตัวของท่านจะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบ ข้อมูลและคำตอบที่ได้ผู้วิจัยจะนำไปอภิปรายและสรุปผลออกมาเป็นภาพรวม และใช้ในวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ หรือมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้รวมถึงสิทธิของท่าน สามารถติดต่อกับตัวผู้วิจัย คือ นางบุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์ โทรศัพท์ 086-9358882

.....  
 (.....)  
 ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....  
 (วัน/เดือน/ปี)

.....  
 (นางบุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์)  
 ผู้วิจัย

.....  
 (วัน/เดือน/ปี)

## ใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

(สำหรับผู้ใช้บริการ)

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางบุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ แผลนกออุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุตามเกณฑ์มาตรฐาน ประกอบด้วย ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ตอนล่างตัวแทนกลุ่มละ 1 โรงพยาบาล โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับสลาก และทำการเก็บข้อมูลจากผู้ใช้บริการ ด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั้งสองข้างต้น ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้โรงพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ ดิฉันขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแผลอุบัติเหตุ ระดับความรุนแรงของความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุของท่าน และระดับความพึงพอใจของท่านต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ

ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ท่านจะไม่เกิดอันตรายใด ๆ จากการศึกษานี้ ซึ่งท่านมีสิทธิที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ก็ได้ และการให้ข้อมูล หรือการปฏิเสธการให้ข้อมูลของท่านจะไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวท่าน คำตอบทุกคำตอบไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลหรือเกิดความเสียหายต่อตัวท่านในเรื่องส่วนตัว โดยข้อมูลส่วนตัวของท่านจะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบ ข้อมูลและคำตอบที่ได้ผู้วิจัยจะนำไปอภิปรายและสรุปผลออกมาเป็นภาพรวม และใช้ในวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ หรือมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษานี้รวมถึงสิทธิของท่าน สามารถติดต่อกับตัวผู้วิจัย คือ นางบุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์ โทรศัพท์ 086-9358882

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

(วัน/เดือน/ปี)

.....

(นางบุญญาภัทร ชาติพัฒนานันท์)

ผู้วิจัย

(วัน/เดือน/ปี)

**ภาคผนวก ก**  
**ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม**

ตาราง ก1

ร้อยละ ความถี่ของการจัดการความปลอดภัยที่แตกต่างของพยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จำแนกตามองค์ประกอบ และรายชื่อ (n = 46)

ข้อความ	ทุกครั้ง		เกือบทุกครั้ง		บางครั้ง		ไม่เคย		M	SD	ระดับคุณภาพ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
<b>องค์ประกอบที่ 1</b>													
<b>การประเมินความปลอดภัยในมิติต่างๆ ของผู้ให้บริการ</b>													
1. ก่อนทำแผล ได้ทำการประเมินระดับความรู้แรงความปลอดภัยของผู้ดูแล	18	39.1	15	32.6	10	21.7	2	4.3	1	2.2	4.02	1.00	สูง
2. ก่อนทำแผล ได้ทำการประเมินตำแหน่งของแผลอุบัติเหตุที่ปวด	31	67.4	13	28.3	2	4.3	0	0	0	0	4.63	0.57	สูง
3. ก่อนทำแผล ได้ทำการประเมินลักษณะความปลอดภัยของผู้ดูแล	19	41.3	19	41.3	7	15.2	0	0	1	2.2	4.20	0.86	สูง
4. ก่อนทำแผล ได้ทำการประเมินระยะเวลาของการได้รับบาดเจ็บที่ทำให้เกิดแผลอุบัติเหตุ	30	65.2	9	19.6	5	10.9	1	2.2	1	2.2	4.43	0.94	สูง



