



การพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

Development and Feasibility Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines of Postoperative Pain Management in Recovery Room

หรรณิษา บุญโสภา พย.บ (Rogeebah Boonsoh, APN.)¹
สุมาลี ฉันทวิลาส พย.บ (Sumalee Chanthawilas, RN.)²
มาริสสา สุวรรณราช Ph.D (Marisa Suwanraj, Ph.D)³

บทคัดย่อ

บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดมากขึ้น แต่ผู้ป่วยยังได้รับการระงับปวดหลังผ่าตัดไม่เพียงพอและยังพบผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง จากการจัดการความปวดที่ไม่ประสบผลสำเร็จ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติ โดยอิงกรอบแนวคิดสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติออสเตรเลีย 2) ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จากพยาบาลวิสัญญี 5 ราย และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วย 163 ราย เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัย จากการสังเคราะห์งานวิจัยและทบทวนวรรณกรรม จำนวน 25 เรื่อง ระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานในระดับ 1-4 พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย คือ 1) วิธีการประเมินความปวด แบ่งหลักๆ เป็น วิธีประเมินสำหรับผู้ป่วยสื่อสารได้ดีและผู้ป่วยสื่อสารได้จำกัด และนำหลักการให้ทฤษฎี มาปรับใช้ในการจัดกลุ่มโดยใช้สัญลักษณ์สีจราจร 2) การดูแลจัดการความปวด ใช้แบบผสมผสาน มีรูปแบบการจัดการความปวดแบ่งหลักๆ เป็น การจัดการความปวดด้วยยา และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 3) การติดตามผลการบรรเทาความปวดหลังได้รับการรักษา และ 4) การประเมินระดับความปวดซ้ำและการบันทึก ส่วนการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พบ แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยรวมในระดับสูง ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติอยู่ระดับมากที่สุด ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ และมีการประเมินความปวดซ้ำก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย/กลับบ้านทุกราย

สรุปแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้ ดังนั้นควรศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติในห้องพักฟื้นในโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติต่อไป

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, การจัดการความปวดหลังผ่าตัด, ห้องพักฟื้น

¹APN สาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหวี เบอร์โทรศัพท์ 081-2849955 E-mail: bahsoh@gmail.com

²พยาบาลวิสัญญี งานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหวี

³อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา

Abstract

Although health personnel have a better understanding of pain, patients are still receiving inadequate pain management after surgery. Evidences found that postoperative patients with moderate to severe pain received ineffective pain. This study aimed to: 1) develop Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg) of postoperative pain management in recovery room based on the conceptual framework of the National Health and Medical Research Council of Australia, 2) evaluate feasibility of the CNPg implemented by 5 anesthetist nurses, and 3) evaluate clinical outcomes of 163 patients. Research instruments included: a) the CNPg feasibility evaluation form, b) satisfaction toward using CNPg form, and c) demographic data form. Data was analyzed using descriptive statistics.

The results showed that there were 25 research articles with the credibility and quality of evidence level 1-4 were included to developing the CNPg

The contents of the CNPg consisted of: 1) pain assessment methods to be used for patients with good or limited communication. The principles of the color theory were applied to identify the level of pain, 2) the postoperative pain managements that were using and without using medication, 3) monitoring after pain management, and 4) pain reassessment and documentation. The feasibility of implementing CNPg on postoperative pain management in recovery room was at a high level. The satisfaction toward using CNPg among anesthetist nurses was at a high level. The clinical outcomes of the patients in terms of pain management and pain reassessment were implemented in all patients before referring them from recovery room to inpatient wards and discharge them from hospital.

The results show that the developed CNPg can be used to manage postoperative pain. Therefore the CNPg should be implemented in the recovery room of other hospitals to further improvements of the CNPg.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, Postoperative Pain Management, Recovery Room

บทนำ

ปัจจุบันถึงแม้ว่าบุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดมากขึ้น แต่ผู้ป่วยยังได้รับการระงับปวดหลังผ่าตัดไม่เพียงพอ โดยพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 30 - 80 มีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง จากการจัดการความปวดที่ไม่ประสบผลสำเร็จ (Apfelbaum, Chen, Mehta & Gan, 2003) การจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ พบจากหลายสาเหตุ เช่น ผู้ให้การระงับปวดยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาแก้ปวด ผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลมีทัศนคติที่ว่าความปวดหลังการผ่าตัดเป็นเรื่องปกติที่จะต้องเกิดขึ้นและจะค่อย ๆ หายไปเอง ขาดการประเมินความปวดที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ ไม่มียาระงับปวดที่เหมาะสม เป็นต้น ความปวดหลังผ่าตัดก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย คือผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้แรงและไอได้เต็มที่ (Lorraine, 2010) อาจเกิดภาวะถุงลมแฟบและปอดอักเสบตามมา ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดล่าช้า เพิ่มระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยครอบครัวและระบบบริการสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น (Liu & Wu, 2007) และอาจเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยบางกลุ่มมีอาการทรมานถึงขั้นถึงแก่ชีวิตได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจต้องทำงานมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การประเมินความปวดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบและแนวจัดการความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดที่หลากหลาย (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554) และมีการนำการประเมินความปวดมาใช้หลากหลายวิธี (Donna, 2008) เช่น แบบมาตรวัดความปวดโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนนความรู้สึกปวดแบบบอกตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนนความรู้สึกปวด แบบประเมินมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale: VAS) โดยให้ผู้ป่วยชี้จุดคะแนนความปวด การใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด (Facial Scales) การประเมินความปวดโดยสังเกตจากพฤติกรรมของผู้ป่วย (Behavioral scales) เป็นต้น ถึงแม้ว่ามีการใช้แบบประเมินความปวดที่หลากหลายแต่ยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดเกี่ยวกับแบบประเมินที่เหมาะสมในการใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด (Katja, Sanna, Marjaana & Markku, 2005)

การจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด (Lorraine McMain, 2010) ขึ้นกับชนิดของการผ่าตัดและสภาพของผู้ป่วย แบ่งเป็น การจัดการความปวดด้วยยา และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ในประเทศไทยมีการศึกษาไว้หลายวิธี ได้แก่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ การประคบร้อนและเย็น การนวด และการสร้างจินตภาพ (ศิริพร อุตสาหพานิช และโสภิตา ทัดพินิจ, 2554) จากการศึกษาของ จรรยา หมื่นรังสี, ฉวีวรรณ ธงชัย และมยุรี สำราญญาติ (2556) ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือดไปใช้พบว่า พยาบาลมีประสบการณ์และมีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันทั้งในด้านการประเมินความปวดในระยะหลังผ่าตัด การประเมินภาวะแทรกซ้อน และการแก้ไขปัญหาที่



เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ขาดการประเมินความปวดซ้ำ หรือมีการประเมินแต่ไม่มีบันทึกทางการพยาบาล และยังพบว่า พยาบาลใช้การจัดการความปวดด้วยวิธีที่เหมาะสมกับระดับความปวดเพียงร้อยละ 50 มีการประเมินความปวดและการบันทึกข้อมูลความปวดซ้ำภายหลังการจัดการความปวดเพียงร้อยละ 12.5 การศึกษานี้สอดคล้องกับปัญหาการจัดการความปวดในห้องพักฟื้นของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหว้า ซึ่งพบว่า พยาบาลวิสัญญีใช้การจัดการความปวดด้วยวิธีที่หลากหลาย ขาดการประเมินความปวดซ้ำ หรือมีการประเมินแต่ไม่มีบันทึกทางการพยาบาล

ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกขึ้นเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลวิสัญญีผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เป็นมาตรฐานเดียวกัน และส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย การศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ และการประเมินความปวดซ้ำก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย/กลับบ้านทุกราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น
2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสังเคราะห์งานวิจัยและทบทวนวรรณกรรม สรุปเป็นแนวคิดในการประเมินและการจัดการความปวด ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) วิธีการประเมินความปวด 2) การดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัด 3) การติดตามผลการบรรเทาความปวดหลังได้รับการรักษา และ 4) การประเมินระดับความปวดซ้ำและการบันทึก ซึ่งมีเป้าหมายนำแนวปฏิบัติที่สรุปเป็นแนวคิดเพื่อให้การระงับปวดหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อน

ผู้วิจัยนำแนวคิดในการประเมินและการจัดการความปวดดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยประยุกต์แนวปฏิบัติการระงับปวดเฉียบพลันของสมาคมการศึกษา เรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยอิงกรอบแนวคิดสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 1999)



การศึกษาครั้งนี้จึงแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์และกำหนดปัญหา การกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ทางคลินิก การทบทวนและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ การร่างแนวปฏิบัติโดยใช้แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ศัลยแพทย์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิสัญญี) และ 2) การประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้

ระเบียบวิธีการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติ

1.1 การศึกษาสถานการณ์และกำหนดปัญหา ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการห้องพักฟื้นทั้งหมด จำนวน 60 ราย ช่วงเดือนกันยายน 2555 โดยการรวบรวมข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ การสังเกตการปฏิบัติ การสอบถามวิสัญญีพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย และการสอบถามผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจากวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมีประสบการณ์และมีการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันในด้านการประเมินความปวดในระยะหลังผ่าตัด การประเมินภาวะแทรกซ้อน และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ขาดการประเมินความปวดซ้ำ หรือมีการประเมินแต่ไม่มีบันทึกทางการแพทย์

1.2 การกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับความปวดหลังการผ่าตัดในห้องพักฟื้นและกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ และการประเมินความปวดซ้ำก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย/กลับบ้านทุกราย

1.3 การทบทวนวรรณกรรมและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดคำสำคัญที่ใช้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วย PICO format คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ Pain Assessment Tools, Post-operative Pain, Pain Management, Recovery Room และเพิ่มเติมคำสำคัญที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการศึกษา ได้แก่ Protocol, Guideline สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ และวิจัยในประเทศไทย ฐานข้อมูล PUBMED, CINAHL, The Cochrane Collaboration, MEDLINE และ Thai JO ในช่วงปี ค.ศ. 2005 – 2014

การประเมินคุณภาพของหลักฐาน ใช้วิธีการ จัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกซ์ (Joanna Briggs Institute, 2009) ดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานอ้างอิงมาจากการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Randomized Controlled Trials [RCT]) ทั้งหมด หรือเป็นงานวิจัย



เชิงทดลองแบบสมบูรณที่มีช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) แคบอย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 2 หลักฐานอ้างอิงมาจากการวิจัยเชิงทดลองแบบสมบูรณที่มีช่วงความเชื่อมั่นกว้างอย่างน้อย 1 เรื่อง หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental studies) ที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (without randomization)

ระดับ 3a หลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาไปข้างหน้า (Cohort studies with control group)

ระดับ 3b หลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาย้อนหลัง (Case-controlled)

ระดับ 3c หลักฐานอ้างอิงมาจากวิธีการสังเกต (Observational studies without control group)

ระดับ 4 หลักฐานอ้างอิงมาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านประสบการณ์ทางคลินิก ผลการศึกษาเชิงสรีรวิทยาในห้องปฏิบัติการ (Physiology bench research) หรือรายงานของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆ (Consensus)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินข้อเสนอแนะของการนำสู่การปฏิบัติ (JBI, 2009) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกรด A เป็นข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนมาก โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ความสำคัญและมีประสิทธิผลที่ดีเลิศในการปฏิบัติ สมควรนำมาประยุกต์ใช้มาก

เกรด B เป็นข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนปานกลาง ความเหมาะสม ความสำคัญและมีประสิทธิผล สมควรต้องมีการพิจารณารับรองก่อนนำมาประยุกต์ใช้

เกรด C เป็นข้อเสนอแนะที่ไม่มีเหตุผลสนับสนุนนำมาประยุกต์ใช้

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการศึกษารุ่นนี้ มีจำนวน 25 เรื่อง ดังตาราง 1



ตาราง 1 ผลงานวรรณกรรม จำแนกตามการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ และการประเมินข้อเสนอแนะของการนำสู่การปฏิบัติ

ลำดับ	ผลงานวรรณกรรม	การประเมินคุณภาพของหลักฐาน	การประเมินข้อเสนอแนะของการนำสู่การปฏิบัติ
1	วิภารัตน์ สุวรรณไพบูลย์ (2554)	รายงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ: ระดับ 1	เกรด A
2	ทิพวรรณ บุญสนอง, ทวีรัตน์ แสงจันทร์ และประณีต ส่งวัฒนา (2554)	รายงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ: ระดับ 1	เกรด A
3	Liu & Wu (2007)	รายงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ: ระดับ 1	เกรด A
4	ปานใจ อินพุ่ม และมลิลักษณ์ ภักดีนวล (2550)	Randomized controlled trials (RCT): ระดับ 1	เกรด A
5	ศิริพร อุตสาหพานิช และโสภิตา ทัดพินิจ (2554)	รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง: ระดับ 2	เกรด A
6	เพ็ญประภา อิ่มเอิบ, วรวิพรรณ คงชุม, กรณิศ หริ่มสืบ และคณะ (2555)	รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง: ระดับ 2	เกรด A
7	จรรยา หมื่นรังสี, ฉวีวรรณ ธงชัย และมยุรี สำราญญาติ, (2556)	รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง: ระดับ 2	เกรด A
8	Katja Heikkinen, Sanna Salanterä, Marjaana Kettunen and Markku Taittonen (2005)	รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง: ระดับ 2	เกรด A
9	มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์ (2552)	รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง: ระดับ 3a	เกรด A
10	สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, ฉวีวรรณ ธงชัย และมยุรี สำราญญาติ (2554)	รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง: ระดับ 3a	เกรด A
11	เกสร วงศ์วัฒนากิจ และปาริฉัตร อารยะจารุ (2556)	รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง: ระดับ 3a	เกรด A
12	นงลักษณ์ สุสร (2554)	รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง: ระดับ 3a	เกรด B
13	วัชรภรณ์ หอมดอก, นันทา เล็กสวัสดิ์ และวันชัย มั่งคั่ง (2548)	รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง: ระดับ 3b	เกรด A
14	Aubrum, Paqueron, & Lanyeron (2003)	รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง: ระดับ 3c	เกรด A
15	Wu, Cohen, Richman, Rowlingson, Courpas, & Cheung (2005)	รายงานการวิจัยกึ่งทดลอง: ระดับ 3c	เกรด A

