

# ประสิทธิผลของการนำใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

## Effectiveness of Implementing the Clinical Practice Guidelines for Traumatic Wound Pain Management at Emergency Department in Middle-level Hospital

บุญญาภัทร ชาทิพัฒนานันท์\*

Boonyapat Shatpattananunt\*

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 57100

School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand 57100

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนำใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ระหว่างเดือนสิงหาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุจำนวน 80 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มละ 40 ราย กลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ก่อนนำใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในช่วงสัปดาห์ที่ 9 หลังนำใช้แนวปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก และแบบประเมินประสิทธิผลของการนำใช้แนวปฏิบัติ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และนำเครื่องมือชุดที่ 3 หาความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .000$ ) และระยะเวลารอคอยได้รับยาแก้ปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .006$ ) แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีข้อเสนอแนะให้มีการนำใช้แนวปฏิบัติ ดังกล่าวในโรงพยาบาลระดับอื่น โดยปรับเปลี่ยนข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ ให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของหน่วยงาน

**คำสำคัญ :** การจัดการความปวด ปวด แผลอุบัติเหตุ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เคลฟเวอร์โมเดล

### Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effectiveness of implementing the clinical practice guidelines for traumatic wound management at the emergency department in a middle-level hospital during August-December 2016. The sample consisted of 80 traumatic wound patients selected with a simple random sampling method and divided into 2 groups with 40 subjects each. The control group comprised patients being admitted before the guidelines' implementation, while the experimental group's patients were admitted during the 9th week after the implementation. The instruments included the Traumatic Wound Pain Management Clinical Practice Guidelines (PMCPG-TW), the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE), and the questionnaire for assessing effectiveness of the PMCPG-TW's implementation. All instruments

were verified for content validity by 3 professional experts. Reliability of the 3rd instruments as determined by Cronbach's alpha was at .80. The collected data were analyzed with descriptive and inferential statistics.

The study results revealed that the overall satisfaction of patients in the experimental group was significantly higher than the control group ( $p = .000$ ), and their average waiting time for pain medication was shorter than the control group significantly ( $p = .006$ ). These results imply that the PMCPG-TW can be implemented effectively for emergency wound management in middle-level hospital. Hence, implementation of the guidelines is recommended for hospitals at other levels based on some adjustments according to the culture and context of the organization.

**Keywords :** Pain management, Pain, Traumatic wound, Emergency department, CLEVER Model

## บทนำ

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานด่านแรกของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและคุกคามชีวิต จากรายงานผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินประเทศออสเตรเลีย พบว่าร้อยละ 78-86 ของผู้ป่วยทั้งหมดมักเผชิญกับความปวด<sup>1</sup> สำหรับในประเทศไทยช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2546-2555) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มีสมาเหตุจากอุบัติเหตุ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>2</sup> ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุส่วนใหญ่มักมีแผลที่เกิดจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและความปวดร่วมด้วย<sup>3</sup>

ความปวดแผลอุบัติเหตุพบได้บ่อย ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน<sup>4</sup> ซึ่งความปวดแผลอุบัติเหตุเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน (acute pain) เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บทั้งในผิวหนังและรอบ ๆ แผล นอกจากนี้ความปวดแผลอุบัติเหตุยังเกิดจากการรักษาและการทำหัตถการต่าง ๆ เกี่ยวกับแผล เช่น การดูแลทำความสะอาดแผลเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวดและทุกข์ทรมานมากที่สุด โดยมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง<sup>5</sup> สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยได้หวั่นพบว่า กลุ่มตัวอย่างระบุว่า พวกเขาหวาดกลัวต่อการล้างแผลเพราะทำให้เกิดความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง<sup>6</sup>

ความปวดขณะล้างทำความสะอาดแผลอุบัติเหตุสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างมาก โดยมักแสดงออกในหลากหลายรูปแบบ เช่น กรีดร้องเสียงดัง ร้องไห้ครวญคราง นอกจากนี้ขณะรอทำแผลผู้ป่วยมักมีความเครียด หวาดกลัวกังวล สูงถึงร้อยละ 86.85 ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำแผล ทำให้พยาบาลเร่งรีบและทำแผล

