

การพัฒนาและการประเมินผลคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด Development and Evaluation of Pain Management Quality in Accident and Emergency Room Mueang suang Hospital, Roi-Et

สะอาด กองทุ่งมน

Saad Kongtungmon

Corresponding author : Email : Pinksaad31@gmail.com

(Received : June 29, 2020 ; Revised : July 20, 2020 ; Accepted : July 30, 2020)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : การพัฒนาและการประเมินผลคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิง และพัฒนา (Research and development)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 8 คน เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล
เมืองสรวง และผู้ใช้บริการ จำนวน 153 คนที่มีตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก กลุ่มตัวอย่างได้เข้ารับการพัฒนาโดย
ใช้โปรแกรมพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์
เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน และ % difference

ผลการวิจัย : กระบวนการจัดการความปวดของบุคลากรในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวมเพิ่มร้อยละ 61.9
ส่งผลให้ผู้ใช้บริการมีความปวดของลดลงอยู่ในระดับมาก (44.4%) และมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ใน
ระดับมาก (49.7%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดส่งผลให้ส่งผลให้
ผู้ใช้บริการมีความปวดของลดลง และมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด

คำสำคัญ : การจัดการความปวด ; อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ABSTRACT

Purposes : To development and evaluation of pain management quality in accident and emergency room in Mueang suang Hospital, Roi-Et.

Design : Research and development

Materials and method : Of 8 eligibles were personnel working in accident and emergency room at Mueang Suang Hospital and 153 were service users who meet the inclusion criteria and exclusion criteria. The samples were developed using the accident and emergency room pain management quality improvement program for 12 weeks. Data were collected using questionnaires and interviews. The data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation and % difference.

Main finding : The overall pain management process of accident and emergency room personnel increased by 61.9%, resulting in a significant reduction in pain relief (44.4%), and satisfaction with pain management (49.7%).

Conclusion and recommendations : This program intervention was effected in reduce of pain for participants and satisfaction with pain management.

Keywords : Pain management ; Accident and emergency

บทนำ

ความปวดเป็นอาการสำคัญอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยมากในทุก ๆ ส่วนของร่างกาย อาการนี้ทำให้เกิดความรู้สึกรบกวนรำคาญแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญองค์การอนามัยโลกได้ถือว่าความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th Vital sign)¹ กล่าวได้ว่าความปวดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ใช้บริการมารับการรักษาที่หน่วยตรวจฉุกเฉิน² จากการสำรวจในประเทศอเมริกาพบว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีแผลอุบัติเหตุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลร้อยละ 23.0 และจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าร้อยละ 25.0 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุจากการชนและสาเหตุจากบาดเจ็บอื่น ๆ³ ผู้ป่วยอุบัติเหตุเหล่านี้มักมีแผลอุบัติเหตุที่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายร่วมด้วยเสมอ โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เห็นได้ชัดจากภายนอกและเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายในก่อให้เกิดความปวดร่วมด้วยเสมอ ทั้งนี้ความรุนแรงของความปวดจะขึ้นอยู่กับขนาดของบาดแผลและตำแหน่งอวัยวะที่ได้รับการบาดเจ็บ ซึ่งความปวดที่มีลักษณะเฉียบพลันเกิดขึ้นทันทีภายหลังการบาดเจ็บกรณีปวดจาก

แผลอุบัติเหตุความปวดมักมีความรุนแรง⁴ และจะรุนแรงมากขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยทำการล้างบาดแผล

จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ใช้บริการที่มีความปวดมีความคาดหวังที่จะได้รับการบรรเทาความปวดถึงร้อยละ 72.0 อีกทั้งคาดหวังว่าความปวดจะต้องหายไปโดยสิ้นเชิงถึงร้อยละ 18.0⁵ ความปวดที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และพฤติกรรม ดังนั้น ผู้ใช้บริการจึงควรได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพซึ่งพึงต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดนโยบายสนับสนุนการจัดการความปวดเตรียมบุคลากรสุขภาพให้มีความรู้และมีพฤติกรรมการจัดการความปวดที่เหมาะสม ได้แก่ การประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา การประเมินความปวดซ้ำ และการบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดรวมทั้งมีการเตรียมวัสดุอุปกรณ์พร้อมใช้เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

แผลอุบัติเหตุ (Traumatic wound) เกือบทั้งหมดเป็นแผลที่ไม่สะอาดและมีการปนเปื้อน (Contaminated wound) จำเป็นต้องได้รับการทำความสะอาดแผล และลด