## ตาราง ท1 (ต่อ)

ข้อความ	ทุกครั้งที่		เกือบทุกครั้ง		บางครั้ง		นาน ๆ ครั้ง		ไม่เคย		M	SD	ระดับ คุณภาพ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
5. ก่อนทำแผลได้ประเมินปัจจัยที่ทำให้ ผู้ใช้บริการปวดแผลอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น หรือลดลง	7	15.2	13	28.3	21	45.7	3	6.5	2	4.3	3.43	0.98	ปานกลาง
6. ก่อนทำแผลได้มีการใช้เครื่องมือ ประเมินความรุนแรงของความปลอดภัย แผลอุบัติเหตุกับผู้ใช้บริการ	2	4.3	9	19.6	8	17.4	11	23.9	16	34.8	2.35	1.27	ปานกลาง
7. ขณะทำแผลได้มีการประเมินระดับ ความรุนแรงของความปลอดภัยทำแผล อุบัติเหตุของผู้ใช้บริการ	10	21.7	18	39.1	15	32.6	3	6.5	0	0	3.76	0.87	สูง
8. หลังทำแผล ได้มีการประเมินระดับ ความรุนแรงของความปลอดภัยผู้ใช้บริการ	8	17.4	11	23.9	18	39.1	8	17.4	1	2.2	3.37	1.04	ปานกลาง
9. การบันทึกผลการประเมินความปลอดภัย แผลอุบัติเหตุในทุกมิติอย่างชัดเจน	3	6.5	6	13.0	14	30.4	14	30.4	9	19.6	2.57	1.15	ปานกลาง
9.1. ก่อนทำแผล ได้ทำการบันทึกผล การประเมินความรุนแรงของความปลอดภัย ของแผลอุบัติเหตุอย่างชัดเจน ในแบบ บันทึกทางการพยาบาล	4	8.7	9	19.6	14	30.4	13	28.3	6	13.0	2.83	1.16	ปานกลาง

ตาราง ค1 (ต่อ)

ข้อความ	ทุกครึ่ง		เกือบทุกครึ่ง		บางครึ่ง		นาน ๆ ครึ่ง		ไม่เคย		M	SD	ระดับ คุณภาพ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
9.2 ขณะทำแผล ได้ทำการบันทึกผล การประเมินความรุนแรงของ ปวดของแผลอุบัติเหตุอย่างชัดเจน ในแบบบันทึกทางการแพทย์	3	6.5	6	13.0	11	23.9	16	34.8	10	21.7	2.48	1.17	ปานกลาง
9.3 หลังทำแผล ได้ทำการบันทึกผล การประเมินความรุนแรงของ ปวดของแผลอุบัติเหตุอย่างชัดเจน ในแบบบันทึกทางการแพทย์	3	6.5	10	21.7	15	32.6	8	17.4	10	21.7	2.74	1.22	ปานกลาง
10. หลังจากที่ได้รับบริการ บรรเทาความปวดแผลอุบัติเหตุ (เช่น การได้รับยาบรรเทาปวด) ได้ทำการ บันทึกผลการประเมินความรุนแรง ของปวดของแผลอุบัติเหตุอย่าง ชัดเจน ในแบบบันทึกทางการแพทย์	8	17.4	14	30.4	16	34.8	5	10.9	3	6.5	3.41	1.11	ปานกลาง

ตาราง ค1 (ต่อ)

ข้อความ	ทุกครั้ง		เกือบทุกครั้ง		บางครั้ง		นาน ๆ ครั้ง		ไม่เคย		M	SD	ระดับ คุณภาพ
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน	จำนวน ร้อยละ	จำนวน	จำนวน ร้อยละ	จำนวน	จำนวน ร้อยละ	จำนวน	จำนวน ร้อยละ				
<b>องค์ประกอบที่ 2</b>													
<b>การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วม</b>													
<b>ที่ทำให้ปวดแผล</b>													
11. ได้ทำการประเมินแผลอุบัติเหตุของผู้ป่วยแรกกรับ (เช่น ลักษณะ สิ่งคัดหลั่ง ขนาด สิ่งแปลกลบอม และกลิ่น เป็นต้น)	28	60.9	14	30.4	2	4.3	2	4.3	0	0	4.48	0.78	สูง
12. ได้ทำการบันทึกสภาพแผลอุบัติเหตุของผู้ป่วยแรกกรับเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบความก้าวหน้าในการรักษา	27	58.7	12	26.1	5	10.9	0	0	2	4.3	4.35	0.99	สูง
13. ได้ทำการแจ้งหรือให้ยาด้านจุลชีพแก่ผู้ให้บริการตามแผนการรักษาหากมีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร	35	76.1	9	19.6	0	0	1	2.2	1	2.2	4.65	0.80	สูง
<b>องค์ประกอบที่ 3</b>													
<b>การให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจใน</b>													
<b>การจัดการความปลอดภัยขณะทำแผล</b>													
14. ชี้แจงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ให้บริการก่อนและหรือขณะทำแผลอุบัติเหตุ	17	37.0	16	34.8	11	23.9	1	2.2	1	2.2	4.02	0.95	สูง