ไม่สะอาดจนอาจทำให้เกิดการติดเชื้อที่แผลได้ในภายหลัง<sup>3</sup> นอกจากนี้ความปวดแผลที่เกิดขึ้นยังส่งผลให้แผลหายช้า งานวิจัยหนึ่งระบุว่า ความเครียดที่เกิดจากแผลเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการซ่อมแซมแผลเนื่องจากไซโตไคน์ที่ กระตุ้นการอักเสบ (pro-inflammatory cytokine) มีระดับลดลงมีผลต่อการกีดกันการทำงานของภูมิคุ้มกันร่างกาย<sup>7</sup> ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการหายของแผลในระยะแรกนั้นหมายถึงว่าผู้ป่วยที่ปวดแผลจะมีการหายของแผลล่าช้าจากปกติ

จากสถานการณ์ความปวดแผลอุบัติเหตุดังกล่าวข้างต้นทำให้หลายองค์กรให้ความสำคัญต่อการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุโดยช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมา ได้มีการจัดทำแนวปฏิบัติและข้อเสนอแนะที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุได้มาตรฐาน จำนวน 5 ฉบับ ได้แก่ สมาพันธ์การจัดการบาดแผลแห่งยุโรป (European Wound Management Association: EWMA), องค์การสุขภาพด้านแผลแห่งสหราชอาณาจักรอังกฤษและมอลลิเก้ (Wounds-UK and Molnlycke Health Care), WUWHS<sup>5</sup> และบริษัทโคลโพลาสท์ (Coloplast)<sup>8</sup> ในประเทศไทยช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุขึ้น 3 ฉบับโดย 2 ฉบับแรก คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการทำแผลอุบัติเหตุในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือพัฒนาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ไม่มีการประเมินประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติฯ และข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติฯ ไม่ครอบคลุมด้านการประเมินความปวดเมื่อแรกรับ ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นหลักที่สำคัญของการจัดการความปวด ส่วนแนวปฏิบัติฯ ฉบับที่ 3 ซึ่งคือ แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ที่พัฒนาและประเมินผล

ในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในภาคใต้<sup>3</sup> ถือว่ามีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากข้อเสนอแนะครอบคลุมทุกมิติของการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบบเจาะจงขนาดใหญ่ มีการประเมินประสิทธิภาพ จึงมีความเป็นไปได้ว่าหากนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้ในทางคลินิกจะได้ผลในเชิงบวก อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติฯ นี้ยังไม่เคยได้รับการประเมินประสิทธิภาพในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่า วัฒนธรรมและบริบทของหน่วยงานมีผลสำคัญอย่างมากต่อการนำใช้แนวปฏิบัติฯ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคลากรในหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องมีแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมองค์กร<sup>9</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะนำใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ<sup>3</sup> ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ที่มีข้อจำกัดและความแตกต่างจากโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในหลายด้าน เช่น ความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ วัสดุสำหรับทำแผล วัฒนธรรมของหน่วยงาน และอัตรากำลังของพยาบาล เป็นต้น ผลการศึกษาที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้เป็นความรู้ใหม่ในการนำเอา CLEVER Model มาเป็นแนวทางในการนำใช้แนวปฏิบัติฯ ที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์ อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการตัดสินใจต่อไปได้ว่า แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน<sup>3</sup> สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นต้นแบบให้แก่โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กที่จะพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุให้ก้าวสู่มาตรฐานระดับสากล ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางการตัดสินใจและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องตามมาตรฐานมากขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการนำใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

## สมมติฐาน

1. ระดับความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผล

อุบัติเหตุซึ่งได้รับการพยาบาลโดยการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุซึ่งได้รับการพยาบาลแบบปกติ

