

การพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อ dura*

ทิพวรรณ บุญสนอง*
หทัยรัตน์ แสงจันทร์ พย.ด**
ประณีต ส่งวัฒนา พย.ด***

บทคัดย่อ: การให้ยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อ dura เป็นวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดใหญ่ที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อ dura การศึกษาประกอบด้วย 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และ 2) การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และความพึงพอใจ จากกลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจำนวน 30 ราย และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติจำนวน 10 ราย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัย พบว่า เนื้อหาแนวปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อ dura ที่ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา 2) การดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัด 3) การป้องกันและจัดการภาวะกตการหายใจ 4) การเฝ้าระวังและจัดการภาวะความดันโลหิตต่ำ 5) การป้องกันและจัดการภาวะความรู้สึกตัวลดลง และ 6) การป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อ dura ส่วนการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 76.7 ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดพบว่า มีผู้ป่วยรายงานความปวดในระดับมาก 4 ราย ปานกลางอีก 4 ราย และในระดับน้อย 1 ราย และ 1 รายไม่รายงานความปวด อย่างไรก็ตาม ในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีระดับความปวดเพียงเล็กน้อย แต่ 5 รายพบอาการคัน และ 2 รายพบอาการคลื่นไส้อาเจียน

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการดูแลจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26 (2) 115-125

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, ผู้ป่วยหลังผ่าตัด, การระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อ dura

*งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

**วิสัญญีพยาบาล ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

***อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ความเป็นมาของปัญหา

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 30 - 80 มีระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง จากการจัดการความปวดที่ไม่ประสบผลสำเร็จ¹ ก่อให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองต่างๆ ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลง แผลผ่าตัดหายช้า² ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้แรงและไอได้เต็มที่ อาจเกิดภาวะถุงลมแฟบและปอดอักเสบตามมา ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดล่าช้า เพิ่มระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยครอบครัวและระบบบริการสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น³

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดเน้นการใช้ยาบรรเทาปวด พบว่า การให้ยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองอย่างต่อเนื่อง (epidural analgesia) มีประสิทธิภาพและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ เพื่อควบคุมความปวดให้อยู่ในระดับเล็กน้อย⁴ ลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ การฟื้นตัวหลังการผ่าตัดเร็วขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอาการปวดเรื้อรัง⁵ อย่างไรก็ตามพยาบาลผู้ดูแล ควรจะต้องมีความรู้และสามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การเฝ้าระวังและจัดการอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง⁶

สำหรับในบริบทการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ วิทยาลัยแพทย์จะพิจารณาให้ยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ จากการศึกษาติดตามการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแตกต่างกันในเรื่องการประเมินความปวดหลังผ่าตัด การประเมินภาวะแทรกซ้อน และการจัดการให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

เนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากมีอุบัติการณ์ของการเลื่อนหลุดของสายให้ยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองและการหลุดของข้อต่อระหว่างสายกับเครื่องควบคุมสารน้ำ และผู้ป่วยยังคงมีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง สถานการณ์ดังกล่าวเป็นอาจส่งผลให้การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เช่น ระดับความดันโลหิตต่ำ ภาวะกดการหายใจ และกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น^{7,8} ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกขึ้นเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง⁹ เป็นมาตรฐานเดียวกัน¹⁰ และส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสังเคราะห์งานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมสรุปเป็นแนวคิดในการประเมินและการจัดการความปวด สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด¹¹⁻¹³ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง 2) การดูแลจัดการความปวด 3) การป้องกันและจัดการภาวะกดการหายใจ 4) การเฝ้าระวังและจัดการภาวะความดันโลหิตต่ำ 5) การป้องกันและจัดการภาวะความรู้สึกตัวลดลง และ 6) การป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากยา ซึ่งมีเป้าหมายปฏิบัติที่ใช้เฝ้าได้รับมสรุปเป็นแนวคิดเพื่อให้การระงับปวด

หลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อน

ผู้วิจัยนำแนวคิดในการประเมินและการจัดการความปวดดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติทางการแพทย์ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย¹⁴ การศึกษาครั้งนี้จึงแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์และกำหนดปัญหา การกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ทางคลินิก การทบทวนและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ และการร่างแนวปฏิบัติและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และ 2) การประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง

2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์ไปใช้ ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของความปวด และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติ

1.1 การศึกษาสถานการณ์และกำหนด

ปัญหา ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2553 โดยการรวบรวมข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ การสังเกตการปฏิบัติ การสอบถามพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและการสอบถามผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลายหอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมีประสบการณ์และมีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันในด้านการประเมินความปวดในระยะหลังผ่าตัด การประเมินภาวะแทรกซ้อน และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล เช่น การหลุดเลื่อนของสายให้ยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง การหลุดของข้อต่อระหว่างสายกับเครื่องควบคุมสารน้ำ เป็นต้น

1.2 การกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีระดับความปวดเท่ากับ 0 – 3 คะแนน⁴ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าร้อยละ 5

1.3 การทบทวนวรรณกรรมและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดคำสำคัญที่ใช้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วย PICO format คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ post-operative pain, epidural analgesia และเพิ่มเติมคำสำคัญได้แก่ protocol, guideline, complication, pain management, pain assessment สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้ง

ภาษาไทยและอังกฤษ ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ และวิจัยในประเทศไทยฐานข้อมูลPUBMED, CINAHL, Ovid, และ ProQuest Medical Library ในช่วงปี ค.ศ. 2000 – 2010

การประเมินคุณภาพของหลักฐาน ใช้วิธีการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกซ์¹⁵ ได้แก่ ระดับ 1 ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากงานวิจัยที่มีการสุ่มตัวอย่าง และการควบคุมตัวแปร (well-designed randomized controlled trials [RCT]) ระดับ 2 ได้จากงานวิจัย (RCT) ที่ออกแบบงานวิจัยที่ดี ระดับ 3.1 เป็นหลักฐานได้จากงานวิจัยทดลองที่มีการออกแบบวิจัยที่ดีแต่ไม่มีการสุ่ม (จัดเป็นกึ่งทดลอง) ระดับ 3.2 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาแบบไปข้างหน้า (cohort studies) หรือ case control ที่มีการเก็บข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง (multi-center) หรือมีนักวิจัยร่วมมือกันมากกว่า 1 กลุ่ม ระดับ 3.3 เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลหลายช่วงเวลา (multiple time series) โดยอาจเป็นงานวิจัยที่ได้จากงานวิจัยทดลองที่ไม่มีการควบคุม แต่ผลการวิจัยมีความสำคัญมาก และระดับ 4 เป็นหลักฐานที่เป็นข้อคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ รายงานวิจัยเชิงบรรยาย รวมทั้งบันทึก รายงานของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้จัดเกรดของข้อแนะนำตามความสามารถในการนำไปใช้ 16 ได้แก่ เกรด A สนับสนุนให้นำไปปฏิบัติ เกรด B สนับสนุนระดับกลางๆ ว่าน่าจะได้ประโยชน์หากนำไปปฏิบัติ เกรด C ไม่สนับสนุนให้นำไปปฏิบัติ

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 10 เรื่อง เป็นรายงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็น

ระบบและวิเคราะห์แบบอภิมาน จำนวน 1 เรื่อง¹¹ (ระดับ 1, เกรด A) รายงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ จำนวน 1 เรื่อง¹⁷ (ระดับ 1, เกรด A) รายงานการวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 1 เรื่อง¹⁸ (ระดับ 2, เกรด A) รายงานการศึกษาแบบไปข้างหน้า (cohort studies) หรือ case control ที่มีการเก็บข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง (multi-center) หรือมีนักวิจัยร่วมมือกันมากกว่า 1 กลุ่ม จำนวน 5 เรื่อง¹⁹⁻²³ (ระดับ 3.2, เกรด A) และ บทความทางวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง^{13,24} (ระดับ 4, เกรด A)

1.4 ยกร่างแนวปฏิบัติและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองตามแผนการรักษา 2) การดูแลจัดการความปวด 3) การป้องกันและจัดการภาวะกดการหายใจ 4) การเฝ้าระวังและจัดการภาวะความดันโลหิตต่ำ 5) การป้องกันและจัดการภาวะระดับความรู้สึกตัวลดลง และ 6) การป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากยา ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ อาจารย์วิศิษฎ์แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านศัลยศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 2 ท่าน และวิสัญญีพยาบาลจำนวน 1 ท่าน

2. การประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้

2.1 นำเสนอโครงการทดลองนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในคลินิกต่อคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และหลังจากได้รับอนุญาตจึงเริ่มดำเนินการ

2.2 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ซึ่งได้รับความร่วมมือจากพยาบาลประจำการจำนวนทั้งหมด 30 ราย เพศหญิง 29 ราย เพศชาย 1 ราย จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 28 ราย และระดับปริญญาโทจำนวน 2 ราย ประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีถึง 26 ปี

2.3 จัดประชุมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยดังกล่าว ร่วมกับวิสัญญีพยาบาลและวิสัญญีแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ และตรวจสอบความเที่ยงของการใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด หลังจากนั้นจึงเริ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองในเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2553 มีผู้ป่วยรวมจำนวน 10 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทั้งหมด 6 ด้าน รวม 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมเท่ากับ 85 - 115 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 85-115 หมายถึง ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับสูง คะแนน 54-84 หมายถึง ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับปานกลาง และคะแนน 23-53 หมายถึง ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระดับต่ำ

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะคำตอบเป็นคะแนน 0 - 10 คะแนน การแปลผลคะแนน มีดังนี้ คะแนน 8 - 10 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก คะแนน 4 - 7 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง และ คะแนน 0 - 3 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับต่ำ และมีคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย อาการปวด และภาวะแทรกซ้อน

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีความสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ใช้ (inter-rater) เท่ากับร้อยละ 100

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้และความพึงพอใจ โดยให้พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติตอบแบบสอบถามภายหลังการใช้แนวปฏิบัติในแต่ละเวร และรวบรวมแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยทุกราย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในระยะ 72 ชั่วโมง จึงมีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

1. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองตามแผนการรักษา¹³ (ระดับ 4, เกรด A) มีดังนี้

1.1 ตรวจสอบตำแหน่งของสายให้ยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อ dura ให้อยู่ในตำแหน่งเดิมเมื่อแรกเริ่ม และทุก 8 ชม.