อัตราการอักเสบและติดเชื้อบริเวณแผล การชะล้างทำความสะอาดแผล แม้จะเป็นการรักษาแต่ก็เป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้ความปวดรุนแรงมากขึ้นทำให้ผู้ป่วย ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความปวด ผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการล้างแผล ทำให้แผล ไม่สะอาดเกิดการอักเสบติดเชื้อของแผลส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุนอกเหนือจากการรักษาอวัยวะและรักษาชีวิตก็คือการดูแล เพื่อบรรเทาความปวดและป้องกันไม่ให้ความปวดรุนแรง จนส่งผลกระทบต่อไม่พึงประสงค์ดังกล่าวแล้วข้างต้น โดย ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินและจัดการความปวดที่ดี หน่วยงานจึงควรกำหนดให้ความปวดเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินและบันทึกเป็นสัญญาณชีพที่ห้า⁶ ทั้งนี้ควรครอบคลุมถึงความปวดจากแผลอุบัติเหตุด้วย

กล่าวได้ว่าการจัดการความปวดในหน่วยตรวจฉุกเฉินส่วนใหญ่ยังไม่มีประสิทธิภาพ โดยพบความล่าช้าในการจัดการความปวดให้กับผู้ใช้บริการ⁷ พยาบาลร้อยละ 90.0 มีการประเมินระดับความปวดได้ต่ำกว่าการรายงานจริงของผู้ใช้บริการ⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาในหน่วยตรวจฉุกเฉินของประเทศไทย พบว่า ผู้ใช้บริการได้รับการประเมินความปวดก่อนและหลังการให้กิจกรรมเพื่อบรรเทาความปวดเพียงร้อยละ 34.80 และ 16.00 ตามลำดับ⁹ นอกจากนี้จากการศึกษาในหน่วยตรวจฉุกเฉินบางแห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าไม่มีการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวดการจัดการความปวดและการประเมินความปวดซ้ำ¹⁰ รวมทั้งผู้ใช้บริการที่หน่วยตรวจฉุกเฉินเพียงร้อยละ 30.0 มีความพึงพอใจในภาพรวมของการจัดการความปวด¹¹ ส่งผลให้การดำเนินของโรคก้าวหน้าเร็วขึ้น รวมทั้งอาจจะเกิดความไม่พึงพอใจในบริการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการของหน่วยงานและชื่อเสียงของโรงพยาบาลได้คณะกรรมการรับรองมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ ได้กำหนดให้การประเมินและการจัดการความปวดเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยได้กำหนดให้การจัดการความปวดตามมาตรฐานเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่ทุกสถานบริการต้องจัด

ให้กับผู้ใช้บริการทุกรายตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานต้องให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดและมีการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวด

การจัดการความปวดเป็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการรายงานของผู้ใช้บริการว่าเป็นผลจากการจัดการความปวดใช้ประเมินประสิทธิผลของการจัดการความปวดสำหรับการศึกษาในหน่วยตรวจฉุกเฉิน ที่มีความเร่งรีบ และผู้ใช้บริการมีภาวะฉุกเฉิน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ตัววัดผลลัพธ์การจัดการความปวดของสมาคมความปวดแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกาได้แก่ความปวดที่บรรเทาลงและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการจัดการความปวดของ Gordon et al.¹² ซึ่งการจัดการความปวดในหน่วยตรวจฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพเป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกคนในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุด มีความใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการมากที่สุด จึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพพยาบาลทั้งทางด้านความรู้ทัศนคติและทักษะด้านการจัดการความปวด¹³ ร่วมกับปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ตลอดจนนโยบายในหน่วยตรวจฉุกเฉิน เพื่อส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานด่านแรกของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและคุกคามชีวิตจากรายงานผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินประเทศออสเตรเลียพบร้อยละ 78-86 ของผู้ป่วยทั้งหมดมักเผชิญกับความปวด¹⁴ ส่วนในประเทศไทยช่วงทศวรรษที่ผ่านมาพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุส่วนใหญ่มักมีแผลที่เกิดจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและความปวดร่วมด้วยเช่นเดียวกับการรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยอุบัติเหตุของงานอุบัติเหตุโรงพยาบาลเมืองสรวงตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2563 พบว่า ผู้รับบริการอุบัติเหตุที่เกิดจากสาเหตุเกิดจากรถจักรยานยนต์ รถที่ใช้เท้าถีบ รถกระบะปิกอัพ และรถเก๋ง จำนวน 390 ราย 390 ราย 245 ราย 347 ราย และ