2. ระยะเวลารอที่จะได้รับยาแก้ปวดของกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุซึ่งได้รับการพยาบาลโดยการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุซึ่งได้รับการพยาบาลแบบปกติ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ (1) แบบจำลองเคลฟเวอร์ (CLEVER Model)<sup>9</sup> ที่อธิบายกระบวนการนำใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ ซึ่ง CLEVER Model พัฒนาโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและบริบทของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยเป็นหลัก มีแนวคิดหลักว่า การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นในหน่วยงานอย่างยั่งยืนหากหลักฐานเชิงประจักษ์มีความพอดีและเหมาะสมกับวัฒนธรรมของหน่วยงาน เนื่องจากวัฒนธรรมมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล CLEVER Model ประกอบ 3 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การละลาย (unfreezing) การเคลื่อนที่ (moving) และการแช่แข็ง (refreezing)<sup>6</sup> องค์ประกอบสำคัญ C (culture) วัฒนธรรมและบริบทของหอผู้ป่วย; L (leader) ผู้นำที่จะทำให้นำใช้แนวปฏิบัติฯ; E (effective driving change) การเปลี่ยนแปลงที่ขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ 12 กลยุทธ์ แบ่งเป็น 6 กลยุทธ์หลักซึ่งใช้ตลอดการนำใช้แนวปฏิบัติฯ ได้แก่ ผู้อุปถัมภ์การเปลี่ยนแปลง (change sponsor), นักต่อสู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (change champion), การประชุมกลุ่มเล็กหรือใหญ่ (small or large group meeting), การตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับ (audit and feedback) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และ 6 กลยุทธ์รองที่ใช้ในบางขั้นตอนของการนำใช้แนวปฏิบัติฯ ได้แก่ การให้ความรู้และการสื่อสาร (education session and communication), การใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก (external expert), การเผยแพร่แนวปฏิบัติฯ (dissemination), การช่วยเตือนความจำ (reminders), การติดตาม (monitoring, และการใช้สื่อสาธารณะต่าง ๆ (mass media); V (voice) การแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย, E (empowerment) การเสริมสร้างพลังอำนาจ และ R (re-audit) การตรวจสอบซ้ำ การติดตาม ควบคุม และประเมินผลการนำใช้แนวปฏิบัติฯ และ (2) มาตรฐานบริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับ

ทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ<sup>10</sup> ใช้ประเมินผลการนำใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยเลือกหมวดที่ 3 มาตรฐานที่ 2 คือ ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยประเมินจากระยะเวลารอคอยที่ได้รับยาแก้ปวด และมาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในคุณภาพการบริการพยาบาล โดยประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

## นิยามศัพท์

แผลอุบัติเหตุ หมายถึง แผลที่จากสิ่งแปลกปลอมที่ทำลายเนื้อเยื่อ โดยมีจากหลายสาเหตุ เช่น กระสุนปืน ระเบิด อุบัติเหตุจากอุตสาหกรรม การตกจากที่สูง และอุบัติเหตุจากรถยนต์ เป็นต้น

โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อน มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาหลักทุกสาขาและสาขารองที่จำเป็น เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (M1)

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง คือ วัดผลก่อนที่จะนำใช้แนวปฏิบัติ และหลังนำใช้แนวปฏิบัติ ไปแล้ว 9 สัปดาห์ ศึกษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ในจังหวัดเชียงราย

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ในจังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในช่วงเดือนสิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2559 คัดเลือกตามเกณฑ์ คือ อายุ 15-60 ปี ระดับความรู้สึกตัวดี มีคะแนนกลาสโกว์ โคม่า (Glasgow Coma Score) เท่ากับ 15 มีสัญญาณชีพปกติ ไม่ได้รับการทำหัตถการใด ๆ ที่ต้องได้รับการฉีดยาชาาระงับความปวดที่แผลอุบัติเหตุ ไม่เป็นผู้ป่วยจากการฆ่าตัวตาย ไม่เมาสุราหรือเป็นโรคทางจิตเวช ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย สามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเองโดยประเมินจากมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข

(Numeric Rating Scale: NRS) มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

