

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร

อาทิยา วงศาพาน พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร โดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แบ่ง 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 84 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และพยาบาลวิชาชีพ 30 คน เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัยพบว่า ระยะรอคอยการจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่าง กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ Median = 11.59 นาที ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ Median = 56 นาที ระยะเวลารอคอยการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่า Median = 9 นาที ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ Median = 33 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังรักษาพบว่า กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติก่อนการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 ± 1.73 หลังการรักษาลดลงเท่ากับ 2.98 ± 1.11 กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนรักษา เท่ากับ 4.77 ± 1.30 หลังการรักษาลดลงเท่ากับ 2.33 ± 1.43 ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความปวดลดลงหลังการรักษา และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยเท่ากับ 25.1 ± 4.8 คะแนน มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.6 ± 3.9 ความพึงพอใจของพยาบาล มีความพึงพอใจระดับมาก และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับมาก $\text{mean} \pm \text{S.D.} = 38.3 \pm 6.6$

คำสำคัญ: ผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

รับบทความ: 17 กุมภาพันธ์ 2568 แก้ไขบทความ: 20 มีนาคม 2568. รับผิดชอบบทความ: 23 เมษายน 2568

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Pain Management in Trauma Patients At Emergency Department, Sakon Nakhon Hospital

Atiya Wongsapan M.N.S.*

Abstract

This developmental research aimed to develop a nursing practice guideline for pain management in trauma patients at the Emergency Department of Sakon Nakhon Hospital using the RAT Model framework. The sample consisted of trauma patients divided into two groups: an intervention group (n = 84) who received care according to the developed guideline and a control group (n = 84) who received standard care. The research instrument was a nursing practice guideline for pain management developed by the researcher, implemented by 30 professional nurses.

The results showed that the waiting time for pharmacological pain management in the intervention group (Median = 11.59 minutes) was significantly shorter than in the control group (Median = 56 minutes). For non-pharmacological pain management, the intervention group also demonstrated significantly reduced waiting times (Median = 9 minutes) compared to the control group (Median = 33 minutes). Regarding pain scores, the control group showed a reduction from pre-treatment (Mean = 4.11 ± 1.73) to post-treatment (Mean = 2.98 ± 1.11), while the intervention group demonstrated a reduction from pre-treatment (Mean = 4.77 ± 1.30) to post-treatment (Mean = 2.33 ± 1.43). Both groups experienced statistically significant reductions in pain scores following treatment. Patient satisfaction was higher in the intervention group (Mean = 25.1 ± 4.8) compared to the control group (Mean = 24.6 ± 3.9). Nurse satisfaction with the guideline was high, and the feasibility of implementing the guideline was also rated high (Mean $\pm$ S.D. = 38.3 ± 6.6).

Keywords: Trauma Patients, Nursing Practice Guideline for Pain Management

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon Province

Received: February 17, 2025, Revised: March 20, 2025, Accepted: April 23, 2025

บทนำ

ความปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เมื่อมีการบาดเจ็บและเกี่ยวข้องกับการทำลายของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นจริง หรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อ¹ และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบอกหรือแสดงออกว่าปวดและจะคงอยู่ตราบที่ผู้ป่วยบอกว่ามีความปวด ผู้ที่มีความปวดเท่านั้นจึงจะรับรู้ว่ามีปวดมากน้อยเพียงใดและมีลักษณะอย่างไร² และมีอาการปวดเสมอไม่มากก็น้อยตลอดการรักษา³ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่มีรูปแบบการบริการที่ชัดเจน โดยให้บริการผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บและฉุกเฉิน มีภาวะคุกคามชีวิตให้ความสำคัญกับการช่วยชีวิตและลดภาวะคุกคามต่อชีวิต ในขณะที่มีข้อจำกัดด้านเวลา อีกทั้งยังต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยจำนวนมาก⁴ จากลักษณะงานดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บส่วนใหญ่มักจะถูกดูแลเรื่องการจัดการความปวดหรือไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม ยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ได้รับการจัดการความปวดมีเพียง ร้อยละ 30 และพบว่าร้อยละ 30 ได้รับยานาน และอาจนานถึง 2 ชั่วโมง นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความปวดมากเท่านั้นที่จะได้รับการจัดการความปวด⁵ ผู้บาดเจ็บที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่มักจะมีอาการช็อก การฉีกขาดของเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ การแตกหักของกระดูกและการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน ลักษณะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute pain) พบได้บ่อย โดยพบร้อยละ 60–70 เป็นความปวดที่เพิ่งเกิดขึ้น มีระยะเวลาความปวดที่จำกัด สาเหตุความปวดส่วนใหญ่เกิดจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ ความรุนแรงของความปวดจะสัมพันธ์กับตำแหน่งที่ปวด ชนิดและระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ⁶ อีกทั้งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (ISS) ที่มากกว่า 15 คะแนนจะสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางการพยาบาลและคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและความปวดจะรุนแรงมากยิ่งขึ้นในขณะที่ชะล้างทำความสะอาดแผล เย็บแผล โดยเฉพาะแผลอุบัติเหตุ (Traumatic wound) ซึ่งเป็นแผลที่ไม่สะอาด จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องชำระล้างบาดแผลเพื่อลดการติดเชื้อ การทำกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวจึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้น การชะล้างทำความสะอาดแผลแม้จะเป็นการรักษา แต่ก็เป็นสาเหตุร่วมทำให้เกิดความปวด ผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความ

ร่วมมือในการล้างแผลทำให้แผลติดเชื้อตามมาภายหลัง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น กล่าวได้ว่าการจัดการความปวดในหน่วยตรวจฉุกเฉิน ยังไม่มีประสิทธิภาพ โดยพบความล่าช้าในการจัดการความปวดให้กับผู้ใช้บริการ⁷ พยาบาลร้อยละ 90 มีการประเมินระดับความปวดได้ต่ำกว่าการรายงานจริงของผู้ใช้บริการ⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาในหน่วยตรวจฉุกเฉินของประเทศไทยพบว่ามีการประเมินความปวดก่อนและหลังการให้กิจกรรมเพื่อบรรเทาปวด เพียงร้อยละ 34.80 และ 16 ตามลำดับ⁹ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดและมีการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการจัดการความปวด

งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร ให้บริการผู้ป่วยบาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง มีผู้รับบริการในปีพ.ศ. 2563–2565 จำนวน 8,820 6,692 และ 6,277 คน ตามลำดับ¹⁰ ผู้บาดเจ็บบาดเจ็บคิดเป็น 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 30–50 จะมีความปวดตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยเฉพาะใน 72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ ผู้บาดเจ็บจะมีอาการปวดตลอดเวลา ทั้งในขณะที่พักและขณะที่มีการเคลื่อนไหว ด้วยลักษณะของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจะมุ่งสนใจเพื่อแก้ไขสาเหตุการบาดเจ็บที่คุกคามชีวิตเป็นสำคัญ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ยาบรรเทาปวดระยะรับส่งจะไปปิดบังอาการ จึงนับเป็นข้อจำกัด ยากต่อการประเมินและการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บถูกดูแลในการจัดการความปวดและได้รับยาบรรเทาปวดที่ไม่เพียงพอ¹¹ ความปวดเปรียบเหมือนหนูที่วิ่งอยู่ในบ้านเวลากลางคืน พอเวลากลางวันกลับซ่อนตัวเงียบๆ เปรียบเช่นเดียวกับความปวดแนวคิดศึกษาความปวดขั้นพื้นฐานโดยใช้ RAT Model¹² (R: Recognize, A: Assess, T: Treat) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่เข้าใจง่ายและมีประโยชน์ในการศึกษาความปวดและจัดการความปวดได้อย่างครอบคลุมช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงความปวด การประเมินและการจัดการความปวด ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดมีการจัดการความปวดที่เหมาะสมช่วยเป็นแนวทางตัดสินใจ การดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความ

ปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้วยกรอบแนวคิด RAT Model งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร มีองค์ประกอบอย่างไร
2. ผลการนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้วยกรอบแนวคิด RAT Model ไปใช้ในงานเป็นอย่างไร
3. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้และ

ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับใด

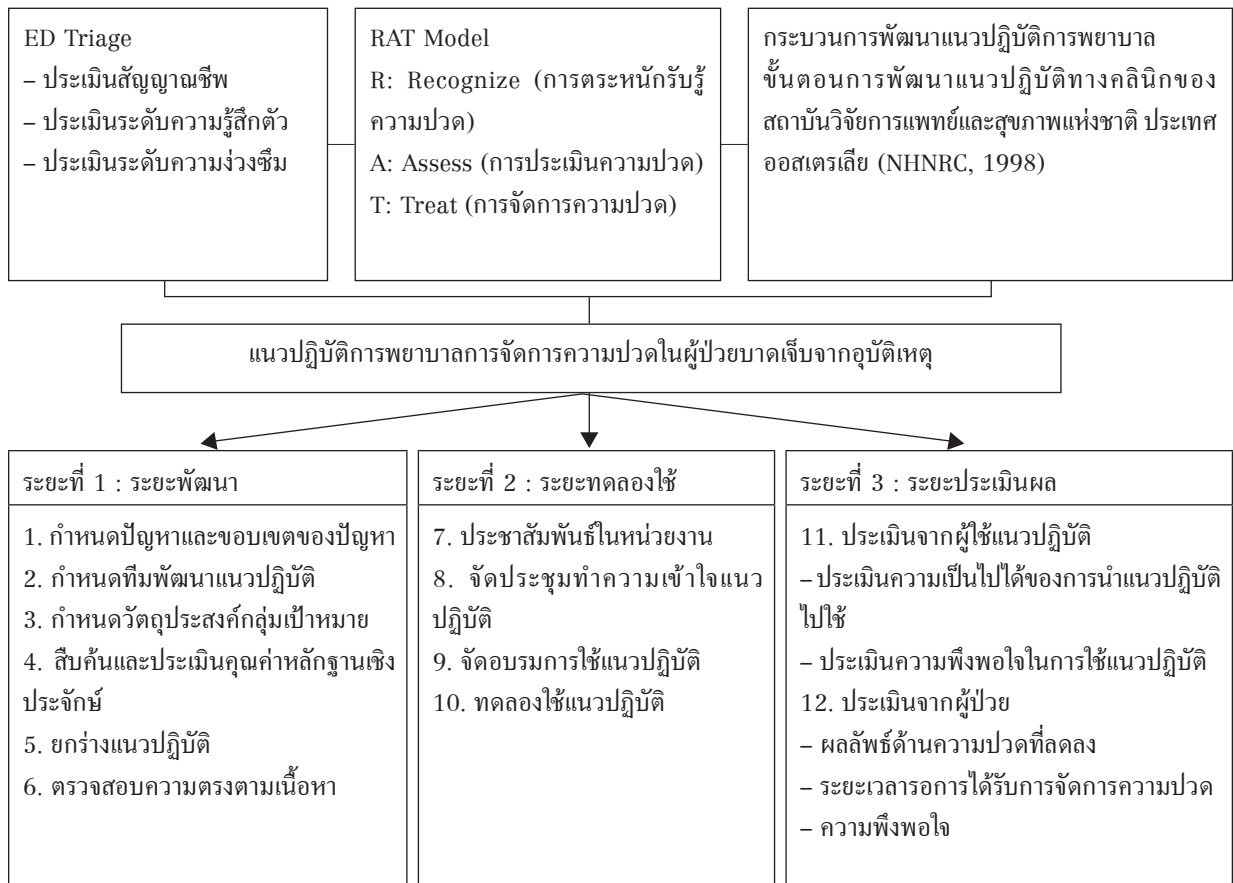
4. ระยะรอคอยการได้รับการจัดการความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติมีความแตกต่างกันหรือไม่

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model (ดัดแปลงขั้นตอนจากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ สถาบันวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย)

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการ

วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKNH REC No. 025/2566 ลงวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยพร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความ

ร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า สามารถเข้าร่วมวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่ทำให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นผู้ป่วยรายใหม่ que เข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมาเอง ญาติพามา มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือมาโดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นผู้ป่วยรายใหม่ que เข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมาเอง ญาติพามา มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือมาโดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 84 คน และกลุ่มที่ได้รับได้รับการดูแลตามมาตรฐานการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินการดูแลตามมาตรฐานที่เหมาะสม ตามดุลยพินิจของแพทย์ จำนวน 84 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน

การคำนวณประชากรกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Testing two independent means) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าในการคำนวณดังนี้ การทดสอบสมมติฐาน เป็นแบบ 2 ทาง (Two-tails hypothesis) ค่า effect size ขนาดกลาง = 0.50 ค่า alpha = 0.05 (Type I error) ค่า power = 80% (Beta = 20%, Type II error) สัดส่วนของ 2 กลุ่ม = 1 (Ratio n2/n1) โดยคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มารับบริการตามปกติจำนวน 64 คน และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 64 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มละ 64 คน มีจำนวน 2 กลุ่ม เท่ากับ 128 คน

ทั้งนี้ได้เพิ่มอัตราการสูญเสีย ร้อยละ 30 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 84 คน รวม 2 กลุ่ม เท่ากับ 168 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จากสาเหตุการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ ที่มีค่าคะแนนความรุนแรง การบาดเจ็บน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน ($ISS \leq 15$) หมายถึง ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีระดับเล็กน้อยถึง ความรุนแรงการบาดเจ็บระดับปานกลาง คำนวณค่าคะแนนจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ IS online กระทรวงสาธารณสุข และเป็นผู้บาดเจ็บ ที่เข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง

2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นผู้ป่วยรายใหม่ que เข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยมาเอง ญาติพามา มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือมาโดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นที่ยังไม่ได้รับการจัดการความปวดมาก่อน ซึ่งก่อนส่งต่อผู้ป่วยอาจไม่มีความปวดจึงไม่มีการจัดการความปวดใดๆ มาก่อน แต่เมื่อมาถึงห้องฉุกเฉินมีความปวดเกิดขึ้น

3. มีความปวดชนิดเฉียบพลันขณะมารับบริการและรอจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินประเมินความปวดจากการวัดค่าความปวดแบบ Numerical Rating Scale: NRS มีค่าคะแนนความปวดตั้งแต่ 1 ขึ้นไป

4. มีการรับรู้บุคคล วัน เวลา และสถานที่ปกติ (คะแนนความรู้สึกตัววัดด้วย Glasgow Coma Score: GCS = 15 คะแนน) และสามารถรายงานความปวดได้ด้วยตนเอง

5. เพศชาย และ เพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

6. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยซ้ำคนเดิมที่เข้ามารับบริการ
2. เป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากสถานบริการอื่นที่ได้รับการจัดการความปวดมาแล้ว

3. เป็นผู้ป่วยที่ตระหนักได้รับการกระทบกระเทือนที่แพทย์มีดุลยพินิจว่ามีข้อห้ามในการให้ยาลดปวดที่มีผลต่อการประเมินระดับความรู้สึกตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model ประกอบด้วย 1) ED Triage ประเมิน

สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ระดับความง่วงซึม 2) R: Recognize การตระหนักรู้ความปวด 3) A: Assess การประเมินความปวด 4) T: Treat การรักษา 5) การจัดการความปวด 6) การติดตามอาการ การประเมินผล และการบันทึกทางการพยาบาล 7) การรายงานแพทย์

แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ปรับข้อความตามข้อเสนอนี้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) มีค่า CVI เท่ากับ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบประเมินความพึงพอใจ สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน ความพึงพอใจน้อย เท่ากับ 2 คะแนน ความพึงพอใจปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน ความพึงพอใจมาก เท่ากับ 4 คะแนน ความพึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content validity index, CVI) มีค่า CVI เท่ากับ 0.95

2. แบบประเมินความพึงพอใจ สำหรับพยาบาลผู้ใช้นำแนวปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ความพึงพอใจน้อย เท่ากับ 2 คะแนน ความพึงพอใจปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน ความพึงพอใจมาก เท่ากับ 4 คะแนน ความพึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) มีค่า CVI เท่ากับ 1

3. แบบประเมินความเป็นไปได้ สำหรับพยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ แบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนความเป็นไปได้น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ความเป็นไปได้ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน ความเป็นไปได้อย่างมาก เท่ากับ 4 คะแนน ความเป็นไปได้อย่างมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ปรับข้อความตามข้อเสนอนี้จากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) มีค่า CVI เท่ากับ 1 แปรผลจากผลรวมคะแนน 1-30 พยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติ

การพยาบาลไปใช้ ความเป็นไปได้ได้น้อย ส่วนผลรวมค่าคะแนน 31-60 คะแนน แปรผลพยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้มีความเป็นไปได้มาก