ลำดับ	ผลงานวรรณกรรม	การประเมินคุณภาพของ หลักฐาน	การประเมินข้อเสนอแนะ ของการนำสู่การปฏิบัติ
16	พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง, ยุวดี หันตุลา, วิมลรัตน์ กฤษณะประกกรกิจ และสุนันท์ สิมะจาริก (2550)	รายงานวิจัยเชิงบรรยาย: ระดับ 4	เกรด A
17	Apfelbaum, Chen, Mehta, & dan (2003)	รายงานวิจัยเชิงบรรยาย: ระดับ 4	เกรด A
18	มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, สหทัยา ไพบูลย์วรชาติ, วิมลรัตน์ ศรีราช, ลัดดา วงษ์พันธ์มงคล, สุนันท์ สิมะริก และสมบุรณ์ เทียนทอง (2551)	รายงานวิจัยเชิงบรรยาย: ระดับ 4	เกรด B
19	จุฬาลักษณ์ สุวรรณทินประภา, สมบุรณ์ เทียนทอง, วิมลรัตน์ ศรีราช, กชกร พลาชีวะ, วิริยา ถิ่นชิลอง และมนีนรัตน์ ธนानันต์ (2552)	รายงานวิจัยเชิงบรรยาย: ระดับ 4	เกรด B
20	สุตาภรณ์ พัยคมเรือง, จริญญา วิทยะศุกร, วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ และสุวรรณี สุระศรีวงศ์ (2553)	รายงานวิจัยเชิงบรรยาย: ระดับ 4	เกรด B
21	อุษา เอี่ยมละออ และสุวิชา ชุ่มชื่น (2554)	รายงานวิจัยเชิงบรรยาย: ระดับ 4	เกรด B
22	กฤษณะ ชิงค์ มอนเทอร์ (2555)	รายงานวิจัยเชิงบรรยาย: ระดับ 4	เกรด B
23	ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษา เรื่อง ความปวดแห่งประเทศไทย (2554)	รายงานเอกสารวิชาการ: ระดับ 4	เกรด A
24	Brow (2008)	รายงานเอกสารวิชาการ: ระดับ 4	เกรด A
25	Mcmain (2010)	รายงานเอกสารวิชาการ: ระดับ 4	เกรด A

1.4 สังเคราะห์วรรณกรรม พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัดในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) วิธีการประเมินความปวด 2) การดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัด 3) การติดตามผลการบรรเทาความปวดหลังได้รับการรักษา และ 4) การประเมินระดับความปวดซ้ำและการบันทึก โดยใช้แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (Clinical Guidance for Acute Pain Management) ของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย ก่อนนำไปทดลองใช้ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ศัลยแพทย์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิสัญญี) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าความสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ให้ (Inter-rater) เท่ากับร้อยละ 100 และการตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก ผู้ศึกษาได้นำไปทดลองใช้กับ



ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น จำนวน 60 คน เป็นเวลา 1 เดือน (ผู้รับบริการในห้องพักฟื้นในเวลาราชการ ทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าว) ร่วมกับการประเมินความเห็นของวิสัญญีพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 5 คน โดยประเมินในแต่ละรายการว่ามีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ (ปฏิบัติได้, ปฏิบัติไม่ได้) พบว่า แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง และใช้ได้ผลในการดูแลผู้ป่วย

2. การประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้

2.1 นำเสนอโครงการการทดลองนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในคลินิก ต่อคณะกรรมการ คุณธรรมและจริยธรรมพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลาและหลังจากได้รับอนุญาต จึงเริ่มดำเนินการ

2.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือจากวิสัญญีพยาบาลทั้งหมด (ประชากร) 5 รายเป็นเพศหญิงหมด ประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีถึง 20 ปี

2.3 จัดประชุมชี้แจงวิสัญญีพยาบาลและแพทย์ผู้ผ่าตัด เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ และการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด หลังจากนั้นจึงเริ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังการผ่าตัดในห้องพักฟื้น ในระหว่างเดือนตุลาคม 2556 ถึงเดือนธันวาคม 2556 กลุ่มประชากรทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 163 ราย (ผู้ป่วยห้องพักฟื้นในเวลาราชการทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าว)

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วยข้อคำถามตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติทั้ง 4 ด้าน จำนวน 15 คำถาม ซึ่งพัฒนาขึ้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมเท่ากับ 15-75 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวมเท่ากับ 60-75 หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับสูง คะแนน 41-59 หมายถึง มีความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ระดับปานกลาง และ คะแนน 15-40 หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับต่ำ ทดลองนำไปใช้หาความเป็นไปได้ พบทั้ง 15 ข้อ มีคะแนนความเป็นไปได้เกินร้อยละ 75 คะแนนต่ำสุดอยู่ด้านการดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัด

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามรายด้านของแนวปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 1 (พึงพอใจระดับต่ำ) ถึง 5 (พอใจมากที่สุด) และมีคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิธีการประเมินความปวด คะแนนความปวด การดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัด การติดตามผลการบรรเทาความปวดหลังได้รับการรักษา และการประเมินระดับความปวดซ้ำและการบันทึก



เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ศัลยแพทย์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิสัญญี) และแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีความสอดคล้องตรงกัน ระหว่างผู้ใช้ (Inter-rater) เท่ากับร้อยละ 100

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้และความพึงพอใจ โดยให้พยาบาลวิสัญญีผู้ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติตอบแบบสอบถามภายหลังการใช้แนวปฏิบัติในแต่ละวัน และรวบรวมแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยทุกราย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการกับความปวดหลังการผ่าตัดในห้องฟักฟื้น ที่พัฒนาขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