นอกจากนี้ผู้วิจัยเลือกวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการสอบถามแบบ 1 คนเว้น 1 คน จนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งสองกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากงานวิจัยก่อนหน้านี้<sup>3</sup> ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .70 และนำมาประมาณขนาดตัวอย่างจากตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 32 ราย แต่เพื่อป้องกันการยุติเข้าร่วมในการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 รายต่อกลุ่ม รวมทั้งหมด 80 ราย<sup>11</sup>

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม วันที่ 27 มิถุนายน 2559) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม วันที่ 19 สิงหาคม 2559) กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและทำการทดลอง ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในการดูแลประวัติการรักษาในปัจจุบันเพื่อบันทึกข้อมูล ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยต้องทำการลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ในทันทีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะการนำใช้แนวปฏิบัติ (unfreezing, moving, และ refreezing step) และระยะการประเมินประสิทธิภาพของการนำใช้แนวปฏิบัติ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการขอจริยธรรมการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการศึกษา เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา

วิธีการศึกษา และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยจึงเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นบุคลากรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อป้องกันความลำเอียงในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง และเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจำนวน 40 ราย ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนที่จะมีการนำใช้แนวปฏิบัติฯ ทั้งนี้เพื่อป้องกันตัวแปรกวน (confounding variable) ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะจำข้อแนะนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงทำให้มั่นใจว่าการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามที่เกิดขึ้นเป็นประสิทธิผลจากการนำใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างแท้จริง

ระยะที่ 2 การนำใช้แนวปฏิบัติฯ ดำเนินการตาม CLEVER Model<sup>9</sup> แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน โดยทุกขั้นตอนใช้กลยุทธ์หลัก (ดังที่กล่าวแล้วข้างต้นในกรอบแนวคิด) และกลยุทธ์รอง มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Unfreezing Step มีวัตถุประสงค์เพื่อให้โน้มน้าวให้ผู้มีส่วนร่วม คือ พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 14 ราย เห็นความสำคัญของปัญหา และละลายทัศนคติและพฤติกรรมแบบเดิมเพื่อเปลี่ยนแปลงไปสู่การจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติฯ ใหม่ โดยมีการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของหน่วยงานตามแนวคิดของ SWOT Analysis คัดเลือก change sponsor และ change champion ซึ่งหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทำหน้าที่เป็น change sponsor เนื่องจากเป็นบุคคลที่สามารถอนุมัติการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นในหน่วยงาน สำหรับ change champion มีจำนวน 2 คน โดยคนหนึ่งปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า ขณะที่อีกคนปฏิบัติงานแบบขึ้นเวร ทำหน้าที่ติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกคนซึ่งอยู่ในช่วงเวรบ่ายและเวรดึก ทั้งคู่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี มีความเต็มใจในการทำหน้าที่ และให้ความร่วมมือที่จะนำใช้แนวปฏิบัติฯ ใช้กลยุทธ์รอง คือ education session and communication และ mass media มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุด้วยการจัดการประชุมและเชิญ external expert มาบรรยายให้ความรู้ พร้อมทั้งกระตุ้นให้พยาบาลเกิดแรงผลักดันให้อยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 2 Moving Step วัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลก้าวไปข้างหน้าและนำใช้แนวปฏิบัติฯ ในหน่วยงาน โดยมี change champion เป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ต่าง ๆ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของพยาบาลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติฯ เพื่อปรับให้สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของหน่วยงาน ซึ่งไม่มีการปรับแก้ไขข้อปฏิบัติสาระสำคัญหลักใด ๆ มีเพียงการปรับรายละเอียดในหัวข้อย่อยเกี่ยวกับการเลือกและใช้วัสดุปิดแผลที่ช่วยให้แผลมีความชุ่มชื้น เช่น ไฮโดรเจล ไฮโดรไฟเบอร์ เนื่องจากไม่มีใช้ในหน่วยงานที่ จากนั้นนำสรุปเป็นร่างแนวปฏิบัติฯ ฉบับปรับปรุง ส่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกตามแบบ AGREE<sup>12</sup> ใช้กลยุทธ์รองคือ dissemination และ reminder มีการสร้างบรรยากาศในการนำใช้แนวปฏิบัติฯ โดยนำมาตรวัดความปวดไปวางไว้ในบริเวณที่ง่ายต่อการหยิบใช้งาน และติดแผ่นไวนิลที่อธิบายขั้นตอนของแนวปฏิบัติฯ ไว้ในห้องทำแผล

