

ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด
ช่องท้อง ต่อความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด*
Effects of Clinical Nursing Practice Guidelines for Pain Management
on Pain and Satisfaction of Patients with Abdominal Surgery

สิริรักษ์ เกตุจินดา** พย.ม.
วัลภา คุณทรงเกียรติ*** พย.ด.
ภาวนา กิระติยุตวงศ์*** ปร.ด.

Siriruk Ketchinda, M.N.S.
Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.
Pawana Keeratiyutawong, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ต่อความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน มีอายุ 18-60 ปี จับคู่ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยตำแหน่งและชนิดของการผ่าตัด ชนิดของการได้รับยาระงับความรู้สึกเหมือนกัน เก็บข้อมูลโดยการประเมินความปวดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มควบคุมได้รับการจัดการกับความปวดตามปกติจากพยาบาล สัมภาษณ์ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ค่าที และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,58} = 7.07, p = .01$) และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.48, p = .01$)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ไปปรับให้เหมาะสมกับบริบทและใช้ในโรงพยาบาลอื่นต่อไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการจัดการกับความปวด

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ความปวด ความพึงพอใจ การผ่าตัดช่องท้อง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of clinical nursing practice guidelines for pain management on pain and satisfaction of patients with abdominal surgery in Sanamchaikhet Hospital

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพ (วิสัญญี) โรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Chachoengsao Province. Sixty patients were randomly assigned into a control and an intervention group, with 30 in each group. The sample was 18-60 year of age, matched by type incision of surgery and type of anesthesia. The clinical nursing practice guidelines for pain management was used in the intervention group. Data were collected using pain score after 24, 48 and 72 hour post surgery and satisfaction interviews after 72 hour post surgery. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test and repeated measures ANOVA.

The result showed that, after 24, 48 and 72 hour post surgery, the intervention group had pain score less than control group ($F_{1,58} = 7.07, p = .01$). After 72 hours the intervention group had higher satisfaction in pain management than the control group ($t = 2.48, p = .01$).

From the results of this study, it is suggested that the clinical nursing practice guidelines for pain management in the patients with abdominal surgery should be applied to be a practice guideline for healthcare provider.

Key words : Clinical nursing practice guidelines for pain management, pain, satisfaction, abdominal surgery

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ต้องการแต่เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเสมอ (รุจิรา บางกุลธรรม, 2547) ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดสามารถ

ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งและเหนียวล้า นอกจากนี้ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้แรงๆ และไอได้เต็มที่ นอกจากนี้ผลกระทบของความปวดดังกล่าว ยังส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างล่าช้า ผู้ป่วยต้องนอนพักอยู่ในโรงพยาบาลนาน (Good, 1999) ผู้ป่วยครอบครัวและระบบบริการสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงมากขึ้น (ลักขมิ ชาญเวช, 2546) ดังนั้น การพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ได้

จากสถิติเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสนามชัยเขตในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (2546-2548) พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง มีจำนวนเพิ่มขึ้น คือ 148, 199 และ 244 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนห้องผ่าตัด, 2548) และจากประสบการณ์การปฏิบัติงานทางห้องผ่าตัดและวิสัญญีของผู้นิพนธ์พบว่า โรงพยาบาลสนามชัยเขตยังไม่มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม และพยาบาลมีวิธีการที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลซึ่งจะมีผลต่อการบรรเทาปวดให้กับผู้ป่วยได้ ผู้นิพนธ์จึงมีความสนใจในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ในระยะ 72 ชั่วโมง และทดสอบผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นนี้ ด้วยการประเมินคะแนนความปวดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด คาดว่าผลการวิจัยจะ

ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นไปในทางเดียวกัน มีความสะดวกในการใช้ มีการสื่อสารที่ตรงกัน ลดช่องว่างของการปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง สามารถจัดการกับความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องได้ครอบคลุม ให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านการจัดการความปวดตรงตามความต้องการและเหมาะสม