1. วิธีการประเมินความปวด มีหลากหลายวิธีให้เลือกใช้ ตามสภาพของผู้ป่วย มีดังนี้

1.1 ผู้ป่วยสื่อสารได้ดี ใช้รูปแบบการประเมินความปวด ดังนี้

1.1.1 Numerical Rating Scale (NRS) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนนความรู้สึกปวด (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษา เรื่อง ความปวดแห่งประเทศไทย, 2554) จากคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย ถึง คะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

1.1.2 Visual Analogue Scale (VAS) โดยให้ผู้ป่วยชี้จุด ซึ่งอยู่บนเส้นตรงที่มีความยาว 10 ซม. (N Brow, 2008) โดยจุด 0 ซม. ไม่ปวดเลย และปวดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงจุด 10 ซม. หมายถึง ปวดมากที่สุด

1.1.3 แบบการขยับ (ปานใจ อินพุ่ม และมลวิทย์ ภักดีนวล, 2550) โดยให้ผู้ป่วยขยับร่างกายบริเวณที่ได้รับการผ่าตัด แล้วประเมินว่าขยับแล้วไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดมาก หรือไม่ขยับก็ปวด

1.2 ผู้ป่วยสื่อสารได้จำกัด ใช้รูปแบบการประเมินความปวด ดังนี้

1.2.1 Facial Scales คือ การใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด (Brow, 2008) ใช้ในผู้ป่วยเด็ก คนชรา หรือคนที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยคำพูด เริ่มตั้งแต่ ไม่ปวด แทนด้วยภาพสีหน้ายิ้มร่า ปวดพอทน แทนด้วยภาพหน้าที่คิ้วขมวด จนถึงปวดมากที่สุด แทนด้วยภาพใบหน้าที่มีน้ำตาไหลพราก

1.2.2 การประเมินแบบสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกที่ส่วนต่างๆ: FLACC ได้แก่ สีหน้า (Face), ขา (Leg), การเคลื่อนไหว (Activities), ร้องไห้ (Cry) และการตอบสนองต่อการปลอบโยน (Consol ability) เหมาะกับผู้ป่วยเด็ก (พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง, ยุวดี หันตุลา, วิมลรัตน์ กฤษณะประกกรกิจ และสุธันนี สิมะจาริก, 2550)

1.2.3 การประเมินแบบ Behavioral Scales (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษา เรื่อง ความปวดแห่งประเทศไทย, 2554) โดยสังเกตจากพฤติกรรม



ของผู้ป่วยใช้ในผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกตัวน้อย สังเกต จาก ความดันโลหิต การร้องไห้ การเคลื่อนไหว การร้องกวน ทำนอนและบนเตียงปวด

1.3 การจัดกลุ่มความปวด ผู้วิจัยมีการพัฒนานำการใช้ทฤษฎีสี (สุทธิพงษ์ ภู่อรัมย์, 2551) ประเภทแม่สีจิตวิทยาสี 4 สี (สีแดง สีเหลือง สีเขียว และสีน้ำเงิน) หมายถึง สีที่ให้อิทธิพลต่อพฤติกรรมความเป็นอยู่ แก่จิตใจของมนุษย์ เมื่อทุกคนได้กระทบกับสี เช่น สีแดง สีเหลือง จะแสดงอารมณ์ไปในทางตื่นเต้น สีเขียวและสีน้ำเงิน จะแสดงไปในเยือกเย็น เลือกนำสีในกลุ่มนี้ที่เป็นสัญลักษณ์สีจราจร มาปรับใช้ควบคุมในการจัดกลุ่มความปวด ทำให้ไวต่อการใช้ประสาทสัมผัสของบุคลากร/ผู้ป่วย ดังตาราง 2

ตาราง 2 การจัดระดับความปวด จำแนกตามการประยุกต์ใช้สัญลักษณ์สีจราจร

สัญลักษณ์สีจราจร	สีเขียว	สีเหลือง	สีแดง
ระดับความปวด	ปวดน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดมาก
รูปแบบการประเมิน			
- NRS, VAS	3	4 - 6	7 - 10
- Facial Scales	รูปหน้า 1-2	รูปหน้า 3-4	รูปหน้า 5-6
- Behavioral Scales	3-5	6 - 8	9 - 12

2. การดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัด มีดังนี้

2.1 ประเมินระดับความง่วงซึม เมื่อแรกรับ และทุก 4 ชม. โดยประเมินระดับความง่วงซึม (Sedation Score) (ทิพวรรณ บุญสนอง, หทัยรัตน์ แสงจันทร์ และประณีต ส่งวัฒนา, 2554) ซึ่งมีระดับคะแนน 0-3 คะแนน ระดับ 0 หมายถึง ตื่นดี (none) 1 หมายถึง ง่วงซึมเป็นบางครั้ง (Mild) 2 หมายถึง ง่วงซึมบ่อยปลุกง่าย (Moderate) 3 หมายถึง ครึ่งหลับครึ่งตื่นปลุกยาก (Severe)

2.2 รูปแบบการจัดการความปวด (สุตาภรณ์ พยัคฆเรือง, จริยา วิทยะศุกร, วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ และสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์, 2553) (มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์, สหทัยา ไพบูลย์วรชาติ, วิมลรัตน์ ศรีราช, ลัดดา วงษ์พันธ์กุล, สุธันนี สิมะรัก และสมบุรณ์ เทียนทอง, 2551) ดังนี้

2.2.1 การจัดการความปวดด้วยยา เป็นวิธีในการบำบัดความปวดหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด (McMain, 2010) เนื่องจากผู้ป่วยมีความปวดที่รุนแรง ซึ่งราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ได้แนะนำการบริหารยาตามบันได 3 ขั้น ขององค์การอนามัยโลก ตามภาพ 1



ขั้นที่ 3 การเลือกยา : ระดับความปวดมาก
 - Strong opioid (e.g.Morphine Fentanyl Pethidine)
 - Patient-controlled analgesia (PCA)
 - Epidural analgesia/ฉีดยาเฉพาะส่วน
 - ±Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)

ขั้นที่ 2 การเลือกยา : ระดับความปวดปานกลาง
 - Weak opioid (e.g.tramadol codeine) /strong opioid ในปริมาณน้อย (e.g.Morphine Fentanyl, Pethidine)
 - ±Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)/coxib และ/หรือการฉีดยาเฉพาะที่

ขั้นที่ 1 การเลือกยา : ระดับความปวดน้อย
 - Paracetamol
 - ±Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)/coxib
 - ±Weak opioid (e.g.tramadol,codeine) /Low dose strong opioid และ/หรือการฉีดยาเฉพาะที่

ภาพ 1 การเลือกยาระงับปวด จำแนกตามระดับความปวด (ดัดแปลงจากบันได 3 ขั้นของ WHO)