ขั้นตอนที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลคงไว้ซึ่งการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้อย่างสม่ำเสมอในการปฏิบัติกรพยาบาล และทำให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกลายเป็นส่วนหนึ่งในวัฒนธรรมของหน่วยงาน ใน 8 สัปดาห์แรก change champion ทำหน้าที่ติดตามพยาบาลอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลย้อนกลับและเสริมแรงบวกแก่พยาบาล และติดตามเป็นระยะในสัปดาห์ที่ 9 เป็นต้นไป ใช้กลยุทธ์รองคือ reminder และ audit and feedback

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของการนำใช้แนวปฏิบัติฯ เก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 9 หลังนำใช้แนวปฏิบัติฯ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุซึ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 ราย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติบรรยาย การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยใช้สถิติอิสระ และการเปรียบเทียบระยะเวลาการได้ยาแก้ปวดใช้สถิติแมนนิตนีย์ยูเทสท์ เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ

### เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่

1. แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน<sup>3</sup> ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความปวดและคัดกรองความปวดเมื่อแรกรับ

การจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ การติดตามผล  
การจัดการความปวดและการบันทึกทางการพยาบาล  
และการจัดการความปวดขณะปฏิบัติกิจกรรมการทำแผล ตรวจ  
สอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมิน  
คุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกตาม AGREE<sup>12</sup> ได้เท่ากับ  
90 เปอร์เซนต์

2. แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทาง  
คลินิกตาม AGREE<sup>12</sup>

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล คือ

1. แบบสอบถามการประเมินประสิทธิผลจาก  
การนำใช้แนวปฏิบัติ<sup>13</sup> ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ข้อมูลส่วน  
บุคคลและด้านสุขภาพ ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด  
แผลอุบัติเหตุที่ได้รับ และระยะเวลาการได้รับยาแก้ปวด

แบบสอบถามตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา  
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามดังกล่าวมา  
คำนวณดัชนีความสอดคล้องได้ค่า S-CVI-Ave และ I-CVI  
เท่ากับ 1.00<sup>14</sup> จากนั้นนำมาหาความเที่ยงโดยการหาความ  
สอดคล้องภายใน ใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้  
เท่ากับ .80

## ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุจำนวน 80 ราย  
มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 อายุโดยเฉลี่ย 40.62 ปี  
(SD = 15.6) ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ความปวดในอดีต  
ร้อยละ 60 ไม่มีประสบการณ์ความปวดที่เกี่ยวข้องกับแผลอุบัติเหตุ  
ร้อยละ 58.7 สามในสี่มีสาเหตุของการเกิดแผลอุบัติเหตุจาก  
อุบัติเหตุทั่วไป ร้อยละ 75 รองลงมาคือ อุบัติเหตุจากรถ ร้อยละ  
25 โดยแผลอุบัติเหตุที่พบกว่าครึ่งหนึ่งเป็นแผลถลอก ร้อยละ  
66.3 ความปวดแรกเริ่มส่วนใหญ่อยู่ระดับเล็กน้อย คือ มีค่า  
ความรุนแรงความปวด 1-3 คะแนน เมื่อจำแนกข้อมูลการรักษา  
ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา  
แก้ปวด ร้อยละ 75 ผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดส่วนใหญ่จะได้รับ  
ก่อนการทำแผล ร้อยละ 13.8 ยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด  
คือ พาราเซตามอล ร้อยละ 45 รองลงมาคือ ไดโคเฟนแนค  
ร้อยละ 40 ตามลำดับ การบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยาที่ใช้มาก  
ที่สุดคือ การอยู่เป็นเพื่อน พูดคุย สัมผัส ร้อยละ 67.5 รองลงมา  
คือ การจัดทำที่ผู้ป่วยสุขสบาย ร้อยละ 66.3 ตามลำดับ เมื่อ  
เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม  
ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความพึงพอใจโดยรวม ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทีอิสระ (N = 80)