ตาราง ค1 (ต่อ)

ข้อความ	ทุกครั้งที่		เกือบทุกครั้ง		บางครั้ง		นาน ๆ ครั้ง		ไม่เคย		M	SD	ระดับคุณภาพ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
15. การเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการซักถามเกี่ยวกับความปลอดภัยและวิธีการจัดการกับความปวดที่เกิดจากการทำแผลอุบัติเหตุ	9	19.6	18	39.1	14	30.4	4	8.7	1	2.2	3.65	0.97	ปานกลาง
16. ได้มีการประเมินความต้องการและให้โอกาสผู้ใช้บริการ ได้เลือกวิธีการจัดการความปลอดภัยทำแผลอุบัติเหตุที่เหมาะสม เช่น การใช้ยา (ยาชาเฉพาะที่และยาบรรเทาความปวดทั่วไป) และการไม่ใช้ยา (การเมี่ยงบนความสนใจ การจัดทำเป็นต้น)	7	15.2	16	34.8	18	39.1	3	6.5	2	4.3	3.50	0.98	ปานกลาง
<b>องค์ประกอบที่ 4</b>													
<b>การจัดการความปลอดภัยทำแผลโดยวิธีใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช่อาย่างเหมาะสม</b>													
17. การจัดการความปลอดภัยวิธีใช้ยาตามแผนการรักษาที่มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร (ยาบรรเทาปวดเฉพาะที่ เช่น ยาทา ยาพ่น หรือยาบรรเทาปวดทั่วไป)	23	50.0	11	23.9	7	15.2	2	4.3	3	6.5	4.07	1.20	สูง

## ตาราง ค1 (ต่อ)

ข้อความ	ทุกครึ่ง		เกือบทุกครึ่ง		บางครึ่ง		นาน ๆ ครึ่ง		ไม่เคย		M	SD	ระดับ คุณภาพ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
18. ก่อนทำแผล ได้รายงานแพทย์เพื่อ พิจารณาให้ยาบรรเทาปวดแก่ ผู้ใช้บริการที่ปวดแผลอุบัติเหตุ เล็กน้อยหรือมีคะแนนปวดเท่ากับ 1-3	9	19.6	6	13.0	8	17.4	9	19.6	14	30.4	2.72	1.51	ปานกลาง
19. ก่อนทำแผล ได้รายงานแพทย์เพื่อ พิจารณาให้ยาแก่ผู้ใช้บริการที่ปวด แผลอุบัติเหตุปานกลางหรือมีคะแนน ปวดเท่ากับ 4-6 หรือมีผู้ใช้ยาบรรเทา ปวดในข้อ 18 แล้วอาการปวดไม่ทุเลา	9	19.6	13	28.3	14	30.4	7	15.2	3	6.5	3.39	1.16	ปานกลาง
20. ก่อนทำแผล ได้รายงานแพทย์เพื่อ พิจารณาการให้ยาแก่ผู้ใช้บริการที่ ปวดแผลอุบัติเหตุมากกว่าหรือมีคะแนน ปวดเท่ากับ 7-10 หรือมีผู้ใช้ยา บรรเทาปวดในข้อ 18 และ 19 แล้ว อาการปวดไม่ทุเลา	21	45.7	15	32.6	7	15.2	2	4.3	1	2.2	4.15	0.99	สูง
21. การอธิบายขั้นตอนการทำแผล และความปวดที่อาจเกิดขึ้นกับ ผู้ใช้บริการขณะทำแผล	16	34.8	19	41.3	8	17.4	3	6.5	0	0	4.04	0.89	สูง