2.2.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในการบำบัดความปวด ซึ่งสามารถส่งเสริมประสิทธิภาพของการระงับความปวดด้วยยาให้ดีขึ้น แบ่งออกเป็น 3 วิธีใหญ่ๆ (เพ็ญประภา อิ่มเอิบ, วรวิพรรณ คงชุม, กรณิศ หริ่มสืบ และคณะ, 2556) คือ 1) วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกายเพื่อบรรเทาความปวด ได้แก่ การนวด การสัมผัส เป็นต้น (วัชรภรณ์ หอมดอก, นันทา เล็กสวัสดิ์ และวันชัย มั่งคั่ง, 2548) 2) วิธีการใช้กระบวนการคิด และการกระทำ ได้แก่ การให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติตน การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจในรูปแบบต่างๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง เป็นต้น 3) การใช้หลายวิธีร่วมกัน (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษา เรื่อง ความปวดแห่งประเทศไทย, 2554)

ในประเทศไทยมีการศึกษาไว้หลายวิธี เช่น การสร้างจินตภาพ (ศิริพร อุตสาหพานิช และโสภิตา ทัดพินิจ, 2554) ซึ่งการสร้างจินตภาพจะช่วยเบี่ยงเบนความคิดจากสถานการณ์ที่ถูกคุกคาม คือ ความปวดจากแผลผ่าตัด ไปยังภาพที่สร้างขึ้นโดยความคิดขึ้นมาแทน การสร้างจินตภาพจะกระตุ้นการทำงานของเปลือกสมองซีกขวาให้มีการใช้ความคิดให้เห็นภาพที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินและกระตุ้นสมองส่วนลิมบิกซึ่งเป็นส่วนประมวลอารมณ์และความพึงพอใจ รับรู้ความสงบ ความสุขสบายที่เกิดขึ้น จึงมีความทนต่อความปวดเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้ความรู้สึกปวดลดลง การใช้ดนตรี (เพ็ญประภา อิ่มเอิบ, วรวิพรรณ คงชุม, กรณิศ หริ่มสืบ และคณะ, 2556) เสียงดนตรีเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยออกจากความรู้สึกเจ็บปวดให้มาสนใจอยู่กับเสียงดนตรี ทำให้การรับรู้ความปวดลดลง ดนตรีควรมีจังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงแหลมหรือแรงเร็ว เสียงดนตรีนุ่มนวล

3. การติดตามผลการบรรเทาความปวดหลังได้รับการรักษา (จรรยา หมั่นรังสี, ฉวีวรรณ ธงชัย และมยุรี สำราญญาติ, 2556) มีดังนี้

3.1 ประเมินความปวดด้วยการถามผู้ป่วย โดยใช้ Numerical Rating Scale และ Visual Analogue Scale (McMuint, 2010) โดยให้ผู้ป่วยชี้จุดหรือเป็นผู้ให้คะแนนความรู้สึกปวด ระดับ 0-10



คะแนน จากคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย ถึง คะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด เมื่อแรกรับ และ ทุก 15 นาที ในพักฟื้น หลังจากนั้นก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้น (อุษา เอี่ยมละออ และสุวิชา ชุ่มชื่น, 2554) ผลของการบรรเทาความปวด โดยอิงแบบประเมินผลของการบรรเทาความปวดของจรรยา หมื่นรังสีและคณะ (2556) แบ่งผลการบรรเทาความปวดเป็น 3 ระดับ คือ บรรเทาความปวดได้ระดับน้อย บรรเทาความปวดได้ระดับปานกลาง และบรรเทาความปวดได้ระดับมาก ประเมินภายหลังผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดในแต่ละครั้งโดยวิสัญญีพยาบาล และบันทึกผลการประเมินในแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยบันทึกเป็นความถี่ คิดคำนวณเป็นค่าร้อยละจากจำนวนเหตุการณ์ของการจัดการความปวด

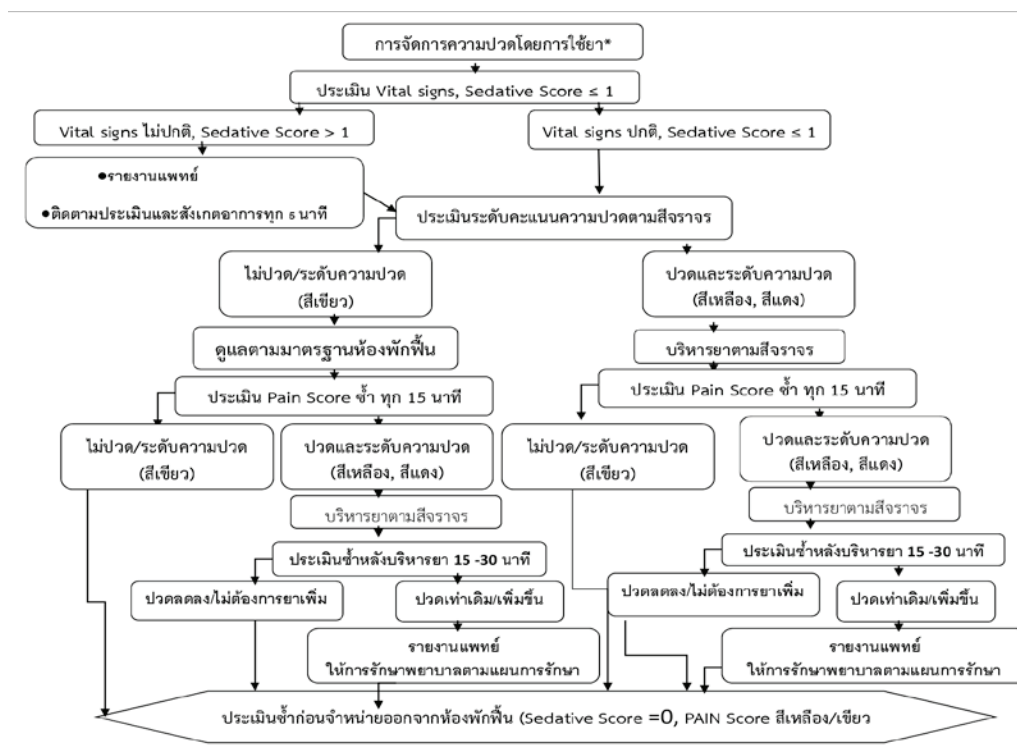
3.2 ความง่วงซึมควรอยู่ในระดับ 0 - 1 กรณีที่ความง่วงซึมระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ให้หยุดยาทันที และรายงานแพทย์ผู้ผ่าตัด

4. การประเมินระดับความปวดซ้ำและการบันทึก มีดังนี้

4.1 ประเมินระดับความปวดซ้ำหลังให้การรักษา (สุภาภรณ์ บุญโยทยาน, ฉวีวรรณ ธงชัย และมยุรี สำราญญาติ, 2554) การประเมินที่ครอบคลุมตำแหน่ง ลักษณะ ความรุนแรง และสาเหตุของการเกิดความปวด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามความปวดที่ต่อเนื่อง

