

**การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวด
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง**
**DEVELOPMENT OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR
PAIN MANAGEMENT AMONG POSTOPERATIVE PATIENTS
IN THE POST-ANESTHESIA CARE UNIT IN RANONG HOSPITAL**

ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ (Pinanong Rattanapathumwong)*

มาลินี อยู่ใจเย็น (Malinee Yoojaiyen)**

บทคัดย่อ

ความปวดมีความสำคัญ องค์การอนามัยโลกได้ถือความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปใช้ในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ศึกษาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากการสืบค้นข้อมูลทางการแพทย์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 8 เรื่อง ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นจากผู้เชี่ยวชาญได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .94 กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสัญญีพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 9 คน และผู้ป่วยหลังผ่าตัดอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีน้ำหนักมากกว่า 30 กิโลกรัม และได้รับการวางแผนการผ่าตัดชนิดรอได้ จำนวน 83 คน ทำการศึกษาข้อมูลในระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึงเดือนมีนาคม 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปใช้ในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง จำนวน 45 ข้อ โดยแบ่งเป็น 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในระยะก่อนผ่าตัด จำนวน 12 ข้อ 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดระยะผ่าตัดจำนวน 5 ข้อ 3) แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จำนวน 11 ข้อ 4) แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาบรรเทาปวด ในห้องพักฟื้น 12 ข้อ และ 5) แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา 5 ข้อ

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกจำนวน 83 ราย พบว่า ก่อนออกจากห้องพักฟื้นมีระดับความปวดลดลงวัดระดับความปวดได้คะแนนระดับเล็กน้อย (Numeric Rating Scale = 1-3) มากที่สุดจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.2

*พ.ย.ม. (การบริหารการพยาบาล) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระนอง

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น โดยรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.77 อยู่ในระดับมาก

4. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.71 อยู่ในระดับมาก

สรุป แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง ที่จัดทำขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้

คำสำคัญ: การจัดการความปวด, การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น, แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวด

Abstract

The Pain is a concerning which World Health Organization has been recognized as the 5th vital signs. The aim of this study was to develop clinical practice guideline for pain management of post-operative patients in Post Anesthesia Care Unit, Ranong hospital. The study is research and development. Conceptual development of the National Health and Medical Research Council, Australia were applied as a framework. This study was based on evidence-based standards, Clinical practice guidelines and eight relevant researches were also used. Content validity was reviewed by experts with 0.94 of validity index. A total of nine anesthetist-nurses and eighty-three elective patients who was over 10 years-age and weight 30 kg. or more, participated in this study. The samples were collected from October 2011 through March 2012. The analyzed techniques are class interval, percentage, average and standard deviation.

Results:

1. Clinical Practice Guidelines for pain management of Post-Anesthesia Care Unit, Ranong hospital was created into Forty-five items in five parts; Part 1: Clinical Practice Guidelines for pain management in pre-operating phase, 12 items. Part 2: Clinical Practice Guidelines for pain management in operating phase, 5 items. Part 3: Clinical Practice Guidelines for pain management of post-operating phase in recovery room, 11 items. Part 4: Clinical Practice Guidelines for pain management related to pharmacological interventions, 12 items. Part 5: Clinical Practice Guidelines for pain management related to non-pharmacological interventions, 5 items.

2. Eighty-three selected patients were assessed by Clinical Practice Guideline for Pain management prior discharge from PACU. Fifty patients (60.2%) have decrease pain intensity to mild level (NRS 1-3).

3. Patient's satisfaction rate under developed Clinical Practice Guidelines for pain management in post-operative patients in Post-Anesthesia Care Unit was 2.77 (high level).

4. Anesthetist nurse's satisfaction rate under developed Clinical Practice Guidelines for pain management in post-operative patients in Post-Anesthesia Care Unit was 2.71 (high level).

Conclusion: The Clinical Practice Guidelines for pain management of Post-operative patients in Post Anesthesia Care Unit, Ranong Hospital are practical and will be continue developed.