4. มาตรวัดความปวดด้วยตัวเลข Numerical Rating Scale (NRS) เป็นเครื่องมือวัดระดับความปวด ที่ใช้กันแพร่หลาย ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ เป็นที่ยอมรับและใช้กันแพร่หลายทั่วโลก ผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาค่าความเที่ยงตรงอีก

5. แบบประเมินความรู้สึกตัว Glasgow Coma Score (GCS) เป็นระบบประเมินแบบคิดคะแนนทางประสาทวิทยาอย่างหนึ่ง เพื่อให้สามารถมีการบันทึกระดับความรู้สึกตัว เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจนเป็นที่ยอมรับและใช้กันแพร่หลาย จึงไม่นำมาหาค่าความเที่ยงตรงอีก

6. แบบประเมินระดับความง่วงซึม (Sedation Score) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยาจัดการความปวดกลุ่ม Strong Opioids เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจนเป็นที่ยอมรับและใช้กันแพร่หลาย จึงไม่นำมาหาค่าความเที่ยงตรงอีก

7. แบบบันทึกทางการพยาบาลและอาการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยได้นำแบบฟอร์มการบันทึกการพยาบาล โรงพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร (FR-MRIPD-D12-3400-000) มาใช้ในการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงและบันทึกการพยาบาล โดยเพิ่มรายละเอียดในช่องอื่นๆ ของแบบบันทึก เป็นการบันทึก Sedation Score

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้วยกรอบแนวคิด RAT Model ประกอบด้วย R: Recognize (การตระหนักรู้ความปวด) A: Assess (การประเมินความปวด) T: Treat (การจัดการความปวด) ดัดแปลงขั้นตอนจากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย¹³ โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ 12 ขั้นตอน ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มี 6 ขั้นตอน ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการพยาบาล มี 4 ขั้นตอน และระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้มี 2 ขั้นตอน การดำเนินการในแต่ละขั้นตอน

มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสถานการณ์การจัดการความปวดในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร โดยการทบทวนสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) พบปัญหาในการจัดการความปวดที่ล่าช้าและไม่ครอบคลุมเนื่องจากลักษณะงานของห้องฉุกเฉินที่มุ่งแก้ไขสาเหตุการบาดเจ็บที่คุกคามชีวิตเป็นสำคัญ และความเข้าใจที่ว่าทำให้ยาบรรเทาปวดอาจปิดบังอาการสำคัญ

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ วางแผนร่วมกับหัวหน้าหน่วยงาน ในการกำหนดทีมพัฒนาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ที่ได้รับการอบรมเรื่องความปวดและการจัดการความปวดที่โรงพยาบาลได้ จัดขึ้นเพื่อเป็นแกนนำพัฒนาการจัดการความปวดในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์หลัก (Primary Outcome) คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ เวลาการจัดการความปวด คะแนนความปวดที่ลดลงหลังการจัดการความปวด และความพึงพอใจในการจัดการความปวด ผลลัพธ์รอง (Secondary Outcome) คือ ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ทีมพัฒนาได้ทำการสืบค้นและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Cochrane Database และ ThaiLis โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น เช่น “pain management”, “trauma patient”, “emergency department”, “nursing practice guideline” และ “RAT Model” รวมทั้งศึกษาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานสากล เช่น แนวปฏิบัติของ American Pain Society, Emergency Nurses Association และ World Health Organization แล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการ

จัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 6 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติร่างแนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวด และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 7 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติ นำไปทดลองใช้และประเมินผลในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

ขั้นตอนที่ 8 จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินทั้งหมด 30 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ และขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ใช้เวลาในการประชุม 2 ชั่วโมง โดยจัดประชุม 2 รอบเพื่อให้ครอบคลุมพยาบาลทั้ง 3 ผลัด

ขั้นตอนที่ 9 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความปวด การประเมินความปวด การจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา และการใช้แนวปฏิบัติ มีการฝึกปฏิบัติการประเมินและจัดการความปวดในสถานการณ์จำลอง รวมระยะเวลาอบรม 6 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 10 นำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 84 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ จำนวน 84 คน โดยมีการเก็บข้อมูลระยะเวลารอคอยการจัดการความปวด คะแนนความปวดก่อนและหลังการรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วย ระยะเวลาในการทดลองใช้ 3 เดือน มีทีมพัฒนาทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาและช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ขั้นตอนที่ 11 ประเมินจากพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนว

ปฏิบัติไปใช้ และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 12 ประเมินจากผู้พยาบาลเจ็บจากอุบัติเหตุมีขั้นตอน คือ สร้างแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ที่มีการจัดการความปวด ดังที่กล่าวมาแล้ว ในขั้นตอน ที่ 11 สอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

1.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างใช้ สถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) ใช้ในการบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับ ISS ระดับความรู้สึกตัว ค่าคะแนนความง่วงซึม ค่าคะแนน ความปวด ใช้การบรรยาย จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์

1.2 ความพึงพอใจผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน

2. กลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

2.1 ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจก่อนและหลังของกลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ข้อมูลร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ สถิติ วิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

3. ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ

3.1 ผลลัพธ์การจัดการความปวด ใช้สถิติบรรยาย ด้วยจำนวน ร้อยละ และระยะเวลาการรอคอยการได้รับการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา (นาทีก) ใช้การบรรยาย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อน

และหลังการรักษา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติที่ paired t-test เนื่องจากตรวจสอบแล้วว่าการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการรอคอยการได้รับการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ กับกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากตรวจสอบแล้วว่าการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ

3.4 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ของแบบประเมินความพึงพอใจและความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ใช้การจัดกลุ่มค่าและแจกแจงความถี่

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสกลนคร ตามกรอบแนวคิด RAT Model งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร ประกอบด้วย 1) ED Triage การประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และระดับความง่วงซึม 2) R: Recognize การตระหนักรู้ความปวด 3) A: Assess การประเมินความปวด 4) T: Treat การรักษา 5) การจัดการความปวด 6) การติดตามอาการ การประเมินผล และการบันทึกทางการแพทย์ 7) การรายงานแพทย์

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ เป็นเพศชาย 50 คน (ร้อยละ 59.5) เพศหญิง 34 (ร้อยละ 40.5) อายุเฉลี่ย mean $\pm$ S.D. เท่ากับ 38.9 ± 15.5 คะแนน ISS มีค่า mean $\pm$ S.D. เท่ากับ 10.3 ± 2 คะแนน

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปและความพึงพอใจของผู้พยาบาลเจ็บจากอุบัติเหตุ

ข้อมูล	กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	51	60.7	50	59.5
หญิง	33	39.3	34	40.5
อายุ (ปี), mean $\pm$ S.D.	37.2 $\pm$ 17.4		38.9 $\pm$ 15.5	
ISS, mean $\pm$ S.D.	10.8 $\pm$ 1.8		10.3 $\pm$ 2.0	

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปและความพึงพอใจของผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	64	76.2	47	56
คู่	20	23.8	37	44
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	14	16.7	20	23.8
มัธยมศึกษา	30	35.7	27	32.1
ปริญญาตรี	40	47.6	37	44
Admit				
ไม่ใช้	76	90.5	63	75
ใช้	8	9.5	21	25
ความพึงพอใจ (คะแนน), mean $\pm$ S.D.	24.6 $\pm$ 3.9		25.1 $\pm$ 4.8	

2.2. ระยะรอคอยการได้รับการจัดการความปวดแบบใช้ยาเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานพบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11.59 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 5.29, 15.30) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 56 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 33, 67.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

2.3. ระยะเวลารอคอยการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 5.59, 14) ซึ่งน้อยกว่า

กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 33 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 18.59, 62.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

2.4. ระยะเวลารอคอยทั้งหมดพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 52.59 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 39, 75) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 67.59 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 46.59, 107) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.019) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานระยะเวลารอคอยการได้รับการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ (N = 168)

ข้อมูล	n	Median	IQR†	P-value
ระยะเวลารอคอยการจัดการความปวดแบบใช้ยา (นาที)				< 0.001*
กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ	40	56.00	33, 67.59	
กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ	29	11.59	5.29, 15.30	
ระยะเวลารอคอยการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (นาที)				< 0.001*
กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ	23	33	18.59, 62.59	
กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ	64	9	5.59, 14	
ระยะเวลารอคอยทั้งหมด (นาที)				0.019*
กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ	84	67.59	46.59, 107	
กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติ	84	52.59	39, 75	

*ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test, กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

†IQR = Interquartile Range (พิสัยระหว่างควอไทล์)

2.5 ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการรักษา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังรักษา เท่ากับ 2.98 ± 1.11 ซึ่งลดลงต่ำกว่าก่อนรักษาที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 ± 1.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยคะแนนหลังรักษา เท่ากับ 2.33 ± 1.43 ซึ่งลดลงต่ำกว่าก่อนรักษา ค่าเฉลี่ยความปวด เท่ากับ 4.77 ± 1.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการรักษา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ (N = 168)

กลุ่มผู้ป่วย	ช่วงเวลา	n	Mean $\pm$ SD	Mean difference	95% CI	p-value
กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ	ก่อนการรักษา	84	4.11 ± 1.73	1.13	0.84, 1.42	< 0.001*
	หลังการรักษา	84	2.98 ± 1.11			
กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ	ก่อนการรักษา	84	4.77 ± 1.30	2.44	2.07, 2.81	< 0.001*
	หลังการรักษา	84	2.33 ± 1.43			

*ทดสอบด้วย Paired t-test, กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ย 19.5 ± 2.2 คะแนน และหลังใช้มีคะแนนเฉลี่ย 19.5 ± 1.9 คะแนน ซึ่งไม่พบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังในทางสถิติ (P-value = 0.810) มีความพึงพอใจระดับมาก ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้, mean $\pm$ S.D. = 38.3 ± 6.6 มีความเป็นไปได้มาก ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีความเป็นไปได้มาก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจก่อนหลังของกลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	13.3
หญิง	26	86.7
อายุ (ปี), mean $\pm$ S.D.	30.7 $\pm$ 7.3	
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	30	100
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ จุกเงิน		
2-5 ปี	14	46.7
5-10 ปี	9	30
มากกว่า 10 ปี	7	23.3
ประสบการณ์ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยและการจัดการความปลอดภัย		
เคย	24	80
ไม่เคย	6	20
ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาล		
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ, mean $\pm$ S.D.	19.5 $\pm$ 2.2	
หลังใช้แนวปฏิบัติ, mean $\pm$ S.D.	19.5 $\pm$ 1.9	
ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้, mean $\pm$ S.D.	38.3 $\pm$ 6.6	
เป็นไปได้น้อย (1-30 คะแนน)	4	13.3
เป็นไปได้มาก (31-60 คะแนน)	26	86.7

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์และสรุป

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปลอดภัยในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุโดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model ได้แสดงให้เห็นประสิทธิผลที่ชัดเจนในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการมีแนวปฏิบัติที่เป็นระบบในการจัดการความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ซึ่งสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่า ระยะรอคอยการได้รับการจัดการความปลอดภัยได้รับการจัดการความปลอดภัยทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้แนวปฏิบัติพบว่า ระยะเวลารอคอยการจัดการความปลอดภัยแบบใช้ยาของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 11.59 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 5.29, 15.30) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่ม

ที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติที่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 56 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 33, 67.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.001) ระยะเวลารอคอยการจัดการความปลอดภัยแบบไม่ใช้ยาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 5.59, 14) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 33 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 18.59, 62.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.001) ระยะเวลารอคอยทั้งหมด พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 52.59 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 39, 75) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติที่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 67.59 นาที (พิสัยระหว่างควอไทล์ IQR: 46.59, 107) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value = 0.019) ค่าเฉลี่ยคะแนนความปลอดภัยก่อนและหลังการรักษา ระหว่างกลุ่มที่ใช้