4.2 การบันทึกทางการพยาบาล ต้องบันทึกอย่างถูกต้อง ครอบคลุม ต่อเนื่องและสามารถสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่อง แสดงให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยที่มารับบริการในห้องพักฟื้น (นงลักษณ์ สุสร, 2554) กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล ครอบคลุมทุกปัญหาและถือว่าเป็นแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์มีคุณค่าและมีความสำคัญสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ สะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานของพยาบาลวิสัญญี

ผู้วิจัยจัดทำเป็นแผนภาพแสดงขั้นตอนการปฏิบัติ ดังภาพ 2 และตาราง 3 เพื่อความชัดเจน และง่ายในการนำไปใช้



ภาพ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดด้วยยา ในห้องพักรฟื้น

* ใช้ควบคู่กับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 1) วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกายเพื่อบรรเทาความปวด ได้แก่ การนวด การสัมผัส เป็นต้น 2) วิธีที่ใช้กระบวนการคิด และการกระทำ ได้แก่ การให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติตน การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจในรูปแบบต่างๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง เป็นต้น 3) การใช้หลายวิธีร่วมกัน



ตาราง 3 การนำสัญลักษณ์ของสีเครื่องหมายจราจร จำแนกตามรูปแบบการประเมินความปวด ระดับความปวด และการบริหารยา

สัญลักษณ์สีจราจร	สีเขียว	สีเหลือง	สีแดง
ระดับคะแนนความปวด	ปวดน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดมาก
รูปแบบการประเมิน			
- NRS, VAS	3	4 - 6	7 - 10
- Facial Scales	รูปภาพ 1- 2	รูปภาพ 3 - 4	รูปภาพ 5 - 6
- Behavioral Scales	3-5	6 - 8	9 - 12
	MO 1-2 mg	MO 2-3 mg	MO 3-4 mg
การบริหารยา	Fentanyl 10-20 mcg	Fentanyl 20-30 mcg	Fentanyl 30-40 mcg
	Para (500) 1-2 tab		

ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีดังนี้

1. ระดับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ พบว่า วิทยาลัยพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ 5 ราย ให้ความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81 อย่างไรก็ตามพยาบาลวิสัญญี 2 ราย ระบุว่าด้านการดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัด มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับปานกลาง

2. ระดับความพึงพอใจของผู้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้โดยรวม มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 88 พบว่า วิทยาลัยพยาบาล 2 ราย มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และ วิสัญญีพยาบาล 3 ราย มีความพึงพอใจในระดับมาก

3. ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย การได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ และการประเมินความปวดซ้ำก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย/กลับบ้าน พบว่า

3.1 ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติครบทุกราย ร้อยละ 100 พบมีการจัดการความปวดแบบผสมผสาน การจัดการความปวดด้วยยาร้อยละ 56.44 และทุกรายมีการจัดการความปวดโดยมีพยาบาล เช่น การจัดท่านอน การสัมผัส การใช้ดนตรีบำบัด มีรายละเอียด ดังตาราง 4 และ 5 ดังนี้



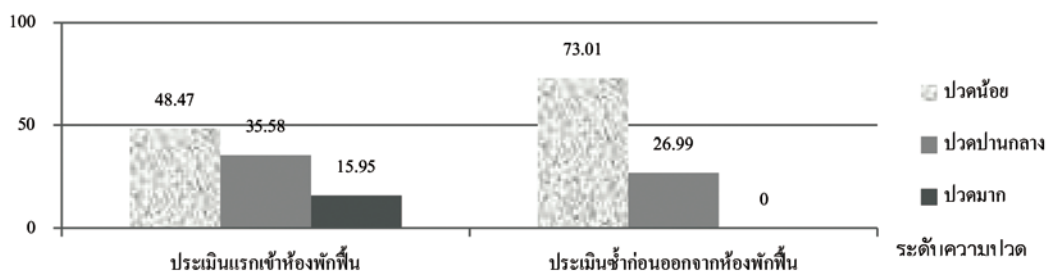
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของการได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ (n = 163)

ผู้ป่วยที่มีระดับความปวด	ระดับความปวด		การจัดการกับความปวด	
	ประเมินแรกครั้งที่เข้าห้องพักฟื้น จำนวน (ร้อยละ)	ก่อนจำหน่ายออกจากห้องตักพักฟื้น จำนวน (ร้อยละ)	การจัดการความปวดด้วยยา จำนวน (ร้อยละ)	การจัดการความปวดโดยมิใช่ยา จำนวน (ร้อยละ)
- ปวดน้อย (สีเขียว)	79 (48.47)	119 (73.01)	8 (4.91)	71 (43.57)
- ปวดปานกลาง (สีเหลือง)	58 (35.58)	44 (26.99)	58 (35.58)	58 (35.58)
- ปวดมาก (สีแดง)	26 (15.95)	0	26 (15.95)	26 (15.95)
รวม	163 (100)	163 (100)	92 (56.44)	163 (100)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของการติดตามผลการบรรเทาความปวดหลังได้รับการรักษา (n = 163)

การติดตามผลการบรรเทาความปวดหลังได้รับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
- บรรเทาความปวดได้ระดับน้อย	6	3.68
- บรรเทาความปวดได้ระดับปานกลาง	91	55.83
- บรรเทาความปวดได้ระดับมาก	66	40.49
รวม	163	100

2) การประเมินระดับความปวดซ้ำหลังให้การรักษาและการบันทึก พบ มีการประเมินความปวดหลังให้การรักษาทุกราย ร้อยละ 100 และมีการบันทึกสมบรูณ์ทุกราย ร้อยละ 100 ดังแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 แสดงการเปรียบเทียบระดับความปวดแรกเข้ากับความปวดก่อนออกจากห้องพักฟื้น



การอภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน กิจกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น มีแผนภูมิขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ มีความครอบคลุมการดูแล 4 ด้าน เป็นไปตามแนวคิดการจัดการความปวด ที่ประกอบด้วย การประเมินและการจัดการที่มุ่งเน้นการจัดการความปวด โดยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเพียงพอต่อการบรรเทาอาการปวด ช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ถึงแม้ว่าคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อเสนอแนะในสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ จะมีระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานในระดับ 1-4 ก็ตามแต่ข้อเสนอแนะสำหรับการไปปฏิบัติที่เป็นเกรด A ซึ่งหมายถึงข้อเสนอแนะที่มีการสนับสนุนให้นำไปปฏิบัติเป็นอย่างยิ่ง