Key Words: Pain management, Post Anesthesia Care Unit, Clinical Practice Guideline for Pain management.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ องค์การอนามัยโลกได้ถือความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th Vital sign) (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554) การประเมินและการจัดการความปวดถือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ที่ต้องประเมินในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Duggirala, S.B., 2001) แต่ยังคงพบว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังมีความปวดในระดับปานกลางถึงปวดมากใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และมีเพียงร้อยละ 30 ที่ทราบว่ามีความเสี่ยงในการระงับปวดหลังผ่าตัด ซึ่งการจัดการความปวดหลังผ่าตัดถือเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว (Allcock, M.A., 1996)

สิ่งสำคัญอันดับแรกในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ คือพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการประเมินและการจัดการความปวดที่ถูกต้อง มีการประเมินความปวดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดควรประเมินความปวดตั้งแต่แรกรับที่ห้องพักรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดก่อนที่จะส่งกลับหอผู้ป่วย (รัตดา กำหอม และคณะ, 2544; อิศราภรณ์ กันวี, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น, 2555) วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพนั้น ควรเลือกใช้วิธีการปฏิบัติที่ได้รับการพิสูจน์ทางวิจัยแล้วว่าได้ผลดี หรือผ่านการทดลองในการปฏิบัติมาแล้วว่าได้ผลจริง นั่นคือการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ซึ่งการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ด้วยการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines [CPGs]) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ต้องอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการแก้ปัญหาด้านการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานด้วยวิธีการที่น่าเชื่อถือ ในปัจจุบันรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกมีหลายรูปแบบตามแต่ละสถาบัน โดยที่รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน และเป็นที่ยอมรับในหลายหน่วยงาน

หน่วยงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลระนอง มีหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังให้ยาระงับความรู้สึก การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาถือเป็นสมรรถนะหนึ่งของวิสัญญีพยาบาล (กานดา เลหาศิลป์สมจิตร, 2547; สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2549; American Association of Nurse Anesthetists, 2002) ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีความรู้ความสามารถที่จะประเมินระดับความปวดและให้ยาระงับปวดที่เหมาะสมตามระดับความปวดที่ประเมินได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ซึ่งปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยในระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักรักษาของโรงพยาบาลระนอง มีวิสัญญีพยาบาลหมุนเวียนกันมาปฏิบัติงานทุกสัปดาห์ อีกทั้งไม่มีวิสัญญีแพทย์และไม่มีแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบชัดเจนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เช่น ไม่มีรูปแบบการประเมินความปวด ไม่มีแนวทางการให้ยาระงับปวดที่กำหนดชัดเจน ไม่มีแบบฟอร์มการบันทึกการประเมินความปวด ผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินระดับความปวด ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับปวดเมื่อร้องขอและเน้นวิธีการใช้

ยา ส่วนวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาซึ่งถือว่าเป็นวิธีการที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพของยาระงับปวดและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลยังไม่นิยมนำมาปฏิบัติ และผู้ป่วยได้รับการดูแลในระยหลังให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น 30 นาทีทำให้ผู้ป่วยถูกส่งกลับหอผู้ป่วยโดยที่อาการปวดยังไม่บรรเทาลง การปฏิบัติต่างๆยังมีได้อยู่บนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (Evidence – based practice) แม้ว่าปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น แต่ในการปฏิบัติจริงนั้นจะต้องอาศัยทักษะบุคลากรและดุลยพินิจของแพทย์ที่ให้การรักษาในโรงพยาบาลแต่ละแห่งซึ่งแตกต่างกันไป เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง เพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และเพิ่มประสิทธิผลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

และมีประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลระนองต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง

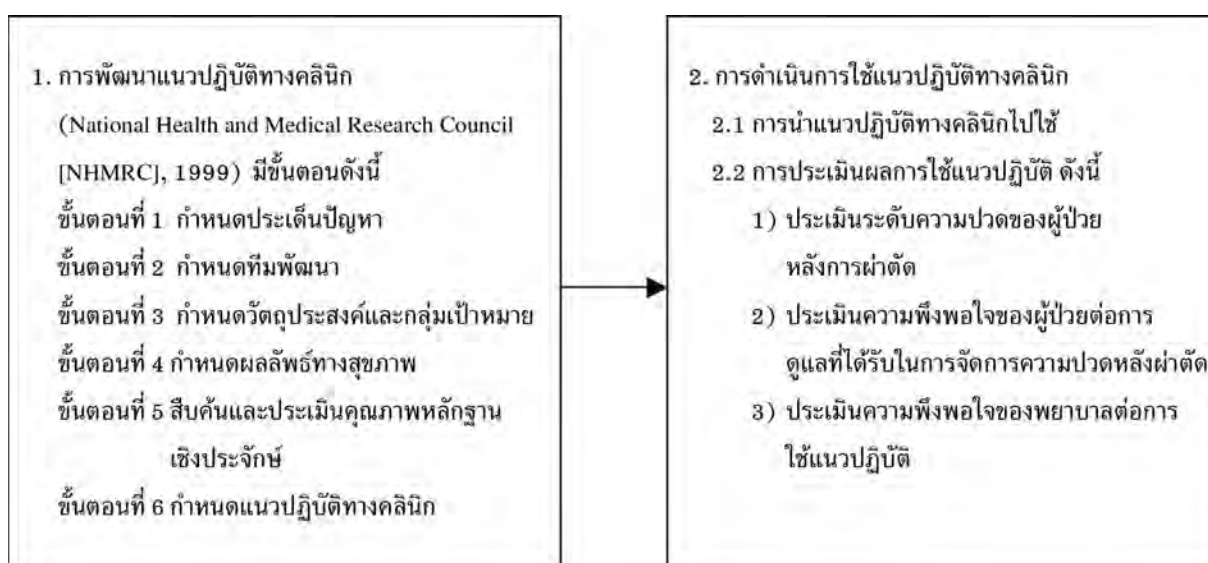
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น ดังนี้

2.1 การประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

กรอบแนวคิด



วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับบริหารจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปใช้ในห้องพักรพในโรงพยาบาลระนองในระหว่างเดือนตุลาคม 2553 – มีนาคม 2554

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. วิทยาลัยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลระนอง จำนวน 9 คน
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป และมีน้ำหนักมากกว่า 30 กิโลกรัม ที่ได้รับการวางแผนการผ่าตัดชนิดรอได้ และได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนอง โดยผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อน ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และขออนุญาตสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในเชิงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบและไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินดีเข้าร่วมวิจัยหลังจากที่ได้รับคำอธิบายแล้ว

วิธีดำเนินการ

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ของสภาวิจัยทางการแพทย์

และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 1999) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก มีขั้นตอนดังนี้ 1) กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาในการดำเนินงาน 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ 5) สืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 6) การกำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิก ระยะที่ 2 เป็นระยะดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีขั้นตอนดังนี้ 1) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 2) การประเมินผลลัพธ์

2. การดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

2.1 การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้ ผู้วิจัยประชุมชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นให้แก่วิสัญญีพยาบาล โดยนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักรพ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ก่อนนำไปใช้จริง พร้อมทั้งตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้วิจัยติดตามชี้แนะให้คำแนะนำเพิ่มเติมเป็นรายบุคคลและจัดกลุ่มประชุมสอบถามความคิดเห็นเพิ่มเติม พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง จึงจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มก่อนนำไปใช้จริง

2.2 การนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวิสัญญีพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อให้รับทราบการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามแบบการบันทึกดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักรพ โรงพยาบาลระนอง และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับในการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วย โดยแจก

แบบสอบถามให้แก่ผู้ป่วยในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และแบบประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบาย หลังเสร็จสิ้นการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวนข้อคำถาม 45 ข้อ ได้นำแบบสอบถามความเป็นไปได้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจำนวน 5 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามการให้คำแนะนำคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .94 ลักษณะข้อคำถามทั้งหมดเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) เกณฑ์การให้คะแนน คือ เป็นไปได้เท่ากับ 1 คะแนน เป็นไปไม่ได้เท่ากับ 0 คะแนน ประเมินผลการปฏิบัติได้เป็นร้อยละ กำหนดเกณฑ์การสรุปผลที่มากกว่าร้อยละ 75

2. แบบประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง

2.1 แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลระนอง ข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ ชนิดการผ่าตัด สภาพผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น American Society of Anesthesia (ASA physical status) การประเมินระดับความปวด โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่รู้สึกปวด คะแนน 1 – 3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย คะแนน 4 – 6 หมายถึง ปวดปานกลาง และคะแนน 7 – 10 หมายถึง ปวดมาก จำนวนครั้งของการได้รับยาระงับปวด คะแนนง่วงซึม (Sedation score) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวทางการจัดการความปวด

2.2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อการจัดการความปวดที่ได้รับหลังใช้

แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การผ่าตัดที่เคยได้รับ 2) แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต่อการจัดการความปวดที่ได้รับหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 13 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบแบ่งระดับความพึงพอใจให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .91 หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธี cronbach 's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .95

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิก ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ วุฒิการศึกษา สูงสุด ประสบการณ์การทำงาน 2) ความพึงพอใจของวิสัญญีต่อการใช้นโยบายทางคลินิกของพยาบาลวิสัญญี จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบแบ่งระดับความพึงพอใจให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงเป็นความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต

ผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง นำเสนอข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น ของกลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาล ดังนี้

1.1 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก จากจำนวน 12 ข้อคำถาม มีความเป็นไปได้ทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 100

1.2 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวด ในระยะให้ยาระงับความรู้สึก จากจำนวน 5 ข้อคำถาม มีความเป็นไปได้ทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 100

1.3 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวด ในระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก ในห้องพักฟื้น จากจำนวน 11 ข้อคำถาม มีความเป็นไปได้ทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 100

1.4 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโดยวิธีใช้ยาระงับปวด จากจำนวน 13 ข้อคำถาม มีความเป็นไปได้ทุกข้อ ร้อยละ 100

1.5 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโดยวิธีไม่ใช้ยาระงับปวด จากจำนวน 5 ข้อคำถาม มีความเห็นเป็นไปได้ร้อยละ 100 มีจำนวน 3 ข้อ รองลงมาคือ ร้อยละ 88.88 คือการสัมผัสเพื่อการดูแล และร้อยละ 77.78 คือการใช้วิธีการผ่อนคลายด้วยการหายใจแบบลึก

ผลของการตอบแบบสอบถามและการประชุมกลุ่มวิสัญญีพยาบาล ได้ผลสรุปว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่จัดทำขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้ทุกข้อ จึงได้ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนองให้อยู่ในรูปแบบแผนภูมิประกอบด้วย 4 แผนภูมิ ดังนี้

แผนภูมิ 1 แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

แผนภูมิ 2 แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในระยะให้ยาระงับความรู้สึก

แผนภูมิ 3 แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นอย่างน้อย 1 ชั่วโมง

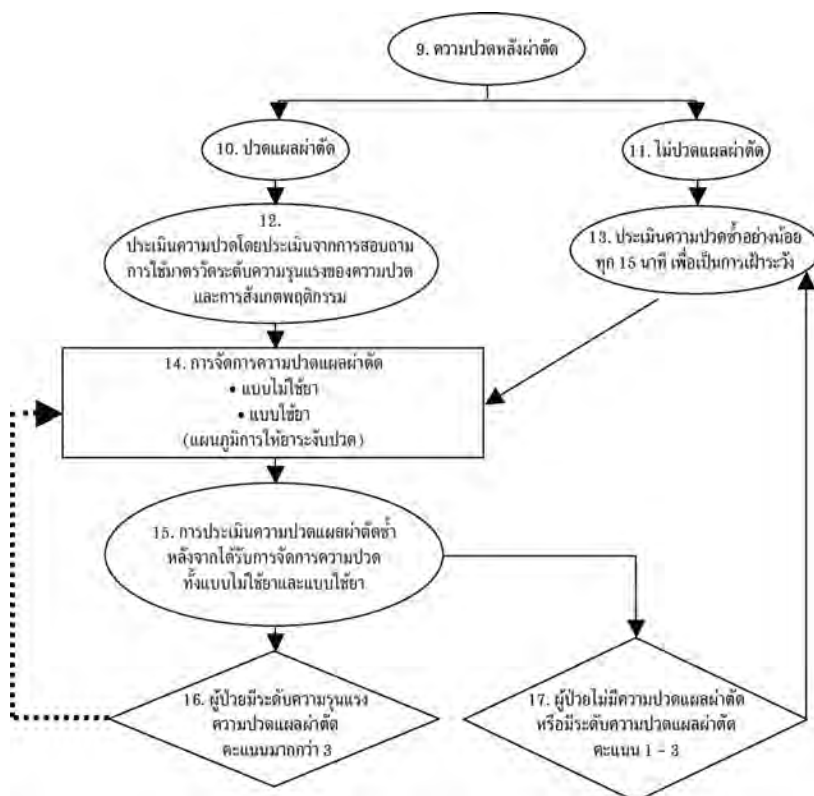
แผนภูมิ 4 แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยการใช้ยาระงับปวดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง แผนภูมินี้ประกอบด้วย การประเมินความปวดของผู้ป่วย ประเมินระดับความรู้สึกตัว และให้ยาระงับปวดตามระดับความปวดจนกว่าจะดีขึ้น