262 ราย ตามลำดับ เมื่อนับเป็นจำนวนครั้งพบว่า 458 ครั้ง 242 ครั้ง 446 ครั้ง 394 ครั้ง และ 273 ครั้งตามลำดับ¹⁵ การบาดเจ็บเกิดจากแรงกระทำภายนอกร่างกายต่อนอเยื่อ บริเวณที่ถูกกระทำ อุบัติเหตุจากรถทางบกจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญ เช่น สมองไขสันหลังและทรวงอก แรงที่กระทำต่อนอเยื่อจะแปลงเป็นสัญญาณความปวดส่งผ่านทางระบบประสาทส่วนปลายเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นความปวดเฉียบพลันรุนแรง ความรุนแรงของความปวดสัมพันธ์กับตำแหน่ง ชนิด และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ได้รับ อีกทั้งระดับคะแนนความรุนแรงการบาดเจ็บ (Injury severity score [ISS]) ที่มากกว่า 14 คะแนน จะสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางการพยาบาลและคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป หากความปวดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อ อัตราการตาย ความพิการ ระยะเวลาการรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล เสียโอกาสและหน้าที่การงานในอนาคต รวมถึงความทุกข์ทรมานจากความปวด¹⁶

แนวคิดพรืดโปรซีด (PRECEDE - PROCEED model) ของ Green & Kreuter¹⁷ เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย คือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัย ภายใน และภายนอกบุคคล ดังนั้น การดำเนินงาน เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระดับบุคคล เพื่อค้นหาปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเพื่อลดความเจ็บป่วยเท่านั้น ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) โดยในขั้นตอนที่ 4 อธิบายถึงองค์ประกอบของ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าเกิดจากปัจจัยที่ส่งผล กระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายใน และภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ทั้งสามปัจจัยจะมีความแตกต่างกันในการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ทั้งสามปัจจัยจำเป็นต้องใช้

ร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการสร้าง แรงจูงใจ การสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นการวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต้องคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยทั้งสามส่วนที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพในการนำมาจัดกระทำร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ ซึ่งแนวคิดนี้สามารถพัฒนาศักยภาพและพฤติกรรมของบุคคลได้ โดยมีหลักการที่สำคัญคือ เน้นการแก้ไขปัญหาจากฐานความเข้าใจในสถานการณ์จริงการจัดการปัจจัยทั้งปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกขั้นตอน จึงทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดำรงอยู่อย่างยั่งยืน ในทำนองเดียวกับการศึกษาซึ่งพบว่า มีผู้นำแนวคิดพรืด โปรซีดมาใช้วางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น โครงการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับเด็ก พบว่า แนวคิดนี้ก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง อาจารย์ และผู้บริหารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อเด็ก¹⁸

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบ และการส่งเสริมศักยภาพการจัดการความปวดของบุคลากรในหน่วยตรวจฉุกเฉินให้มีการพัฒนา คุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้กรอบแนวคิดพรืดโปรซีด ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยตรวจฉุกเฉินทั้ง 8 ขั้นตอน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ และผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการความปวดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การพัฒนาและการประเมินผลคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมประเมินผลคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการ

ความปวดที่พัฒนาจากการศึกษาพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม บริบท ปัจจัยตลอดจนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ ความปวดในสถานการณ์จริง สนับสนุนการมีส่วนร่วม ของพยาบาล 8 ขั้นตอน ตามกรอบแนวคิดพรชีด โพริชิต ของ Green & Kreuter¹⁷ ได้แก่ ขั้นตอน ที่ 1 การประเมิน วินิจฉัยด้านสังคม ขั้นตอน ที่ 2 การประเมินวินิจฉัยด้าน ระบาดวิทยา พฤติกรรมและสิ่ง แวดล้อม ขั้นตอน ที่ 3 การประเมินวินิจฉัยด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา ขั้นตอน ที่ 4 การประเมินวินิจฉัยด้านการ บริหารและ นโยบายและการวางแผนทางการจัดการกิจกรรม ขั้นตอน ที่ 5 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ขั้นตอน ที่ 6 การประเมินผลกระบวนการ ขั้นตอน ที่ 7 ประเมินผล กระทบ และขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลลัพธ์ ซึ่งจะ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการจัดการความปวดที่มี ประสิทธิภาพและดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืน ผลักดันให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการความปวด ได้แก่ ความปวดที่ บรรเทาลงและความพึงพอใจของผู้ใช้ บริการที่ห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉินต่อการจัดการความปวด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development study) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาล วิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสรวง จำนวน 8 คน และผู้ใช้บริการที่ห้อง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสรวง โดยเลือกกลุ่ม ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก คือ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีความปวด รู้สึกตัวดีและยินยอมเข้า ร่วมการวิจัย จำนวน 153 คน ระยะเวลาการศึกษาระหว่าง เดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้บันทึกข้อมูลของพยาบาล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ได้ค่า ดัชนี ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 (2) แบบสอบถาม ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดของพยาบาล ซึ่งพัฒนาโดย เฟอร์เรล และแมคแคฟเฟอร์รี่ ที่แปลโดยใช้ เทคนิคการแปล