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การผ่าตัดช่องท้องจัดว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานและทำให้เกิดความปวดหลังผ่าตัดที่รุนแรงมากในเวลา 24-48 ชั่วโมงแรก ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร้อยละ 40-70 มีความปวดในระดับรุนแรง และร้อยละ 20-40 จะมีความปวดในระดับปานกลาง (Keanee, McMennamin & Polomano, 2001) เนื่องจากกรผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำ และถูกทำลายจากการที่ศัลยแพทย์ใช้มีดกรีดผ่านผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆ ซึ่งเป็นการกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดที่ผิวหนังโดยตรง (Asdourian, 2002) และความปวดจะมีความรุนแรงมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัด หลังจากนั้นความปวดจะค่อยๆบรรเทาลงตามระยะเวลา (Ashburn & Ready, 2001)

จากลักษณะของความปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นการเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน ดังนั้นการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดจึงแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด (Department of Veterans Affairs/Department of Defense [VA/DoD], 2001) ซึ่งการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพนั้น ควรมีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและญาติในการที่จะเผชิญกับความปวดหลังผ่าตัดตั้งแต่ก่อน

ผ่าตัด ด้วยการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวด (VA/DoD, 2001) ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของความปวดหลังผ่าตัด ตำแหน่งของความปวด ระดับความรุนแรงของความปวด และการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ทราบระดับความรุนแรงของความปวดด้วยการใช้เครื่องมือ เช่น มาตรวัดความปวดแบบต่างๆ รวมทั้งวิธีการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เพราะการสอนหรือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมองผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ที่จะประสบ และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา ช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวด (Wilkie, 2000)

การจัดการกับความปวดระยะหลังผ่าตัดแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี ได้แก่ การจัดการกับความปวดโดยใช้ยาระงับปวด (pharmacological intervention) และไม่ใช้ยาระงับปวด (non-pharmacological intervention) (Herr & Mobily, 1999 ; Linton, Matteson & Maebius, 2000 ; Smeltzer & Bare, 2004) ซึ่งการจัดการความปวดด้วยยาถือเป็นหลักสำคัญในการจัดการกับความปวด (Timby & Smith, 2007) และเป็นวิธีที่ดีที่สุด (Christensen, 2003) ถึงแม้การจัดการความปวดด้วยยาจะไม่ใช่นโยบายอิสระของพยาบาล แต่พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ยาระงับปวด ผลข้างเคียงของยาแก้ปวดและทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาแก้ปวด (Manley & Bellman, 2000) ส่วนการจัดการโดยไม่ใช้ยาแก้ปวดซึ่งเป็นนโยบายอิสระของพยาบาลนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อสนับสนุนให้การรักษาอาการปวดจากการใช้ยาให้มีประสิทธิผลดียิ่งขึ้น เช่น การจัดทำ การ

ให้ข้อมูล และการฝึกหายใจ เพื่อผ่อนคลายร่วมกัน เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนว่า การใช้เทคนิคลดความปวดมากกว่า 1 วิธี มีประสิทธิภาพและมีผลข้างเคียงน้อยกว่าใช้วิธีเดียว (Ashburn & Ready, 2001)

ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพ และสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จึงควรเป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานความรู้เชิงประจักษ์ หรือข้อค้นพบจากการวิจัย (Evidence-based practice) เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาที่สามารถยืนยันกับผู้ใช้บริการทางสุขภาพได้ว่าเป็นวิธีการที่มีคุณภาพ และยังเป็นลดช่องว่างของการศึกษา ทางวิชาการกับการปฏิบัติ ตลอดจนทำให้สามารถปรับปรุงการบริการให้ทันต่อเหตุการณ์ เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ (รุ่งระวี นาวีเจริญ, 2544) ดังนั้นการมีคู่มือหรือแนวทางในการปฏิบัติ จึงเป็นการหาจุดร่วมที่จะใช้เป็นหลักการพื้นฐานในการตัดสินใจ เพื่อจะได้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีโอกาสได้ประโยชน์จากความรู้และเทคโนโลยีที่พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ภายใต้ข้อจำกัดและเงื่อนไขทางเศรษฐกิจของสังคม (จิตร สิทธิอมร และคณะ, 2543)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guidelines) บนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) บูรณาการเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องในระยะ 72 ชั่วโมง ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ร่วมกับแนวคิดการจัดการความปวด (Pain management) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความปวด (Assessment) การจัดการความปวด (Interventions) และการประเมินผลลัพธ์ (Evaluation) (Linton, Matteson & Maebius, 2000) มีจุดมุ่งหมายเพื่อก่อให้เกิดการพยาบาล