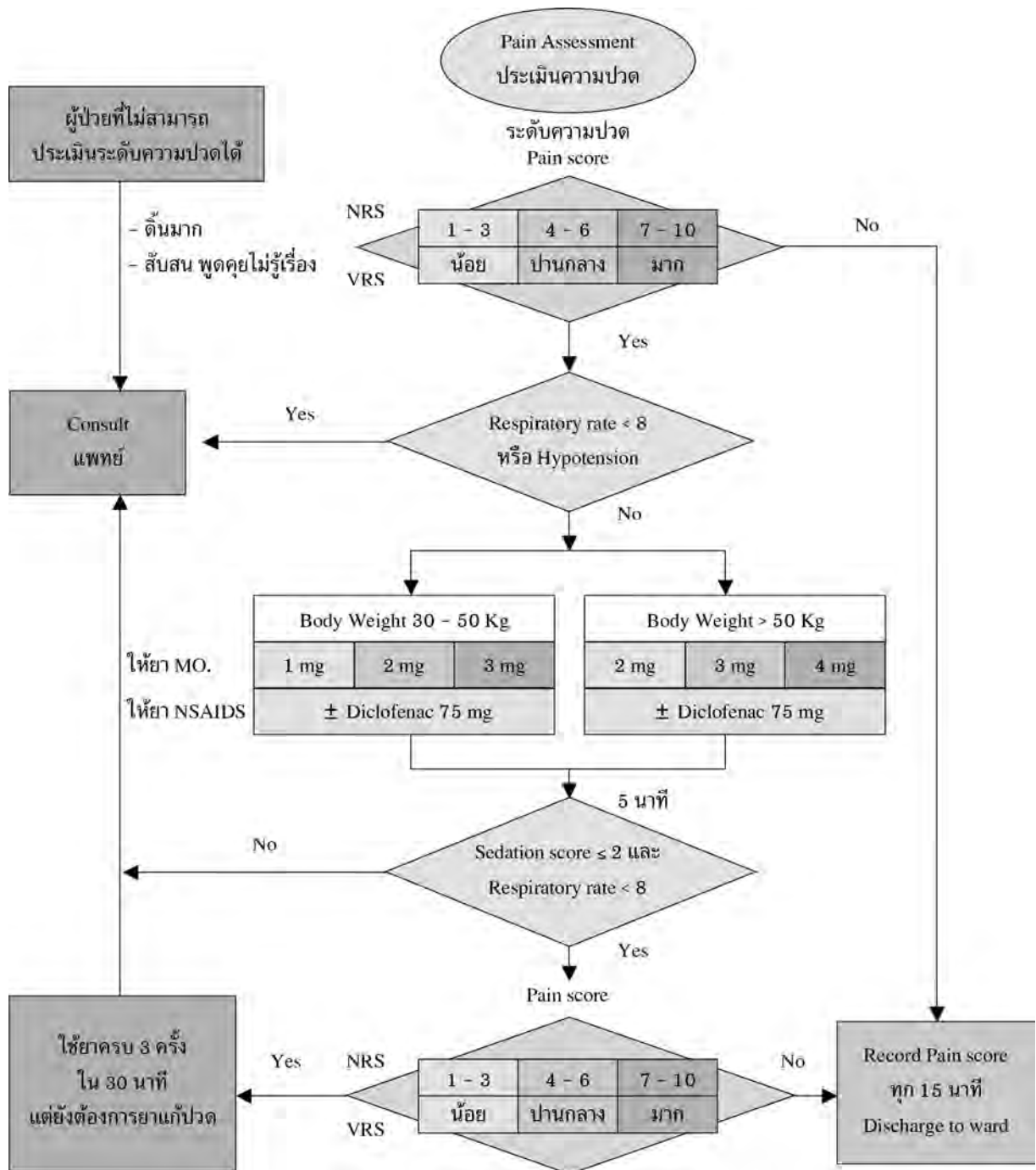
แผนภูมิ 1 แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก



แผนภูมิ 2 แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวด ในระยะให้ยาาระงับความรู้สึก