และไม่ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการรักษา เท่ากับ 2.98 ± 1.11 ซึ่งลดลงต่ำกว่าก่อนการรักษาที่มีค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 4.11 ± 1.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการรักษา เท่ากับ 2.33 ± 1.43 ซึ่งลดลงต่ำกว่าก่อนการรักษาที่มีค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 4.77 ± 1.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติการจัดการความปวดโดยใช้กรอบแนวคิด RAT Model ที่นำมาใช้ในการประเมินและจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ จะทำให้พยาบาลสามารถจัดการความปวดได้อย่างครอบคลุม เมื่อมีขั้นตอนแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนทำให้การจัดการความปวดรวดเร็วขึ้นทำให้ระยะเวลาการรอคอยการจัดการความปวดลดลง ความพึงพอใจกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.1 ± 4.8 คะแนน ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.6 ± 3.9 แต่ไม่พบความแตกต่างในทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.538$) ให้ความเห็นว่ามีคามพึงพอใจระดับมาก อธิบายได้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจในการดูแลการจัดการความปวดที่ห้องฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าระยะเวลาในการรอคอยจะมีความแตกต่างกัน ส่วนความเป็นไปได้มากในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อาจเนื่องมาจาก แนวปฏิบัติมีรายละเอียด ขั้นตอน เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน มีความชัดเจน ทำให้พยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติไปใช้มีความพึงพอใจระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดจะส่งผลให้ความปวด

ลดลง และผู้ใช้บริการพึงพอใจ¹⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรให้ความสนใจและนำแนวปฏิบัติมาเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลตั้งแต่การคัดแยกและคัดกรองผู้ป่วยแรกที่ห้องฉุกเฉิน (ED Triage) การประเมินและการจัดการความปวดด้วยกรอบแนวคิดแนวคิด RAT Model ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลทำได้โดยอิสระและสามารถเรียนรู้ฝึกฝนได้โดยง่ายส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล หรือได้รับการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วขึ้น

2. ด้านการบริหาร ผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ควรส่งเสริม สนับสนุน ในการเพิ่มพูนสมรรถนะในการจัดการความปวดทั้งโรงพยาบาล ต่อยอดการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยในและควรมีพยาบาลผู้จัดการความปวดในหน่วยงาน และครอบคลุมถึงคลินิกการจัดการความปวดในโรงพยาบาล

3. ด้านวิจัย ควรมีการศึกษาและติดตามประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Association for the study of Pain [IASP]; 1980.
2. Abebe Dilie Afenigus. Evaluating pain in non-verbal critical care patients: a narrative review of the critical care pain observation tool and its clinical application. Front Pain Res (Lausanne) 2024;15(5):1481085.
3. Lewis K, Balas MC, Stollings JL, McNett M, Girard TD, Chanques G, et al. A Focus Update to the Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med 2025; 53(3):e711–e727.
4. Pande RK. Behavioral Pain Assessment Tool: Yet Another Attempt to Measure Pain in sedated and Ventilated Patients. Critical Care Medicine 2020;(8):617–618.
5. Joseph R, Tomanec A, McLaughlin T, Guardida J. A prospective study to compare serial

- changes in pain scores for patients with and without a history of frequent ED utilization. *Heliyon* 2021;7(6):e07216.
6. Haske D, Böttiger BW, Bouillon B, Fischer M, Gaier G, Gliwitzky B, et al. Analgesia in Patients with Trauma in Emergency Medicine. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(46):785–792.
 7. Zanden JED, Wagenaar S, Ter Maaten JM, Ter Maaten JC, Ligtenberg JJM. Pain scores, desire for pain treatment and effect on pain satisfaction in the emergency department: a prospective observation Study. *BMC Emerg Med* 2018;18(1):40.
 8. Hangaard MH, Malling B, Mogensen CB. High inter-observer agreement of observer-perceived pain assessment in the emergency department. *BMC Emerg Med* 2018;18(1):8.
 9. Ahmadi S, Vojdani P, MortezaBagi HR. The study of nurses knowledge and attitudes regarding pain management and control in emergency department. *BMC Emerg Med* 2023;23(1):26.
 10. โรงพยาบาลสกลนคร. โปรแกรมบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ปีพ.ศ.2563–2566. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2566.
 11. ขนิษฐา แซ่มไร่, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์, และ วังจันทร์ เพชรพิเศษเชียร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการจัดการความปวดจากหัตถการในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2566.
 12. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in Low and Middle Income Countries. *BJA Education* 2018;18(9):265–270.
 13. National Health and Medicine Research Council [NHMRC]. A guide to the development implementation and evaluation of clinical practice guidelines 1998 [Internet]. 1998 [Cited 2010 Mar 16]. Available From: <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines.pdf>
 14. สะอาด กองทุ่งมน. การพัฒนาและการประเมินคุณภาพการจัดการความปวดของผู้บาดเจ็บในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. ว. วิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2563;1(3): 191–203.