| กลุ่ม                                            | M (SD)      | Min | Max  | t-values | P       |
|--------------------------------------------------|-------------|-----|------|----------|---------|
| กลุ่มควบคุม<br>(ก่อนนำใช้แนวปฏิบัติ)<br>(n = 40) | 3.79 (0.36) | 3   | 5    | -10.139  | .000*** |
| กลุ่มทดลอง<br>(หลังนำใช้แนวปฏิบัติ)<br>(n = 40)  | 4.54 (0.30) | 4   | 4.93 |          |         |

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาการได้รับยาแก้ปวด (นาทีก่อนนำใช้แนวปฏิบัติ) ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ  
แมนวิทนี (N = 20)

| กลุ่ม                                         | Min | Max | Mean  | Mean Rank | Sum of Rank | Z     | P      |
|-----------------------------------------------|-----|-----|-------|-----------|-------------|-------|--------|
| กลุ่มควบคุม<br>(ก่อนนำใช้แนวปฏิบัติ) (n = 10) | 20  | 112 | 44.20 | 13.80     | 138         | -2.52 | .006** |
| กลุ่มทดลอง<br>(หลังนำใช้แนวปฏิบัติ) (n = 10)  | 10  | 30  | 22    | 7.20      | 72          |       |        |

## ประสิทธิผลของการนำใช้นโยบายปฏิบัติ มีดังนี้

1. ความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยพบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มทดลอง ( $M = 4.54$ ,  $SD = 0.30$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 3.79$ ,  $SD = 0.36$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -10.14$ ,  $p = .000$ ) (ตารางที่ 1)
2. ระยะเวลาการได้รับยาแก้ปวด พบว่า กลุ่มผู้ป่วยหลังนำใช้นโยบายปฏิบัติ มีระยะเวลาการรอการได้รับยาแก้ปวดเฉลี่ย 22 นาที (ค่าต่ำสุด = 10 นาที ค่าสูงสุด = 30 นาที) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยก่อนนำใช้นโยบายปฏิบัติ ที่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการรอการได้รับยาแก้ปวด 44.2 นาที (ค่าต่ำสุด = 20 นาที ค่าสูงสุด = 112 นาที) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระยะเวลาการได้รับยาแก้ปวด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\mu = 17$ ,  $Z = -2.52$ ,  $p = .006$ ) และค่าเฉลี่ยอันดับของกลุ่มผู้ป่วยหลังนำใช้นโยบายปฏิบัติ ต่ำกว่าก่อนนำใช้นโยบายปฏิบัติ (mean rank = 7.20 และ 13.80 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

## สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการนำใช้นโยบายปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก อภิปรายผลตามลำดับของสมมติฐานได้ดังนี้

1. ด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ พบว่า ระดับความพึงพอใจของกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุซึ่งได้รับการพยาบาลโดยการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ (กลุ่มทดลอง) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุซึ่งได้รับการพยาบาลแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจรายข้อพบว่า กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกข้อ โดยพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านอายุ ประสบการณ์ความปวด สาเหตุการเกิดแผลอุบัติเหตุ ชนิดของแผลอุบัติเหตุ และระดับความปวดของแผลอุบัติเหตุที่อยู่ในระดับเล็กน้อยทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความปวดของพยาบาลที่เป็นไปตามแนวปฏิบัติ เช่น ความสนใจ-เอาใจใส่เมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด ทำความสะอาดแผลด้วยความนิ่มนวล บอกกล่าวเป็นระยะว่าจะได้รับการรักษาต่อไปอย่างไร และมีการติดตามผลการจัดการความปวดอย่าง