แผนภูมิที่ 3 แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวด ในระยะหลังให้ยาาระงับความรู้สึก ในห้องพักฟื้นอย่างน้อย 1 ชั่วโมง



แผนภูมิ 4 แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด
โดยใช้ยาระงับปวดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง

หมายเหตุ :

- ห้ามใช้ยา Morphine ในผู้ป่วยที่ไวต่อ histamine เช่น ผู้ป่วยหอบหืด หรือผู้ป่วยผิดปกติรุนแรง
- ห้ามใช้ยา Diclofenac ในผู้ป่วยแพ้ Aspirin หอบหืด ไตผิดปกติรุนแรง แผลในกระเพาะอาหาร
- ผู้สูงอายุ พิจารณาใช้ Morphine หรือ Fentanyl ลดขนาดลงครึ่งหนึ่ง

ส่วนที่ 2 ผลการใช้แนวปฏิบัติในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น

2.1 ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับของความปวด (pain score) ในการใช้แนวปฏิบัติ

ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน ระดับความปวดตามแนวปฏิบัติด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นพบว่า แกร็บและก่อนจำหน่าย มีผู้ป่วยได้รับการประเมิน 83 ราย เมื่อผู้ป่วยถึงห้องพักฟื้น มีระดับความปวดแกร็บที่ระดับปานกลางมากที่สุด (Numeric Rating Scale คะแนน 4-6) จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.3 ที่เวลา 15 นาทีในห้องพักฟื้นมี

ระดับความปวดที่ระดับเล็กน้อย (NRS 1-3) มากที่สุด จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.1 ระดับความปวดที่เวลา 30 นาทีในห้องพักฟื้นมีความปวดที่ระดับเล็กน้อย (NRS 1-3) มากที่สุด จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.1 ระดับความปวดที่เวลาก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้น (60 นาที) มีความปวดที่ระดับเล็กน้อย (NRS 1-3) มากที่สุด จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.2

ผู้ป่วยในระยะแกร็บในห้องพักฟื้น จะได้รับ ยาระงับปวดเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.43 และก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้นพบว่าไม่ได้รับ ยาระงับปวดเลยทั้ง 83 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระดับความรุนแรงและจำนวนการได้รับยาระงับปวดในห้องพักฟื้น (n = 83)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (คน) และร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินความปวด				
	แกร็บ	15 นาที	30 นาที	45 นาที	ย้ายออก
ระดับความปวด (pain score)					
ไม่ปวด (NRS 0)	14 (16.9)	12 (14.5)	14 (16.9)	18 (21.7)	21 (25.3)
ปวดเล็กน้อย (NRS 1-3)	16 (19.2)	27 (32.5)	36 (43.4)	40 (48.1)	50 (60.2)
ปวดปานกลาง (NRS 4-6)	31 (37.3)	25 (30.1)	21 (25.3)	22 (26.4)	12 (14.4)
ปวดมาก (NRS 7-10)	22 (26.4)	19 (22.8)	12 (14.4)	3 (3.6)	-
การได้รับยา					
ได้รับยาระงับปวด	46 (55.4)	40 (48.2)	22 (26.5)	6 (7.2)	-
ไม่ได้ยาระงับปวด	37 (44.6)	43 (51.8)	61 (73.5)	77 (92.8)	83 (100.0)

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับปวด มีอาการคลื่นไส้ไม่มีอาเจียน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.2 มีผื่นแพ้ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.2 และไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรง คือ ภาวะง่วงซึมอย่างรุนแรง (Sedation score = 3) และไม่พบภาวะกดการหายใจจากการได้รับยาระงับปวด

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น

ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 อยู่ในระดับมาก

2.3 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล
ต่อการใช้นาฬิกาชีพจรทางคลินิกด้านการจัดการความปวด
หลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น

ความพึงพอใจของพยาบาลวิสัญญี
ต่อการใช้นาฬิกาชีพจรทางคลินิกด้านการจัดการความปวด
หลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71
อยู่ในระดับมาก

อภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการ จัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง

จากแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการ
นำแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดใน
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปใช้ในท้องพักฟื้นโรงพยาบาลระนอง
จำนวน 45 ข้อนั้น พบว่าร้อยละ 100 ของวิสัญญีพยาบาล
มีความเห็นว่าเป็นไปได้ในการประเมินและการจัดการ
ความปวดในทั้งในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะ
ให้ยาระงับความรู้สึก ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก
ในท้องพักฟื้น และการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดในท้องพักฟื้นโดยการให้ยาระงับปวด ส่วนการ
จัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยวิธีการไม่ใช้ยา
พบว่ามีร้อยละ 100 ของพยาบาลวิสัญญีมีความคิดเห็น
ว่าเป็นไปได้ 3 ข้อ คือ 1) การให้ข้อมูล (Information)
การให้ข้อมูลที่ถูกต้องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด 2) การใช้
เทคนิคผ่อนคลาย (Relaxation) 3) การจัดท่าผู้ป่วย
(Positioning) ส่วนข้อคิดเห็นในเรื่องการสัมผัสเพื่อ
การดูแล (Caring touch) พยาบาลวิสัญญีมีความเห็น
ว่าเป็นไปได้ร้อยละ 88.89 โดยให้เหตุผลว่าในกรณีผู้ป่วย
พักฟื้นพร้อมกันหลายคน ทำให้ภาระงานมากขึ้น และ
จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ การปฏิบัติการพยาบาลใน
การสัมผัสอาจทำได้ไม่ทั่วถึง ซึ่งการศึกษาของ Ersek,
M & Poe, M.C. (2004) กล่าวว่า การสัมผัสเป็นการ

กระตุ้นบริเวณผิวหนัง เมื่อผิวหนังได้รับการกระตุ้น
โดยประสาท มีลักษณะที่คล้ายกับการนวดหรือการสัมผัส
เบาๆ ทำให้มีการยับยั้งกระแสประสาทความเจ็บปวดใน
ระดับไขสันหลัง ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลายด้านจิตใจ
สอดคล้องกับมณฑิชา แสนทวิสุข (2541) ได้ศึกษา
ผลการสัมผัสและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน
ต่อระดับความวิตกกังวลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการ
ปฏิบัติตนร่วมกับการสัมผัสมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า
ผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนอย่าง
เดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และข้อคิดเห็นในเรื่อง
การใช้วิธีการผ่อนคลายด้วยการหายใจแบบลึก วิสัญญี
พยาบาลมีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ ร้อยละ 77.78 โดย
ให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้นบางส่วนยังมี
อาการง่วงซึมจากฤทธิ์ยา และมีข้อจำกัดในผู้ป่วยผ่าตัด
ช่องท้องเพราะการหายใจเข้าจนกระทั่งลมดันท้องให้
โป่งออกจะทำให้แผลตึงมากขึ้น ส่งผลให้ปวดแผลเพิ่ม
ขึ้นได้ ซึ่งจากงานวิจัยของสิรินยา พวงจำปา (2548)
เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้
เทคนิคผ่อนคลายสามารถบรรเทาอาการปวดแบบเฉียบ
พลันได้โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้า
ออกลึก ๆ จะสามารถทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย
ได้ ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์
เฉพาะบุคคล แม้ว่าการจัดการความปวดด้วยวิธีการ
ไม่ใช้ยาจะเป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของ
การจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยา และเป็นบทบาท
อิสระของพยาบาล ในทางปฏิบัติยังมีความเห็นทั้งเป็น
ไปได้และเป็นไปไม่ได้ ในส่วนที่เห็นว่าเป็นไปไม่ได้
ส่วนใหญ่เกิดจากภาระงานที่มาก พยาบาลมีความเร่ง
ด่วนที่จะปฏิบัติการพยาบาลด้านอื่นก่อน ดังนั้นการ
บรรเทาปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพพยาบาล
ต้องมีเวลาให้กับผู้ป่วยโดยตรง และต้องมีการฝึกให้มี
ความชำนาญ (McCaffery, M., 2002)

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลระนอง

2.1 การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการปวดครบทุกคนในขณะแรกรับและก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น ส่วนอาการข้างเคียงของยาระงับปวด พบว่าเกิดขึ้นไม่มากมีอาการแต่ไม่ต้องการรักษา ไม่พบการกดการหายใจ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้วิเคราะห์ชนิดของยาระงับปวดแต่ละชนิด แต่มองในภาพรวมว่าการให้ยาระงับปวดตามแนวทางที่กำหนดมีผลต่อการลดอาการปวดหรือไม่ ซึ่งขนาดยาระงับปวดที่ใช้พบว่าให้ผลระงับปวดตามแนวทางที่วางไว้ ดังนั้นการให้ยาระงับปวดขนาดน้อยตามขนาดของคะแนนความปวดพบว่ามีประสิทธิภาพและปลอดภัย (อุมาภรณ์ พงษ์พันธุ์, 2550)