ตาราง ค1 (ต่อ)

ข้อความ	ทุกครั้ง		เกือบทุกครั้ง		บางครั้ง		ไม่เคย		M	SD	ระดับคุณภาพ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
22. การใช้วิธีเขียนบนความสนใจของผู้ใช้บริการขณะทำแผล เช่น การพูดคุย การสัมผัส การฟังเพลง การผ่อนคลาย การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เป็นต้น (เช่น การฟังเพลง การนับ การหายใจลึก ๆ การบีบนิ้ว การสัมผัส และการพูดคุย เป็นต้น)	6	13.0	18	39.1	14	30.4	5	10.9	3	6.5	3.41	1.07	ปานกลาง
23. การจัดทำที่สุบายขณะทำแผล	15	32.6	22	47.8	8	17.4	1	2.2	0	0	4.11	0.77	สูง
24. การจัดสถานที่ให้มิดชิด ไม่เปิดเผยแผลแก่สายตาผู้อื่นขณะทำแผล	8	17.4	15	32.6	20	43.5	2	4.3	1	2.2	3.59	0.91	ปานกลาง
25. การเปิดแผลทิ้งไว้ระหว่างรอแพทย์ตรวจ	1	2.2	6	13.0	18	39.1	13	28.3	8	17.4	3.46	1.01	ปานกลาง
26. การเปิดหน้าต่างหรือพัฒนาขณะทำแผลอุบัติเหตุ	1	2.2	3	6.5	15	32.6	5	10.9	22	47.8	3.96	1.13	สูง
27. ให้ออกาสผู้ใช้บริการตัดสินใจเลือกที่จะล่อกวัดสติปิดแผลออกด้วยตนเอง (กรณีที่ใช้บริการได้รับการปฐมพยาบาลมาแล้วเบื้องต้น)	6	13.0	4	8.7	13	28.3	10	21.7	13	28.3	2.57	1.34	ปานกลาง

ตาราง KI (ต่อ)

ข้อความ	ทุกครั้งที่		เกือบทุกครั้ง		บางครั้ง		นาน ๆ ครั้ง		ไม่เคย		M	SD	ระดับคุณภาพ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
28. การให้ความชุ่มชื้นกับแผล อุบัตืเหตุก่อนเอาวัสดุปิดแผลออก	17	37.0	23	50.0	6	13.0	0	0	0	0	4.24	0.67	สูง
29. การดึงวัสดุปิดแผลออกอย่างเบา มือ/นุ่มนวล	25	54.3	19	41.3	2	4.3	0	0	0	0	4.50	0.59	สูง
30. การแนะนำให้ผู้ใช้บริการหายใจ ช้า ๆ ขณะลอกหรือเปิดวัสดุปิดแผล ออก	9	19.6	10	21.7	17	37.0	7	15.2	3	6.5	3.33	1.16	ปานกลาง
31. การชะลอการลอกวัสดุปิดแผล ออกชั่วคราวเมื่อผู้ใช้บริการขอให้ท่าน หยุด	23	50.0	18	39.1	5	10.9	0	0	0	0	4.39	0.68	สูง
32. การใช้น้ำประปา สิ่งสิ่งสกปรก ก่อนทำความสะอาดแผลอุบัตืเหตุ	23	50.0	17	37.0	4	8.7	0	0	2	4.3	4.28	0.96	สูง
33. การใช้ผ้าขนอร์มัลชนิดไนลอนทำความสะอาด แผลอุบัตืเหตุ	36	78.3	9	19.6	0	0	1	2.2	0	0	4.74	0.58	สูง
34. การใช้โพวิโดน-ไอโอดีนหรืออื่น ๆ ทำความสะอาดแผลอุบัตืเหตุ	27	58.7	9	19.6	6	13.0	2	4.3	2	4.3	4.24	1.12	สูง
35. การใช้ฟ็อกซ์หรือสาลีเช็ดแผล อุบัตืเหตุ	24	52.2	7	15.2	5	10.9	4	8.7	6	13.0	2.15	1.48	ต่ำ