ต่อเนื่อง เป็นต้น ผู้ป่วยจึงรับรู้ได้ถึงการใช้ใจดูแลอย่างสม่ำเสมอ เกิดความรู้สึกประทับใจ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจที่เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีคะแนนความพึงพอใจด้านการดูแลจิตใจอยู่ในระดับมาก โดยผู้ป่วยรับรู้ได้จากความใส่ใจของเจ้าหน้าที่<sup>15</sup>

การปฏิบัติของพยาบาลดังกล่าวข้างต้นอาจเกิดจากนำใช้นโยบายปฏิบัติ เป็นระยะเวลานานกว่า 9 สัปดาห์ ตามรูปแบบของ CLEVER Model<sup>9</sup> ที่มีการให้ความรู้แก่พยาบาลผู้นำใช้นโยบายปฏิบัติ ทูกราย การเสริมแรง และให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และรับรู้ถึงความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความมั่นใจและระดับความรู้เกี่ยวกับหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลคือ หัวใจสำคัญในการนำใช้นโยบายปฏิบัติในการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก<sup>16</sup> อีกทั้งแนวปฏิบัติ ดังกล่าวยังมีความพอดีและเหมาะสมกับวัฒนธรรมของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก 120 เตียง โดยไม่มีการปรับแก้ไขข้อปฏิบัติสาระสำคัญหลักใด ๆ และพยาบาลมีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ เปิดโอกาสให้พยาบาลทุกคนได้พิจารณาเนื้อหาของแนวปฏิบัติ มีการสร้างเป้าหมายร่วมกัน ทำให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่ยึดติดกับการปฏิบัติในรูปแบบเดิม และให้ความร่วมมือในการนำใช้นโยบายปฏิบัติ อย่างจริงจัง การเปลี่ยนแปลงในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุจึงเกิดง่ายขึ้น<sup>9</sup> นอกจากนี้ผู้นำที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง change sponsor และ change champion ล้วนผลักดันให้การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุในหน่วยงานเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งว่าผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ดีควรเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นสามารถสนับสนุนเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จและลดแรงต้านในกระบวนการเปลี่ยนแปลงได้<sup>17, 18</sup>

2. ระยะเวลาที่รอได้รับยาแก้ปวดของกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุซึ่งได้รับการพยาบาลโดยการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ (กลุ่มทดลอง) ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุซึ่งได้รับการพยาบาลแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\mu = 17$ ,  $Z = -2.52$ ,

$p = .006$ ) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อพยาบาลมีการนำใช้นาฬิกาในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ ซึ่งสาระสำคัญของนาฬิกาได้กำหนดให้มีการสอบถามอาการปวดทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดโดยเร็ว และการให้ยาแก้ปวดทันทีที่ผู้ป่วยร้องขอ ทำให้การจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการได้รับยาแก้ปวด ที่สั้นกว่ากลุ่มควบคุม ร่วมกับนาฬิกา นี้มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน พยาบาลสามารถจัดการความปวดของ ผู้ป่วย ได้ภายในขอบเขตวิชาชีพอย่างเหมาะสมและถูกต้อง ทำให้กลุ่มทดลองซึ่งส่วนใหญ่มีระดับความปวดเล็กน้อย ได้รับยาพาราเซตามอลในการบรรเทาปวดเบื้องต้นทันที ซึ่งพาราเซตามอลเป็นยาบรรเทาความปวดที่มีความปลอดภัย เมื่อใช้ในปริมาณที่เหมาะสม และลดความปวดในระดับเล็กน้อย ได้เป็นอย่างดี