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบ พยาบาลวิสัญญีเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในระดับสูง และพบระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากมีแผนภูมิขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ ขั้นตอนชัดเจน และเป็นบทบาทอิสระในการประเมินความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แม้ว่าการจัดการเป็นบทบาทร่วมกับองค์กรแพทย์ ประกอบกับการใช้สัจจารมาเป็นตัวช่วยในการกระตุ้นทำให้ไวดต่อการใช้ประสาทสัมผัสของพยาบาลวิสัญญี ส่งผลให้การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติสามารถทำได้ครบถ้วนทุกราย ได้แก่ การได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ และสามารถประเมินความปวดซ้ำก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย/กลับบ้านได้ทุกราย

ข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดผลลัพธ์ การประเมินความปวดจะต้องเลือกใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อบ่งชี้ระดับความปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง รูปแบบที่ใช้มากที่สุดเมื่อเข้าห้องพักฟื้น คือ NRS ถึงร้อยละ 62.58 รองลงมาคือ Behavioral ร้อยละ 29.45 และพบมีการใช้แบบ Facial ร้อยละ 7.97 (ในผู้ป่วยเด็ก) ในขณะที่แบบประเมินก่อนออกจากห้องพักฟื้น เป็นแบบ NRS มากที่สุดถึงร้อยละ 92.03 เพราะผู้ป่วยรู้สึกตัวดีจึงสามารถให้คะแนนความปวดของตนเองสอดคล้องกับ อุบรัม พาเลอรอน และแลงเจอรอน (Aubrum, Paqueron, & Langeron, (2003) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การใช้รูปแบบการประเมินที่หลากหลายร่วมกับการเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ส่งผลให้การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติสามารถทำได้ดี แต่พบการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีเมื่อออกจากห้องผ่าตัดมาถึงห้องพักฟื้นมีความเป็นไปได้น้อย เนื่องจากเมื่อมีการย้ายผู้ป่วยจะต้องมีการเคลื่อนไหว มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ ถ้าประเมินทันทีจะทำให้ระดับความเจ็บปวดที่ประเมินได้มีความรุนแรงกว่าปกติ สอดคล้องกับวัชรภรณ์ หอมดอก และคณะ (2548) ควรจัดทำให้ผู้ป่วยได้นอนสบาย และให้พักสักครู่ประมาณ 5 นาที จากนั้นค่อยประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด การประเมินความปวดซ้ำ (15-30 นาที) ประกอบกับการใช้สัจจารเข้าร่วมในการประเมิน ทำให้ง่ายต่อการสังเกต การปฏิบัติดังกล่าว



ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้รับการติดตามความปวดอย่างต่อเนื่องโดยผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอและทำให้พยาบาลวิสัญญีตระหนักถึงระดับความปวดของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการความปวดได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ส่งผลให้การติดตามผลการบรรเทาความปวดหลังได้รับการรักษาสามารถบรรเทาความปวดในระดับมากได้ถึงร้อยละ 40.49 และสามารถบรรเทาอาการปวดในระดับปานกลางได้ถึงร้อยละ 55.83 แสดงว่าแนวปฏิบัตินี้ช่วยในการจัดการความปวดได้ดี สำหรับปัญหาการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้พยาบาลวิสัญญีผู้ใช้แนวปฏิบัติได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) ควรนำการควบคุมความเจ็บปวดโดยปรับความรู้สึกนึกคิดมาร่วมในการจัดการความปวด ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การจินตนาการทางบวก และเทคนิคการผ่อนคลาย เป็นต้น 2) การบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ควรมีการบันทึกแสดงให้เห็นปัญหาของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล ครอบคลุมทุกปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักขณ์ สุรสร (2554)

สำหรับข้อจำกัดของการศึกษา พบยังไม่ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด เช่น การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการให้คะแนนความปวดและขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยและญาติในการกำหนดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการประสานงานกับหอผู้ป่วยเพื่อนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปใช้ต่อเนื่องในการดูแลที่หอผู้ป่วย

สรุปผล

การพัฒนาและประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยสังเคราะห์งานวิจัยและทบทวนวรรณกรรม จำนวน 25 เรื่อง สรุปเป็นแนวคิดในการประเมิน และการจัดการความปวด พบเนื้อหาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) วิธีการประเมินความปวด แบ่งหลักๆ เป็นวิธีประเมินสำหรับผู้ป่วยสื่อสารได้ดีและผู้ป่วยสื่อสารได้จำกัด และนำหลักการใช้ทฤษฎีสี มาปรับใช้ในการจัดกลุ่มโดยใช้สัญลักษณ์สีจางจร 2) การดูแลจัดการความปวด ใช้แบบผสมผสาน มีรูปแบบการจัดการความปวดแบ่งหลัก ๆ เป็นการจัดการความปวดด้วยยา และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 3) การติดตามผลการบรรเทาความปวดหลังได้รับการรักษา และ 4) การประเมินระดับความปวดซ้ำและการบันทึก ส่วนการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พบแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยรวมในระดับสูง ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติอยู่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 88 ผลลัพธ์ทางคลินิก พบได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ และมีการประเมินความปวดซ้ำก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย/กลับบ้านทุกราย

ข้อเสนอแนะ

1. แนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นได้ ควรศึกษาผลการใช้ในห้องพักฟื้น หน่วยงานวิสัญญีหลาย ๆ โรงพยาบาลเพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติต่อไป



2. ควรปรับปรุงให้แนวปฏิบัติครอบคลุมการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัว เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การรายงานความปวด และพัฒนาแนวทางให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเป็นแนวทางเดียวกันจนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณะ ชิงค์ มอนเทอร์. (2555). การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการดูแลและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลแห่งชาติฉงมี้ ดอจี วังซุก ทิพู-ภูฐาน. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 35(1), 69-82. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.
- เกสร วงศ์วัฒนากิจ และปาริฉัตร อารยะจารุ. (2556). การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อการจัดการความปวดให้แก่ผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี. **วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**, 31(4), 181-188. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ม.ค. 2557, จาก <http://www.tci-thaijo.org>.
- จรรยา หมั่นรังสี ฉวีวรรณ ธงชัย และมยุรี สำราญญาติ. (2556). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด. **วารสารสภาการพยาบาล**, 28(2) 30-43. สืบค้นเมื่อเมื่อวันที่ 1 ก.ค. 2556 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.
- จุฑาลักษณ์ สุวรรณทินประภา สมบูรณ์ เพียนทอง วิมลรัตน์ ศรีราช กชกร พลาชีวะ วิริยา ถิ่นชิลอง และมณีนรัตน์ ธนानันต์. (2552). การสำรวจผลการระงับปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. **วารสารศรีนครินทร์เวชสาร**, 24(1), 30-35. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.
- ทิพวรรณ บุญสนอง หทัยรัตน์ แสงจันทร์ และประณีต ส่งวัฒนา. (2554). การพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง. **วารสารสภาการพยาบาล** ; 26 (2) 115-125. สืบค้นเมื่อเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.
- นงลักษณ์ สุจร. (2554). การพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลสุรินทร์. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์**, 26(1), 1-11. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.
- ปานใจ อินพุ่ม และมลิวลย์ ภักดินวล. (2550). ประสิทธิภาพของแบบประเมินความปวดแบบใหม่เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. **ผลงานวิชาการดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข**, 62-71.



- พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้ม เดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง ยุวดี หันตุลา วิมลรัตน์ กฤษณะประกกรกิจ และ สุธันนี สิมะจาริก. (2550). การประเมินความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ห้องพักฟื้นของโรงพยาบาล ศรีนครินทร์. **วารสารศรีนครินทร์เวชสาร**, 22(1), 67-73. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.
- เพ็ญประภา อิมเอิบ วรวิพรรณ คงชุม กรณิศ หริมสืบ และคณะ. (2556). ผลของดนตรีต่อระดับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**, 23 (3), 53-62. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธ.ค. 2556, จาก <http://www.tci-thaijo.org>.
- มนัสนันท์ ศิริสกุลเวโรจน์. (2552). ประสิทธิผลของการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ “การระงับปวดหลังผ่าตัด” ต่อการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในสถาบันบำราศนราดูร. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 3(2), 22-31. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.
- มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์ สหทัยา ไพบูลย์วรชาติ วิมลรัตน์ ศรีราช ลัดดา วงษ์พันธ์กุล สุธันนี สิมะริก และ สมบูรณ์ เทียนทอง. (2551). การพัฒนาคุณภาพงานบริการระงับความปวดหลังผ่าตัด โดยใช้ผลงานระหว่างสถาบันเป็นเกณฑ์. **วารสารศรีนครินทร์เวชสาร**, 23(1). สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความเจ็บปวดแห่งประเทศไทย. (2554). **Clinical Guidance for Management of Acute Postoperative Pain**. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ ฯ สำนักหอสมุดแห่งชาติ.
- วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ. (2554). การนำผลการวิจัยไปใช้ทางการแพทย์: การจัดการกับความปวด (Pain Management). **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา**, 17(1), 93-100. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.
- วัชรารมณ์ หอมดอก นันทา เล็กสวัสดิ์ และวันชัย มั่งคั่ง. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. **วารสารสภาการพยาบาล**, 20(3), 74-92. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.
- ศิริพร อุตสาหพานิช และโสภิตา ทัดพินิจ. (2554). ผลการสร้างจินตภาพต่อความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 34 (4), 36-45. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.



สุภาภรณ์ พยัคฆ์เรื่อง จริยา วิทยะศุภกร วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ และสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์. (2010).

การจัดการของพยาบาลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กไทย: การวิจัยกรณีศึกษาแบบ
องค์รวม. **Pacific Rim Int J Nues Res**, 14(4), 330-345. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก
<http://www.tci-thaijo.org>.

สุทธิพงษ์ ภู่อารัม. (2551). **แม่สีจิตวิทยา**. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555, จาก http://www.thaigood-view.com/library/teachershow/bangkok/suttipong_p/visual_art/sec03p04.html.

สุภาภรณ์ บุญโยทยาน ฉวีวรรณ ธงชัย และมยุรี สำราญญาติ. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้แนว
ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตหอบผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม.

วารสารสภาการพยาบาล, 26(4), 82-95. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.

อุษา เอี่ยมละออ และสุวิชา ชุ่มชื่น. (2554). การศึกษาความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสันหลังใน
ห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลอ่างทอง. **วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4**, 13(1), 46-51. สืบค้น
เมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2555 จาก <http://www.tci-thaijo.org>.

American Society of Anesthesiologists. (2009). Practice Guidelines for the Prevention,
Detection, and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial
Opioid Administration. **Anesthesiology**, 110:218-30. Retrieved June 9, 2012 from
<http://journals.lww.com/anesthesiology/practice-guidelines-for-the-prevention>.

Apfelbaum, J. L, Chen, C. Mehta, S. S, & Gan,T. J. (2003). Postoperative Pain Experience :
Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to be
Undermanaged. **Anesthesia & Analgesia**, 97, 534-540. Retrieved June 9, 2012
from <http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia>.

Brow, D,N. (2008). Pain Assessment in the Recovery Room. **Open Learning Zone
supported by Uniplex**. Retrieved June 9, 2012 from <http://www.highbeam.com/doc/1G1-200343274.html>

Auburn, F, Paqueron, X., Langeron, O. (2003). What Pain Scales do Nurses use in the
Postanesthesia Care Unit?. **European Journal of Anaesthesiology**, 20,
745-749. Retrieved June 9, 2012 From <http://journals.cambridge.org>.

Joanna Briggs Institute (JBI). (2009). **JBI Level of Evidence and Grades of Recommendation**. Retrieved June 9, 2012 from <http://www.joannabriggs.edu.au/about/reviewers.php>.



Heikkine, K., Salanterä, S., Kettü, M., & Taittonen, M. (2005).

Prostatectomy Patients' Postoperative Pain Assessment in the Recovery Room.

Journal of Advanced Nursing, 52(6), 592-600. Retrieved June 9, 2012 from

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.2005.52.issue-6/issuetoc>.

Liu, S.S., & Wu, C.L. (2007). Effect of Postoperative Analgesia on Major Postoperative

Complications: A Systematic Update of the Evidence. **Anaesthesiology**, 104:

689 –702 Retrieved June 11, 2012 from [http://www.uthsc.edu/Internal/](http://www.uthsc.edu/Internal/syllabus-consult/PainControlPostop2010.pdf)

[syllabus-consult/PainControlPostop2010.pdf](http://www.uthsc.edu/Internal/syllabus-consult/PainControlPostop2010.pdf)

McMain, L.. (2010). Pain Management in Recovery. **Open Learning Zone**

supported by Uniplex, Retrieved June 9, 2012 from [http://www.highbeam.](http://www.highbeam.com/doc/1G1-219832781.html)

[com/doc/1G1-219832781.html](http://www.highbeam.com/doc/1G1-219832781.html)

National Health and Medical Research Council. (1999). **A Guide to Development**

Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines. Retrieved

June 9, 2012 from [http:// www.ausinfo.gov.au/general/genhottobu.htm](http://www.ausinfo.gov.au/general/genhottobu.htm)

Wu, C.L., Cohem, S.R., Richaman, J.M., Rowlingson , A.J. , Courpas, G.E. & Cheung, K.

(2005). **Efficacy of Postoperative Patient-controlled and Continuous Infusion**

Epidural Analgesia versus Intravenous Patient-controlled Analgesia with

Opioid: A Meta Analysis. **Anesthesiology**, 103: 1079-1088. Retrieved June 11,

2012 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16249683>.