ย้อนกลับ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์สห สัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.89 (3) แบบบันทึกข้อมูล พฤติกรรมการจัดการความปวดของพยาบาลด้านปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 2) เครื่องมือที่เอื้ออำนวยต่อ การจัดการความปวดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัย สร้างขึ้นจากตำราและหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งได้รับการ ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน จากนั้นนำข้อ เสนอแนะมาปรับปรุงก่อนนำ ไปใช้จริง ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ของผู้ใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) แบบ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้ บริการ (2) แบบสัมภาษณ์ความปวดที่บรรเทาของของผู้ใช้ บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่แปลโดยใช้เทคนิคการ แปลย้อนกลับ และ (3) แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของ ผู้ใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อการจัดการความ ปวด ซึ่งพัฒนาโดยสมาคม ความปวดแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ที่แปลโดยใช้เทคนิค การแปลย้อนกลับ และ (4)คำถามปลายเปิดให้เสนอข้อแนะ นำ ซึ่ง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรง คุณวุฒิจำนวน 5 คน จากนั้นนำข้อ เสนอแนะมาปรับปรุง ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย หลังจากได้รับ การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว ผู้วิจัยได้อธิบาย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล การ เก็บข้อมูลเป็นความลับ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไป โดยยินดี และความสมัครใจของบุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและ ผู้ใช้บริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจเข้าร่วม การวิจัย แล้วผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้า ร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ด้วยตัวเอง ตามกรอบแนวคิดพรชีดโพริชิตทั้ง 8 ขั้นตอน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดคือ ขั้นตอน ที่ 1 ผู้ วิจัยเข้าพบ กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการที่ห้องอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินก่อนการใช้ โปรแกรม เพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ความปวดที่ บรรเทาลง และความพึงพอใจต่อการจัดการ

ความปวด ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้านพฤติกรรม การจัดการความปวดของพยาบาลด้านปฏิบัติการ ทั้ง 5 พฤติกรรม โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และร่วม กันวิเคราะห์ ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมในการจัดการความ ปวดในหน่วยตรวจ ฉกฉด ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยรวบรวม ข้อมูลจากพยาบาลด้าน ปฏิบัติการทั้ง 3 ปัจจย ดังต่อไปนี้ (1) ปัจจยชักนำ คือแจก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความรู้และ ทศนคติเกี่ยวกับความปวด (2) ปัจจยเสริมแรง คือ สอบถาม เกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการ ความปวดใน หน่วยงาน และ (3) ปัจจยเอื้ออำนวย คือ สอบถามเกี่ยวกับปัจจยเอื้ออำนวยต่อการจัดการความปวด ในหน่วยงาน ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลด้านบริหาร วิเคราะห์นโยบายการจัดการความปวดในหน่วยงาน จาก นั้น จัดการประชุมใหญ่ของพยาบาลครั้งที่1โดยผู้วิจัยนำเสนอ ข้อมูลตั้งแต่ขั้นตอนที่1ถึง4จากนั้นเปิดโอกาสให้ พยาบาลร่วม กันวินิจฉัยปัญหาและปัจจยที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ซึ่งข้อสรุปมีมติจัดตั้งคณะกรรมการโครงการ “การจัดการความปวดใน หอผู้ป่วยและฉกฉด” เพื่อร่วมกัน พัฒนาโปรแกรม ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์โดยมีกิจกรรม ดังต่อไปนี้ (1)การให้ความรู้แก่บุคลากร หอผู้ป่วยและฉกฉดด้านปฏิบัติการในรูปแบบ Adult learning เรื่อง “ความปวดและการจัดการความปวดในหอ ฉกฉด” (1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1) (2) จัดเตรียมอุปกรณ์และสื่อ ที่เอื้ออำนวยในการจัดการความปวดในหอฉกฉด (สัปดาห์ ที่ 1-2) (3) จัดให้มีการนำเสนอและอภิปรายประจำสัปดาห์ ในประเด็นเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยใช้วารสารเป็น สื่อ (จำนวน 5 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2-6) (4) จัดการแข่งขันตอบ คำถาม เกี่ยวกับการจัดการความปวดชิงรางวัล (จำนวน 5 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2-6) (5)คณะกรรมการโครงการฯ ฝึกทักษะ พฤติกรรมการจัดการความปวดที่เหมาะสมทั้ง 5 พฤติกรรม ให้กับบุคลากรหอผู้ป่วยและฉกฉด ด้านปฏิบัติการทุกคน (สัปดาห์ที่ 3-4) (6) จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจในการแสดง พฤติกรรมการจัดการความปวดที่เหมาะสม ได้แก่ คัดเลือก พยาบาลที่มีพฤติกรรมการจัดการความปวดดีเด่น และคัด เลือกพยาบาลที่มีการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับความ

ปวดดีเด่น (สัปดาห์ที่ 5-6) (7) มีการเฝ้าติดตามการจัดการ ความปวดโดยคณะกรรมการฯ โดยมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ แก่บุคลากรหอผู้ป่วยและฉกฉดด้านปฏิบัติการเป็นรายบุคคลและนำ เสนอในภาพรวม (สัปดาห์ที่ 5-6) ขั้นตอนที่ 6 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของ 3 กลุ่มปัจจยที่ เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจยชักนำ ปัจจยเสริมแรงและปัจจยเอื้อ อำนวย ขั้นตอนที่ 7 ผู้วิจัยรวบรวม ข้อมูลการเปลี่ยนแปลง ด้านพฤติกรรมการจัดการความปวดของบุคลากรหอผู้ป่วย ด้านปฏิบัติการทั้ง 5 พฤติกรรม ร่วมกับ วิเคราะห์ข้อมูลด้าน สิ่งแวดล้อมในการจัดการความปวด ในหอผู้ป่วยและ ฉกฉด และขั้นตอนที่ 8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่ม ตัวอย่างผู้ใช้บริการ ที่หน่วยหอผู้ป่วยและฉกฉดหลังการใช้ โปรแกรม รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลความปวดที่บรรเทาลง และความ พึงพอใจต่อการจัดการความปวด จากนั้นจัดการประชุมใหญ่ ของบุคลากรหอผู้ป่วยและฉกฉด ครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยนำ เสนอข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ขั้นตอนที่ 6 ถึง 8 ต่อบุคลากรหอผู้ป่วยและฉกฉดด้านบริหารและปฏิบัติ การเพื่อร่วมกันประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์จำนวนของผู้ใช้ บริการที่หอผู้ป่วยและฉกฉดที่มีความปวดบรรเทาลง ตั้งแต่ระดับปานกลาง ขึ้นไป และจำนวนของผู้ใช้บริการที่ หอผู้ป่วยและฉกฉด ที่มีความพึงพอใจต่อการจัดการ ความปวดตั้งแต่ระดับพึงพอใจขึ้นไป เปรียบเทียบข้อมูล ผลลัพธ์การศึกษา ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม และ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน และ % difference

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของบุคลากรหอผู้ป่วยและฉกฉด ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 8 คน (100.0%) อายุเฉลี่ย 38.37 ปี สถานภาพสมรสคู่ (62.5%) จบการ ศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 6 คน (75.0%) ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยและฉกฉดมาแล้วเฉลี่ย 9.50 ปี และไม่เคย มีประสบการณ์การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวดหรือ การจัดการกับความปวด จำนวน 8 คน (100.0%) ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละลักษณะทางประชากรของบุคลากรห้องฉุกเฉิน

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	หญิง	8(100.0)
อายุ	Mean(SD) = 38.37 ปี, Min= 22 ปี, Max= 55 ปี	
สถานภาพสมรส	โสด	3(37.5)
	คู่	5(62.5)
ระดับการศึกษา	อนุปริญญา	2(25.0)
	ปริญญาตรี	6(75.0)
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน		
Mean(SD) = 9.5 ปี, Min= 1 ปี, Max= 15 ปี		
ประสบการณ์การฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับความปวดหรือการจัดการกับความปวด		
ไม่เคย		8(100.0)

2. คุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บโดยรวมเพิ่มร้อยละ 61.9 โดยที่ก่อนการพัฒนามีผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับน้อย (75.0%) แต่หลังการพัฒนา พบว่า ผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด (75.0%) ดังแสดงในตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 ร้อยละความแตกต่างของผลลัพธ์การจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บโดยรวม

ผลลัพธ์การจัดการความปวด	ร้อยละ
ก่อนการพัฒนา	48.0
หลังการพัฒนา	91.0
% ความแตกต่าง (% Differences)	61.87

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนการพัฒนา

คุณภาพการจัดการความปวด	ก่อนการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.การประเมินความปวดในมิติต่างๆ	0(0.0)	0(0.0)	3(37.5)	3(37.5)	2(25.0)
2.การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล	0(0.0)	1(12.5)	3(37.5)	3(37.5)	1(12.5)
3.การให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจ					

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนและร้อยละการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนการพัฒนา

คุณภาพการจัดการความปวด	ก่อนการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ในการจัดการความปวดขณะทำแผล	0(0.0)	0(0.0)	4(50.0)	2(25.0)	2(25.0)
4.การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยา และวิธีที่ไม่ใช้ยาอย่างเหมาะสม	0(0.0)	0(0.0)	2(25.0)	6(75.0)	0(0.0)
5.การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง	0(0.0)	0(0.0)	2(25.0)	4(50.0)	2(25.0)
เฉลี่ยโดยรวม	0(0.0)	0(0.0)	2(25.0)	6(75.0)	0(0.0)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนการพัฒนา

คุณภาพการจัดการความปวด	หลังการพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.การประเมินความปวดในมิติต่างๆ	6(75.0)	4(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
2.การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล	6(75.0)	4(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3.การให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล	5(62.5)	2(25.0)	1(12.5)	0(0.0)	0(0.0)
4.การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยวิธีใช้ยา และวิธีที่ไม่ใช้ยาอย่างเหมาะสม	6(75.0)	2(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
5.การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง	6(75.0)	2(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
เฉลี่ยโดยรวม	5(75.0)	2(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

3. การจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด 153 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย (78.4%) อายุเฉลี่ย 29 ปี เป็นผู้รับอุบัติเหตุ (96.7%) ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์เป็น

แผลประเภท Open wound (41.2%) ผลลัพธ์การจัดการความปวดลดลงมาก(44.4%) และมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก(49.7%)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนา

	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	120(78.4)
	หญิง	33(21.6)
อายุ	Mean(SD) = 29.24 ปี, Min = 10.0 ปี, Max = 75.0 ปี	
ประเภทของผู้บาดเจ็บ	อุบัติเหตุ	148(96.7)
	ไม่ใช่อุบัติเหตุ	5(3.3)
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (Diagnosis)	Abrasion	57(36.6)
	Open wound	63(41.2)
	Contusion	8(5.2)
	Lacerated wound	2(1.3)
	Fracture	18(11.8)
	Secular of unspecified	5(3.3)
	ความปวดลดลงทั้งหมด	45(29.4)
	ความปวดลดลงมาก	68(44.4)
ผลลัพธ์การจัดการความปวด	ความปวดลดลงปานกลาง	26(17.0)
	ความปวดลดลงเล็กน้อย	14(9.2)
ความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บต่อการจัดการความปวด	พึงพอใจอย่างมาก	76(49.7)
	พึงพอใจปานกลาง	45(29.4)
	พึงพอใจเล็กน้อย	23(15.0)
	ไม่พึงพอใจเล็กน้อย	9(5.9)

วิจารณ์

หลังการพัฒนาของบุคลากรในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้โปรแกรมพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเมืองสรวง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่งให้บุคลากรในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเมืองสรวงมีทักษะกระบวนการจัดการความปวดโดยรวมเพิ่มจากก่อนการพัฒนาถึงร้อยละ 61.9 เช่นเดียวกับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ

และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการความปวดของฟิชแมน และคณะ¹⁹ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 165 คน พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านการติดตามความปวดผู้บาดเจ็บต่อเนื่อง สมรรถนะด้านการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บ และสมรรถนะด้านการประเมินความปวดผู้บาดเจ็บอยู่ในระดับสูง ตามลำดับ ส่วนสมรรถนะค้นความ

รู้พื้นฐานความปวดอยู่ในระดับปานกลาง²⁰ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความรู้พื้นฐานความปวดเป็นสิ่งสำคัญและเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากในทุกกระบวนการพยาบาลในการดูแลความปวดผู้บาดเจ็บ เริ่มตั้งแต่การประเมินความปวด การจัดการความปวดทั้งแบบวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยาบรรเทาปวด และการติดตามผลลัพธ์ความปวด ล้วนจำเป็นต้องอาศัยพื้นฐานความรู้และความเชี่ยวชาญด้านความปวดอย่างเพียงพอ มิฉะนั้นอาจเป็นกระทบต่อคุณภาพการดูแลจัดการความปวดผู้ป่วยได้²¹

การพัฒนาบุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้โปรแกรมพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดแล้ว ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความปวดของลดลงอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติของพยาบาลดังกล่าวข้างต้น อาจเป็นเพราะว่าการใช้โปรแกรมฯ เป็นระยะเวลานานกว่า 9 สัปดาห์ตามรูปแบบของ CLEVER Model⁹ ที่มีการให้ความรู้แก่พยาบาลผู้นำใช้แนวปฏิบัติฯ ทุกราย การเสริมแรง และให้ข้อมูลย้อนกลับทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และรับรู้ถึงความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความมั่นใจและระดับความรู้เกี่ยวกับหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลคือหัวใจสำคัญในการนำใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก²² อีกทั้งแนวปฏิบัติฯ ดังกล่าวยังมีความพอดีและเหมาะสมกับวัฒนธรรมของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โดยไม่มีการปรับแก้ไขข้อปฏิบัติสาระสำคัญหลักใด ๆ และพยาบาลมีส่วนร่วมในการทำความเข้าใจปัญหาที่เกี่ยวกับการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ เปิดโอกาสให้พยาบาลทุกคนได้พิจารณาเนื้อหาของแนวปฏิบัติฯ มีการสร้างเป้าหมายร่วมกัน ทำให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่ยึดติดกับการปฏิบัติในรูปแบบเดิมและให้ความร่วมมือในการนำใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างจริงจังการเปลี่ยนแปลงในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุจึงเกิดง่ายขึ้น²³ นอกจากนี้ผู้นำที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง Change sponsor และ Change champion ล้วนผลักดันให้การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุในหน่วยงานเป็นไปอย่าง