ตาราง ค1 (ต่อ)

ข้อความ	ทุกครั้ง		เกือบทุกครั้ง		บางครั้ง		นาน ๆ ครั้ง		ไม่เคย		M	SD	ระดับ คุณภาพ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
36. การใช้วัสดุปิดแผลชนิดไฮโดร-คอลลอยด์ (hydrocolloid dressing) เช่น อูโอเดิร์ม, เทกาเดิร์ม และวัสดุปิดแผลชนิดที่ติดแน่นน้อย (low adherence dressing) เช่น ซิลิโคน พิล์ม สำหรับปิดแผลอุบัติเหตุ เป็นต้น	7	15.2	6	13.0	9	19.6	7	15.2	17	37.0	2.54	1.49	ปานกลาง
37. การใช้ผลิตภัณฑ์ติดกิ้นชั้นหนังที่วางบนผิวแผลที่ติดกิ้นชั้นหนังที่	18	39.1	10	21.7	14	30.4	3	6.5	1	2.2	3.89	1.08	สูง
38. หากตำแหน่งแผลอุบัติเหตุอยู่บริเวณข้อพับ ได้มีการใช้ผ้าพันแผลหรือผ้ายึดพันทับข้อปิดแผล โดยเริ่มพันตั้งแต่ปลายจนถึงโคน ไม่แน่นหรือหลวมเกินไป	22	47.8	11	23.9	9	19.6	3	6.5	1	2.2	4.09	1.07	สูง
<b>องค์ประกอบที่ 5</b>													
<b>การติดตามประเมินผลผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง</b>													
39. ติดตามประเมินและดูแลเอาการปวดแผลของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่องเร่งรีบจนถึงเจ้าหน้าที่ออกจาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	9	19.6	17	37.0	12	26.1	7	15.2	1	2.2	3.57	1.05	ปานกลาง



ตาราง KI (ต่อ)

ข้อความ	ทุกครึ่ง		เกือบทุกครึ่ง		บางครั้ง		ไม่เลย		M	SD	ระดับคุณภาพ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
40. การติดต่อประสานงานกับทีมงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการความปลอดภัยในและภายนอกแผนก	3	6.5	6	13.0	10	21.7	9	19.6	18	39.1	2.28	1.29	ต่ำ
41. การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการปวดขณะทำแผลลงในแบบบันทึกทางการแพทย์ขาด	5	10.9	9	19.6	13	28.3	15	32.6	4	8.7	2.91	1.15	ปานกลาง
42. การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การจัดการความปลอดภัยที่ลดลงในแบบบันทึกทางการแพทย์ขาด	4	8.7	9	19.6	15	32.6	13	28.3	5	10.9	2.87	1.13	ปานกลาง

หมายเหตุ: ค่า M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ภาคผนวก ง

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามคุณภาพการจัดการ  
ความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ แผลกดทับและฉุกละหิม และแบบสอบถาม  
ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ใช้บริการต่อการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มี  
แผลอุบัติเหตุ แผลกดทับและฉุกละหิม

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1. ดร. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร | ผู้ช่วยศาสตราจารย์<br>ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์<br>คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์                |
| 2. ดร. ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา  | อาจารย์<br>ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาล<br>และบริการการพยาบาล<br>คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. นางถนอม กิบาลศักดิ์         | พยาบาลวิชาชีพ 8<br>หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกละหิม<br>โรงพยาบาลหาดใหญ่  |
| 4. นางนภาศิริ โขติแก้ว         | พยาบาลวิชาชีพ 7<br>หัวหน้าห้องทำแผลฉีดยา<br>โรงพยาบาลสงขลานครินทร์   |
| 5. นางสาวนฤมล อุนมาศ           | พยาบาลวิชาชีพ 7<br>พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (APN)<br>โรงพยาบาลหาดใหญ่   |