### ข้อเสนอแนะ

นาฬิกาในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป ขนาดเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการนำใช้นาฬิกา ดังกล่าวในโรงพยาบาลระดับอื่น เพื่อคุณภาพการจัดการ ความปวดแผลอุบัติเหตุ อย่างไรก็ตาม หากมีการนำใช้ในบริบท ของหน่วยงานที่แตกต่างกัน ควรปรับเปลี่ยนข้อเสนอแนะ ของนาฬิกา ดังกล่าวให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและ บริบทของหน่วยงาน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของการนำใช้นาฬิกา อย่างต่อเนื่องในระยะ 6 และ 12 เดือน เพื่อให้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความยั่งยืน
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำใช้นาฬิกา อื่นๆ ภายใต้กรอบแนวคิดของ CLEVER model เพื่อเป็นการสร้างแรงบันดาลใจให้แก่พยาบาลและผู้สนใจ ได้เห็นว่า การนำงานวิจัยในวารสารมาต่อยอดให้เกิดประโยชน์ ไม่ใช่เรื่องยากหากรู้จักการนำกลยุทธ์ต่าง ๆ มาใช้ให้เหมาะสม

### กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณ วิจัยของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ทุนพัฒนานักวิจัย

### References

1. National Institute of Clinical Studies. Emergency care acute pain management manual. Australia: Commonwealth of Australia; 2011.
2. Bureau of Policy and Strategy. Summary report of illness B.E. 2012. Office of the Permanent Secretary, MoPH, 2012.
3. Nuchaiplot P, Petpichetchian W, Sangchan H. Development and evaluation of the emergency department traumatic wound pain management guidelines. NURS J. 2014; 41: 88-98. (In Thai)
4. Wederoth BR, Kaneda ET, Amini A, Amini R, Patanwala AE. Morphine versus fentanyl for pain due to traumatic injury in Emergency Department. J Trauma Nurs. 2013; 20: 10-5.
5. Shatpattananunt, B. Quality of pain management during wound-dressing in clients with traumatic wound at traumatic and emergency department of general hospital and regional hospital. Master dissertation: Prince of Songkla University, 2011.
6. Chen Yen-Chin, Wang Yu-Chun, Chen Wei-Kung, Smith M, Huang Hsiang-Ming, Huang Li-Chi. The effectiveness of health education intervention on self-care of traumatic wound. J Clin Nurs. 2013; 22: 2499-507.
7. Bowers K., Barrett S. Wound-related pain: Features, assessment and treatment. J Prim Health Care. 2009; 19: 37-45.

8. Bowers K, Barrett S. Wound-related pain: features, assessment and treatment. *Nurs Stand Spec Suppl.* 2010; Autumn: 3-13.
9. Shatpattananunt B, Petpichetchian W, Kitrungrrote L. Development of the change implementation strategies model regarding evidence-based chronic wound pain management. *Pac Rim Int J Nurs Res.* 2015; 19: 359-72.
10. Thailand Nursing and Midwifery Council. The national standards of care for nursing and midwifery at the secondary and tertiary level. Thailand Nursing and Midwifery Council Officer, 2005.
11. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization (5<sup>th</sup>ed). St. Louis: Elsevier Saunders; 2005.
12. AGREE Collaboration. Appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) Instrument. London: St. George's Hospital Medical School, 2001.
13. Thongchai C. The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE). Faculty of Nursing, Chaing Mai University; 2004. (In Thai)
14. Nuchaiplot P. Development and evaluation of the traumatic wound pain management clinical practice guidelines at an emergency department. Master dissertation: Prince of Songkla University, 2014.
15. Anuchon S. Factors effected to client satisfaction toward the services of the emergency accidental room at Phramongkutklao hospital. *JRTAN.* 2013; 14: 159-169. (In Thai)
16. Saunder H, Vehvilainen-Julkunen K., Stevens KR. Effectiveness of an education intervention to strengthen nurses' readiness for evidence-based practice: A single-blind randomized controlled study. *ANR.* 2016; 31: 175-85.
17. Hussain ST, Lei S, Akram T, Haider MJ, Haider SH, Ali M. Kurt Lewin's process model for organizational change: The role of leadership and employee involvement: A critical review. *JK.* 2016; 26: 1-7.
18. Anuchon S. Factors effected to client satisfaction toward the services of the emergency accident room at Phramongkutklao hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2013;14 (3): 159-169. (in Thai)