ราบรื่น ซึ่งว่าผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ดีควรเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นสามารถสนับสนุนเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จและลดแรงต้านในกระบวนการเปลี่ยนแปลงได้²⁴⁻²⁵

ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมาก ในทำนองเดียวกับการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงรายที่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีแผลอุบัติเหตุ จำนวน 80 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มละ 40 ราย กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนนำใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างสัปดาห์ที่ 9 หลังนำใช้แนวปฏิบัติฯ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกและแบบประเมินประสิทธิภาพการนำใช้แนวปฏิบัติฯ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และนำเครื่องมือชุดที่ 3 หาความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .001$) และระยะเวลาการได้รับยาแก้ปวดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p = .006$) แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงมีข้อเสนอแนะให้มีการนำใช้แนวปฏิบัติฯ ดังกล่าวในโรงพยาบาลระดับอื่น โดยปรับเปลี่ยนข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติฯ ให้มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของหน่วยงาน²⁵ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความปวดของพยาบาลที่เป็นไปตามทักษะที่ได้จากโปรแกรมฯ เช่น การประเมินความปวดในมิติต่าง ๆ การค้นหาและรักษาสาเหตุร่วมที่ทำให้ปวดแผล การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการจัดการความปวดขณะทำแผล การจัดการความปวดขณะทำแผลโดยใช้ยาใช้ยาอย่างเหมาะสม และการติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความปวดขณะทำแผลอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนั้นบุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังให้ความสนใจ-เอาใจใส่เมื่อผู้ป่วยบอกว่าปวด ทำความสะอาดแผลด้วยความนิ่มนวล บอกกล่าวเป็นระยะว่าจะได้รับการรักษาต่อไปอย่างไร และมีการติดตามผลการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ผู้ป่วยจึงรับรู้ได้ถึงการใส่ใจดูแลอย่างสม่ำเสมอเกิดความรู้สึกประทับใจ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจที่เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีคะแนนความพึงพอใจด้านการดูแลจิตใจอยู่ในระดับมาก โดยผู้ป่วยรับรู้ได้จากความใส่ใจของเจ้าหน้าที่²⁶

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มีองค์ประกอบและรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินภายในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งมีการกำหนดคุณสมบัติการคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วย คือ เป็นผู้ป่วยที่มีบาดแผลจากอุบัติเหตุและมีระดับการรับรู้สติทำให้อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในการจัดการความปวดจากบาดแผลชนิดเรื้อรังหรือบาดแผลอื่น ๆ

2. ด้านเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูล แม้ว่าเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้มีความเที่ยงและความตรงที่ดี แต่เนื่องจากแบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถามมากจึงอาจส่งผลให้ผู้ใช้บริการเกิดความเหนื่อยล้าในการตอบโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ใช้บริการต้องตอบแบบสอบถามภายหลังจากสิ้นสุดการรักษา ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวผู้ใช้บริการอาจมีความเครียดต่ออุบัติเหตุที่เพิ่งเกิดขึ้น ร่วมกับสภาพแวดล้อมภายในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีเสียงดัง จึงอาจทำให้รบกวนสมาธิและมีผลต่อการตอบแบบสอบถามได้

นอกจากนี้การที่พยาบาลตอบแบบสอบถามในลักษณะการรายงานด้วยตนเอง (Self-report) อาจมีผลต่อความตรงภายนอก (External validity) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจตอบแบบสอบถามเพื่อให้ตรงกับสิ่งที่สังคมส่วนใหญ่คาดหวัง (Social desirability) ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้อาจไม่ตรงตามความเป็นจริงที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ จากผลการศึกษาผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติ จากผลการศึกษาที่พบว่า คุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง เล็กน้อย และไม่พึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 50.3 ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลอุบัติเหตุ ด้วยการส่งเสริมความรู้ให้แก่บุคลากรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น การสนับสนุนด้านการจัดการอบรมวิชาการในระยะสั้น และการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการความปวดและการดูแลแผลอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการวิจัย มีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยดังนี้

2.1 ควรเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างและทำการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพื่อที่จะนำผลการศึกษามาอ้างอิงเป็นข้อมูลพื้นฐานในพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีอุบัติเหตุได้

2.2 ควรมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุให้มีความสั้นกระชับ เพื่อลดความเหนื่อยล้าในการตอบแบบสอบถาม