ที่เป็นเลิศและเหมาะสมกับลักษณะของหน่วยงาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องโดย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการกับความปวดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการกับความปวดตามปกติ เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดที่ได้รับจากพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการกับความปวดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการกับความปวดตามปกติ เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการจัดการกับความปวดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวด มีคะแนนความปวดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการกับความปวดตามปกติ

2. ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการจัดการกับความปวดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวด มีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการกับความปวดตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลหลังการ

ทดลอง (Two Group Post-Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 190 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องชนิดนอกเยื่อช่องท้อง (extraperitoneal operation) ชนิดในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้ (intra-peritoneal and in-traintestinal operation) และชนิดในเยื่อช่องท้องที่ไม่ใช่ส่วนของลำไส้ (intra-peritoneal and extra-intestinal operation) ร่วมกับได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) หรือแบบฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (spinal anesthesia) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2550-เมษายน 2551 โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ คือมีอายุ 18-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง รับไว้ในโรงพยาบาลก่อนผ่าตัดช่องท้องอย่างน้อย 6 ชั่วโมง รู้สึกตัวและมีสติ สัมผัสสัญญาณสมบูรณ์ เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารกันได้ คาไม่บอด หูฟังชัดเจน และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการความปวดบนหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามขั้นตอนการสร้างของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ประกอบด้วยขั้นตอนในการสร้าง 7 ขั้นตอน มีรายละเอียดเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการจัดการความปวด

ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในระยะ 72 ชั่วโมง

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับความปวด ได้แก่ ชนิดและตำแหน่งของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ชนิดของยาระงับความรู้สึก ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต ประสบการณ์ความปวดในอดีต

3. แบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัด ใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงกำหนดตัวเลขต่อเนื่องกัน จากหมายเลข 0-10 โดยหมายเลข 0 หมายถึง ไม่มี ความปวด หมายเลข 1-9 หมายถึง คะแนนความปวดที่เพิ่มขึ้น จนถึงหมายเลข 10 หมายถึง มีความปวดมากที่สุด ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (Registered Nurse Association of Ontario [RNAO]; 2002) เข้าใจง่าย ใช้งานง่าย (Perry & Potter, 2006 ; Smeltzer & Bare, 2000) ตามผู้ป่วยเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

4. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ และระยะหลังผ่าตัดจำนวน 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 คำตอบ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยนำไป

ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ถูมติความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 5 ท่านที่มีความเห็นตรงกัน ผลการหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1 ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง ณ โรงพยาบาลสนามชัยเขตที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย

2. แบบสัมผัสนัยความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน กำหนดค่า CVI ซึ่งได้ผลเท่ากับ .94 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง ณ โรงพยาบาลสนามชัยเขตที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .94

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. หลังจากผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ติดต่อโรงพยาบาลสนามชัยเขต เพื่อขออนุญาตประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วยพยาบาลทั้งหมด 37 คน ได้แก่ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยชาย 12 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหญิง 13 คน พยาบาลประจำห้องคลอด 8 คนและพยาบาลประจำห้องผ่าตัด 4 คน โดยประชุมชี้แจงหลังจากเสร็จสิ้นการรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ เพื่อควบคุมการปนเปื้อนกับ

กลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการกับความปวดตามปกติจากแพทย์และพยาบาล ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมและประเมินความปวด เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดจนครบ 30 ราย

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องตำแหน่ง/ชนิดของการผ่าตัด และชนิดของยาระงับความรู้สึก กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การฝึกรายงานความปวด และวิธีจัดการกับความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาควบคู่กันเอกสารประกอบคำบรรยายเรื่องความปวดหลังผ่าตัดจากนั้นระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการจัดการกับความปวดด้วยยาแก้ปวดตามแผนการรักษาแบบให้ยาตามเวลา (around the clock) ในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการความปวดทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา เช่น การจัดทำ การให้ข้อมูล และการฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลายร่วมกัน ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมและประเมินความปวด เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดจนครบ 30 ราย

5. ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย คือแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดที่ได้รับจากพยาบาล เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบค่า t (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน คือส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 16-35 ปี สถานสมรสคู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36.7) เป็นการผ่าตัดไส้ติ่ง ผ่าตัดคลอดร้อยละ 26.7 ผ่าตัดคลอดร่วมกับทำหมันร้อยละ 28.7 ผ่าตัดมดลูกทาง

หน้าท้องร้อยละ 6.6 และผ่าตัดไส้เลื่อนร้อยละ 3.3 ตำแหน่งแผลผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในแนวเปิดกลางหน้าท้อง วิธีระงับความรู้สึกเป็นแบบทั่วร่างกาย มีระยะเวลาในการผ่าตัดใกล้เคียงกัน และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดในอดีตและประสบการณ์ความปวดจากการผ่าตัด

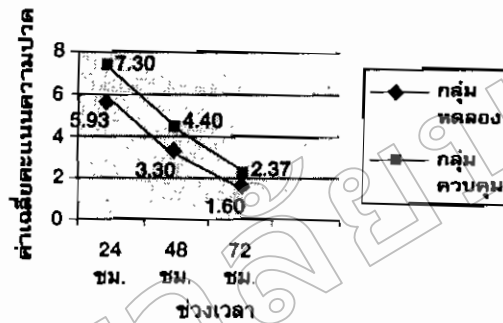
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ($M = 10.83, SD = 4.80$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 14.06, SD = 4.61$) และพบว่าเวลาหลังผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น (เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง) มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาที่เพิ่มขึ้นกับกลุ่ม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่มผู้ป่วย	160.317	59			
กลุ่ม	17.424	1	17.424	7.072	.010
ความคลาดเคลื่อน	142.893	58	2.464		
ภายในกลุ่มผู้ป่วย	658.001	120			
เวลา	459.267	2	459.267	134.760	<.001
กลุ่ม X เวลา	1.067	2	1.067	.313	.578
ความคลาดเคลื่อน	197.667	116	3.408		
รวม	818.318	179			

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดกับเวลาที่เพิ่มขึ้นโดยการทดสอบรายคู่ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะลดลงเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไป โดย

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่เวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่ ($p < .01$) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจในการ

จัดการกับความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.48, p = .01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดด้วยค่าที่

ความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด	M	SD	t	df	p
กลุ่มทดลอง (n=30)	3.95	.59	2.48	58	.016
กลุ่มควบคุม (n=30)	3.58	.55			

การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาพบว่า หลังจากใช้แนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด ในกลุ่มทดลองผู้ป่วยได้รับการสอนและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในระยะก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดโดยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดจากพยาบาล เกี่ยวกับความปวดจากการผ่าตัด ผลของความปวด การฝึกหายใจ ความปวดหลังผ่าตัด วิธีจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับเอกสารประกอบคำบรรยายเรื่องความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมอง ผู้ป่วยจะมีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้สึกละแวกและเหตุการณ์ที่จะประสบ เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา ช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด (Wilkie, 2000) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถสื่อสารกับพยาบาลเกี่ยวกับความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข ทำให้ผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้ต่อความปวดตรงกัน ส่งผลให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดได้ถูกต้องรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของปริดา บุญญสุวรรณ (2548) พบว่า การสอนการจัดการความปวดควบคู่กับคู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัด สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดมากขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และมีแนวโน้มว่าจะช่วยให้คะแนนความปวดหลังผ่าตัด

ลดลง

ระยะหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอทุก 2-4 ชั่วโมง และได้รับการจัดการกับความปวดด้วยยาาระงับปวดซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุด (Christensen, 2003) ในการจัดการกับความปวดชนิดเฉียบพลัน โดยกลุ่มทดลองทุกคนจะได้รับยาฉีดระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ซึ่งเป็นการยับยั้งอาการปวดที่ระดับไขสันหลัง เช่น เพทธีดีน (Pethidine) หรือมอร์ฟีน (Morphine) ทางกล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาแบบตามเวลา (Around the Clock) เพื่อรักษาระดับยาในกระแสโลหิตให้คงที่ซึ่งจะมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าการฉีดยาเมื่อผู้ป่วยขอ (PRN.) (Linton, Matteson & Maebius, 2000) และกลุ่มทดลองได้รับการประเมินความปวดและติดตามผลการจัดการกับความปวดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความปวดหลังผ่าตัดลดลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านมาเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้รับยาฉีดระงับปวดเมื่อผู้ป่วยขอและไม่มีการประเมินความปวด สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ สิงหเสนี (2548) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง สามารถทำให้ระดับความปวดหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงลดลง และมีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวด

ผลการวิจัยยังพบว่า เมื่อเวลาผ่านไป (คือเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p < .01$) ซึ่งเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดกับเวลาที่เพิ่มขึ้นโดยการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Pairwise Comparisons พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาจากกราฟ (ภาพที่ 1) จะเห็นว่าเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ($M = 5.93, SD = 2.35$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 7.30, SD = 2.07$) หลังจากนั้นค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดจะค่อยๆ ลดลงเมื่อครบ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าการจัดการกับความปวดเมื่อเวลาเพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดที่พยาบาลเลือกใช้กับผู้ป่วยกลุ่มทดลองในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการกับความปวดตามปกติ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองพยาบาลเลือกใช้วิธีจัดการกับความปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น การให้ข้อมูล การจัดทำ การเบี่ยงเบนความสนใจ และไม่มีพยาบาลคนใดใช้เทคนิคผ่อนคลายเลยเนื่องจากยังขาดทักษะในการใช้เทคนิคผ่อนคลายด้วยวิธีเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวชิราพร สุนทรสวัสดิ์ (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาล และผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัดพบว่า พยาบาลจำนวนค่อนข้างมากรับรู้และปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความปวดในเรื่องการใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจในการลดความปวดและการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรายงานความปวด และสอดคล้อง

กับการศึกษาของสมพร ชินโนรส และคณะ (2549) ที่สำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลใช้วิธีจัดการกับความปวดแบบไม่ใช้ยาถึงร้อยละ 57.6 ได้แก่ วิธีที่อาศัยกระบวนการคิดและการกระทำ เช่น การให้ข้อมูลและฝึกปฏิบัติตัว การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจร้อยละ 38.7 วิธีที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกาย เช่น การนวด การใช้ความร้อน ความเย็น การจัดทำร้อยละ 15.2 และใช้หลายวิธีร่วมกันร้อยละ 4.7 นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากความปวดที่เกิดขึ้นมาจากการถูกทำลายของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทจากการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกจะมีความปวดรุนแรง และจะค่อยๆ ลดลงตามลำดับในวันที่ 2 และ 3 ของการผ่าตัด (อรพรรณไชยชาติ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของปิลันชน ลิขิตกำจร (2546) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า ความปวดหลังผ่าตัด 3 วันแรกอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยหลังผ่าตัดวันแรกมีระดับความปวดมากที่สุด หลังจากนั้นความปวดจะค่อยๆ ลดลง

2. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ดังนี้ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการจัดการกับความปวดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ทำให้กลุ่มทดลองสามารถสื่อสารกับพยาบาลเกี่ยวกับความปวดได้ตรงกัน ส่งผลให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดได้ถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ความปวดลดลง และส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ ผลการวิจัยสอดคล้องกับหลายการศึกษา (วชิราพร

สุนทรสวัสด์, 2545 ; หทัยรัตน์ นิยามาศ, 2548) พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- พยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องไปใช้ทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน โดยควรเน้นการจัดการความปวดตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดในเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด การฝึกรายงานความปวด และการปฏิบัติตัวเมื่อมีความปวด

- พยาบาลควรมีความรู้และทักษะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดด้วยยาในผู้ป่วยผ่าตัดระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีจัดการกับความปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย เพื่อลดความปวด

2. ด้านบริหารการพยาบาล

- ผู้บริหารควรสนับสนุนให้พยาบาลนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ไปใช้ในกรณีดูแลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่มีความปวดต่อไป

- ผู้บริหารควรจัดอบรมให้พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความปวดด้วยยาบรรเทาปวด และเพิ่มทักษะในการจัดการกับความปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยา เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย ให้มีประสิทธิภาพ

3. ด้านการศึกษา

- จัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความปวดโดยเน้นให้เห็นความสำคัญของความปวดและสอนวิธีการ

กับความปวดที่ถูกต้องทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยาบรรเทาปวด

4. ด้านการวิจัย

- ควรศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

- ควรปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวด โดยเพิ่มการจัดการกับความปวดระยะหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพในการลดความปวดได้มากขึ้น

- ควรเพิ่มการวิจัยการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความปวดสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษาจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้และขอขอบพระคุณกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษา ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

คณะอนุกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines. (2544). คำแนะนำการสร้าง แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines). *สารราชวิทยาลัย อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18(6), 36-47.