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายทางคลินิกด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า นโยบายที่มีความชัดเจน ทำให้มีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวด ซึ่งการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ทำให้เกิดผลดีในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าการปฏิบัติอยู่ทุกวัน (ฉวีวรรณ ธงชัย,

2548) การจัดการความปวดนอกจากจะเป็นสิทธิผู้ป่วยและเป็นเรื่องของมนุษยธรรมแล้ว ยังมีผลต่อสรีระและภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วย ถ้าผู้ป่วยไม่มีความปวดจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนน้อยลง ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลสั้นลง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนการใช้นโยบายทางปฏิบัติทางคลินิกเป็นระยะ ทั้งนี้เพื่อจะได้มีการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางปฏิบัติให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น บุคลากรใหม่ ยาบรรเทาปวดชนิดใหม่ เป็นต้น

2. การจัดการความปวดหลังผ่าตัด จะได้ผลดีต้องให้การดูแลรักษาร่วมกันเป็นทีม โดยมีการวางแผนร่วมกันตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ครอบคลุมไปถึงหลังการผ่าตัด จากผลการศึกษาที่ได้ควรนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้การดูแลจนกระทั่งกลับบ้าน เพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการ

เอกสารอ้างอิง

- กานดา เลาหลิมปัสมจิตร. (2547). *การศึกษาศรรณะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลวิสัญญี*
โรงพยาบาลรัฐ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ ธงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*. 20(2), 63-74.
- นวลสกุล แก้วลาย. (2545). *การวิเคราะห์เมตากับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์*. กรุงเทพฯ: พริน
- มณฑิชา แสนทวีสุข. (2541). *ผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการสัมผัสต่อระดับความวิตก*
กังวลและการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา
การแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัตดา กำหอม, มลีนี วงศ์สวัสดิวัฒน์, วัฒนรัตน์ ฤกษ์ประกรกิจ, สมบูรณ์ เทียนทอง, กชกร พลาชีวะ,
พิกุล มะลาไสย์. (2544). การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นตามแผนภูมิ
การระงับปวดที่กำหนดขึ้น. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 16(4), 251 - 6.
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทยร่วมกับ
สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2554). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน*
หลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย.
(2549). *หน้าที่รับผิดชอบหลักและสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- สิรินยา พวงจำปา. (2548). *การทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อบรรเทาปวดเฉียบพลัน*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- อิศราภรณ์ กันวี, น้าอ้อย ภักดิ์วงศ์, วารินทร์ บินโฮเซ็น. (2555). สถานการณ์การจัดการความปวดในห้อง
พักฟื้น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก. *วารสารบำราศนราดูร*, 6(2), 87- 97
- อุมาภรณ์ พงษ์พันธุ์. (2550). *การศึกษาการไต่ยาระงับปวดตามแนวทางการระงับปวดในห้องพักฟื้น*
โรงพยาบาลลำปาง. *วิสัญญีสาร*. 33(3), 176-82.
- Allcock, M.A. (1996). Factors effecting the assessment of postoperative pain: A literature review.
Journal of Advanced Nursing, 24(3), 114-115.

- American Association of Nurse Anesthetists. (2002). Qualification and capability of the certified registered nurse anesthetists. [On line]. Retrieved from: <http://www.aana.com/crna/qualification.asp>.
- Duggirala, S.B.(2001). Implementing the JCAHO pain management standards. [On line]. Retrieved from: http://www.painjournal.Nel/new_page_6.htm.
- Ersek, M., & Poe,M.C. (2004). Pain. In M.M.Levis, S.R.Henkemper, &S.R.Dirksen (Eds.) *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems*. (6th ed.,pp.131-159). St. Louis:Mosby.
- McCaffery, M.(2002) What is the role of nondrug methods in the nursing care of patient with acute pain? *Pain Management Nursing*. 3(3), 77-80.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1999). A guideline to the development, implementation and evaluation of practice guidelines. [On line].Retrieved from: <http://www.health.gov.au/nhmrc/publication/pdf/cp.30.pdf>.