2.3 ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตร่วมกับการใช้แบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามข้อเท็จจริงจากกลุ่มตัวอย่าง

2.4 ควรจัดสถานที่สำหรับตอบแบบสอบถามของผู้ใช้บริการให้มีความเป็นสัดส่วนเงียบสงบ เพื่อลดสิ่งรบกวนในการตอบคำถาม

3. ด้านการบริหาร ควรมีนโยบายการจัดการความปวดขณะทำแผลในผู้ใช้บริการที่มีแผลอุบัติเหตุ การสนับสนุนให้มีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดและการนำเรื่องความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ทำการปฏิบัติงาน การพัฒนาแบบบันทึกความปวดอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์อัตราค่าล้งบุคลากรเพื่อการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดขณะทำแผลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยอุบัติเหตุ ญาติผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองสรวงที่สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง

1. Warfield C.A, Fausett HJ, eds. Manual of Pain Management. 2^{ed}. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins ; 2002. p.407
2. Hogan, Susan Leininger. Patient satisfaction with pain management in the emergency department. Advanced Emergency Nursing Journal 2005 ; 27(4) : 284-94.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจอนามัยสวัสดิการและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ : 2552.
4. 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 2004 ; 33 : 321-32.
5. Fosnocht, D. E., Heaps, N. D., & Swanson, E. R. (2004). Patient expectations for pain relief in the ED. The American Journal of Emergency Medicine 2004 ; 22(4) : 286-88.
6. Lynch, M. Pain as the fifth vital sign. Journal of Intravenous Nursing 2001 ; 24 : 85-94.
7. Rupp,T., & Delaney,K. A. Inadequateanalgesia in emergency medicine. Annals of Emergency medicine 2004 ; 43 : 494-503.
8. Duignan, M., & Dunn, V. Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients : A replication. International emergency nursing 2008 ; 16: 23-8.
9. Hennessee, P. L. (2012). Knowledge and Attitudes of Nurses toward Pain Management [Internet]. Boiling Springs, North Carolina : Gardner – Webb University ; 2012 [cited 2019 April 20]. Available from : https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing_etd/122/
10. Hogan, S. L. Patient satisfaction with pain management in the emergency department. Topics in emergency medicine 2005 ; 27(4) : 284-94.
11. Guru, V., & Dubinsky, I. (2000). The patient VS caregiver perception of acute pain in the emergency department. The journal of emergency medicine 2000 ; 18(1) : 7-12.
12. Gordon, D. B., Polomano, R. C., Pellino, T. A., Turk, D. C., McCracken, L. M., Sherwood, G., Farrar, J. T. (2010). Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for quality improvement of pain management in hospitalized adults : preliminary psychometric evaluation. The Journal of Pain 2010; (in press): 1-15.
13. De Round, M. E. J., de Wit, R., van Dam, F.S.A.M., & Muller, M. J. (2000).A pain monitoring program for nurses: effect on the administration of analgesics. Pain 2000 ; 89 : 25-38
14. National Institute of Clinical Studies. Emergency care acute pain management manual. Australia : Commonwealth of Australia : 2011.
15. โรงพยาบาลเมืองสรวง. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเมืองสรวงจังหวัดร้อยเอ็ด, 2563.
16. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL,CheeverKH. Pain Management. Brunner&Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing 12thed, 2010.
17. Green, L. W., & Kreuter, M. W. Health program planning : an educational and ecological approach (Rev. ed.). Boston: McGraw-Hill. 2005.

18. Howat, P., Jones, S., Hall, M., Cross, D., & Stevenson, M. The PRECEDE-PROCEED model : application to planning a child pedestrian injury prevention program. *Methodological issues* 1997 ; 3(4) : 282-87.
19. Fishman S.M., Young H.M., Lucas Arwood E., Chou R., Herr K., Murinson B.B., Watt-Watson, J., Carr, D. B., & Stresses, S. A. (2013). Core competencies for pain management: results of an interprofessional consensus summit [Electronic version]. *Pain Medicine Journal* 2013 ; 14 : 971-81.
20. จุฬารัตน์ แซ่ฉ่ง. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง[วิทยานิพนธ์]. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ; 2559.
21. Hatherley, C., Jennings, N., & Cross, R. Time to analgesia and pain score Documentation best practice standards for the Emergency Department - A literature review [Electronic version]. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2016 ; 19 : 26-36.
22. Saunderson 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
23. 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.
24. 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. *JIK*. 2016; 26: 1-7
25. บุญญาภัทรชาติพัฒนานันท์. ประสิทธิภาพของการนำใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดแผลอุบัติเหตุ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2560 ; 18(2) : 101-9.
26. Anuchon S. Factors effected to client satisfaction toward the services of the emergency accidental room at Phramongkutklao Hospital. *JRTAN*. 2013 ; 14 : 159-169.