จิตร ลิทธิอมร, อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (2543).

Clinical Practice Guideline : การจัดทำและนำไปใช้.
กรุงเทพฯ : ดีไซร์.

จิรากรณ์ สิงหเสนี. (2548). ผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปรีดา บุญญสุวรรณ. (2548). ผลของการสอนการจัดการความปวดก่อนผ่าตัดต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รุจิรา บางกุลธรรม. (2547). การพยาบาลผ่าตัดและการจัดการกับความปวด, *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 10(3), 161-167.

รุ่งระวี นาวีเจริญ. (2544). การนำผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล, *วิทยาสารพยาบาล*, 26(2), 121-129.

ลักขมิ ชาญเวช. (2546). Postoperative pain management. ใน นครชัย เผื่อนปฐม (บรรณาธิการ), *Clinical practice guideline* (หน้า 97-121). กรุงเทพฯ : โอ เอส พรินต์ริงเฮาส์.

วชิราพร สุนทรสวัสดิ์. (2545). พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลในการจัดการกับความปวดตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความปวดหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมพร ชินโนรส, ชัดติยาพร คนเที่ยง และ จันทิมา ขนบดี. (2549). การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในประเทศไทย. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 12(2), 134-150.

หทัยรัตน์ นิยามาส. (2548). ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชาชนุเคราะห์. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Asdourian, P. C. (2002). Acute pain management. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett (Eds.), *Manual of pain management* (2nd ed.) (pp. 215-222). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Ashburn, M. A., & Ready, B. (2001). Postoperative pain. In J. D. Loeser (Ed.), *Bonica's management of pain* (3rd ed.) (pp. 222-240). Philadelphia : Lippincott.

Christensen, B. L. (2003). Pain management comfort rest and sleep. In B. L. Christensen, & O. Kockrow (Eds.), *Fundamental of nursing* (pp. 308-339). St.Louis : Mosby.

Department of Veterans Affairs/Department of Defense [VA/DoD]. (2001). *Clinical practice guideline for the management of postoperative pain pocket guide*. Retrieved October 7, 2006, from <http://www.qualitytools.ahrq.gov>.

Good, M. (1999). Acute pain. Annual review of nursing research : *Complementary Health And Pain Management*, 17, 107-132.

Herr, K. A., & Mobily, P. R. (1999). Pain management. In G. M. Bulechek, & J. C. McClosky (Eds.), *Nursing interventions effective nursing treatments* (3rd ed.) (pp. 149-171). Philadelphia : W. B. Saunders.

Keane, A., McMEnain, E. M., &

Polomano, E. C. (2001). Pain: The fifth vital signs. In D. D Ignatancius, & M. L. Workman (Eds.), *Medical surgical nursing critical thinking of collaborative care* (4th ed.) (pp. 61-94). Philadelphia : Saunders.

Linton, A. D., Matteson, M. A., & Mae bius, N. K. (2000). *Introductory nursing care of adults* (2nd ed.). Philadelphia : W. B. Saunders.

Manley, K. & Bellman, L. (2000). *Surgical nursing advancing practice*. Churchill Livingstone : Harcourt Publishers.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Clinical nursing skills & techniques* (6th ed.). St.Louis : Mosby.

Registered Nurse Association of Ontario [RNAO]. (2002). *Nursing best practice guideline : Assessment & management of*

pain. Retrieved October 8, 2006, from <http://www.rnao.org>.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Pain Management. In *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical* (10th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Timby, B. K., & Smith, N.E. (2007). *Introductory medical-surgical nursing* (9th ed.) (pp. 175-188). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Wilkie, D. J. (2000). Nursing management pain. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds.), *Medical-surgical nursing assessment and management of clinical problems* (5th ed.) (pp. 126-154). St.Louis : Mosby.