1.2 ตรวจสอบชนิด ปริมาณ และอัตราของยาที่ผู้ป่วยได้รับให้ถูกต้องตามแผนการรักษา (ยาที่ใช้ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้แก่ 0.0625% บุปิวาเคน (Bupivacaine) + มอร์ฟีน (Morphine) อัตราส่วน 0.025 – 0.05 มก. /มล.)

1.3 กรณีที่ต้องรายงานวิสัญญีแพทย์ได้แก่ สายเลื่อนจากตำแหน่งเดิม มีอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณที่ใส่สาย (catheter) มีการรั่วซึมของยา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแผนการรักษา

2. การดูแลจัดการความปวด²³ (ระดับ 3.2, เกรด A) มีดังนี้

2.1 ประเมินความปวดด้วยการถามผู้ป่วย โดยใช้มาตราวัดความปวดด้วยตัวเลข (numerical rating scales: NRS) ระดับ 0–10 คะแนน เมื่อแรกเริ่ม และทุก 2 ชม. ใน 12 ชม. แรก หลังจากนั้น ทุก 4 ชม.

2.2 ในขณะที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อ dura ความปวดควรอยู่ในระดับ 0–3 คะแนน²⁵ (ระดับ 3.2, เกรด A) กรณีที่ความปวดมากกว่า 3 คะแนน ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและประเมินความปวดหลังให้ยา 15–30 นาที หากความปวดยังคงมากกว่า 3 คะแนน รายงานวิสัญญีแพทย์⁴ (ระดับ 1 เกรด A)

3. การป้องกันและจัดการภาวะกตการหายใจ¹¹ (ระดับ 1, เกรด A)

3.1 แรกเริ่ม เตรียมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน ชนิดแคนนูลา (cannula) หรือชนิดหน้ากาก (mask) ไว้ที่หัวเตียงเพื่อพร้อมใช้งานทันที

3.2 ประเมินการหายใจ เมื่อแรกเริ่ม และทุก 2 ชม. ใน 12 ชม. แรก หลังจากนั้น ทุก 4 ชม. โดยสังเกตอัตราและความลึกของการหายใจ

3.3 กรณีที่ อัตราการหายใจน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ครั้งต่อนาที ให้การช่วยเหลือดังนี้ 1) หยุด

ยาทันที 2) ให้ออกซิเจนชนิดแคนนูลา 3 ลิตรต่อนาที หรือชนิดหน้ากาก 6 ลิตรต่อนาที 3) ให้ยานาล็อกโซน (naloxone) 0.1 มก. ทางหลอดเลือดดำทันที พร้อมทั้งรายงานวิสัญญีแพทย์ และให้ยาซ้ำ 0.1 มก. ทางหลอดเลือดดำ ทุก 5 นาที จนกว่าวิสัญญีแพทย์จะมาถึง

4. การเฝ้าระวังและจัดการภาวะความดันโลหิต¹⁷ (ระดับ 1, เกรด A)

4.1 วัดความดันโลหิต เมื่อแรกเริ่ม และ ทุก 4 ชั่วโมง

4.2 ค่าความดันโลหิตควรอยู่ในระดับปกติของผู้ป่วยแต่ละราย กรณีที่ความดันซิสโตลิกต่ำกว่าหรือเท่ากับ 80 มม.ปรอท หรือต่ำกว่าร้อยละ 20 จากค่าความดันซิสโตลิกเดิม ให้ประเมินสัญญาณชีพและรายงานวิสัญญีแพทย์

4.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา

5. การป้องกันและจัดการภาวะระดับความรู้สึกตัวลดลง¹¹ (ระดับ 1 เกรด A)

5.1 ประเมินระดับความง่วงซึม เมื่อแรกเริ่ม และทุก 4 ชม. โดยประเมินระดับความง่วงซึม (sedation score) ซึ่งมีระดับคะแนน 0–3 คะแนน ระดับ 0 หมายถึง ตื่นดี (none) 1 หมายถึง ง่วงซึมเป็นบางครั้ง (mild) 2 หมายถึง ง่วงซึมบ่อยปลุกง่าย (moderate) 3 หมายถึง ครึ่งหลับครึ่งตื่นปลุกยาก (severe)

5.2 ความง่วงซึมควรอยู่ในระดับ 0 – 1 กรณีที่ความง่วงซึมระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ให้หยุดยาทันที และรายงานวิสัญญีแพทย์

6. การป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากยา¹³ (ระดับ 4, เกรด A)

6.1 ประเมินอาการที่อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อน ทุก 8 ชั่วโมง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน คัน ชาหรืออ่อนแรง ปวดศีรษะรุนแรง

6.2 ให้การช่วยเหลือ กรณีมีอาการจากภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

6.2.1 กรณีมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้ยาออนแดนซิตรอน (ondansetron) 4 มก. ทาง

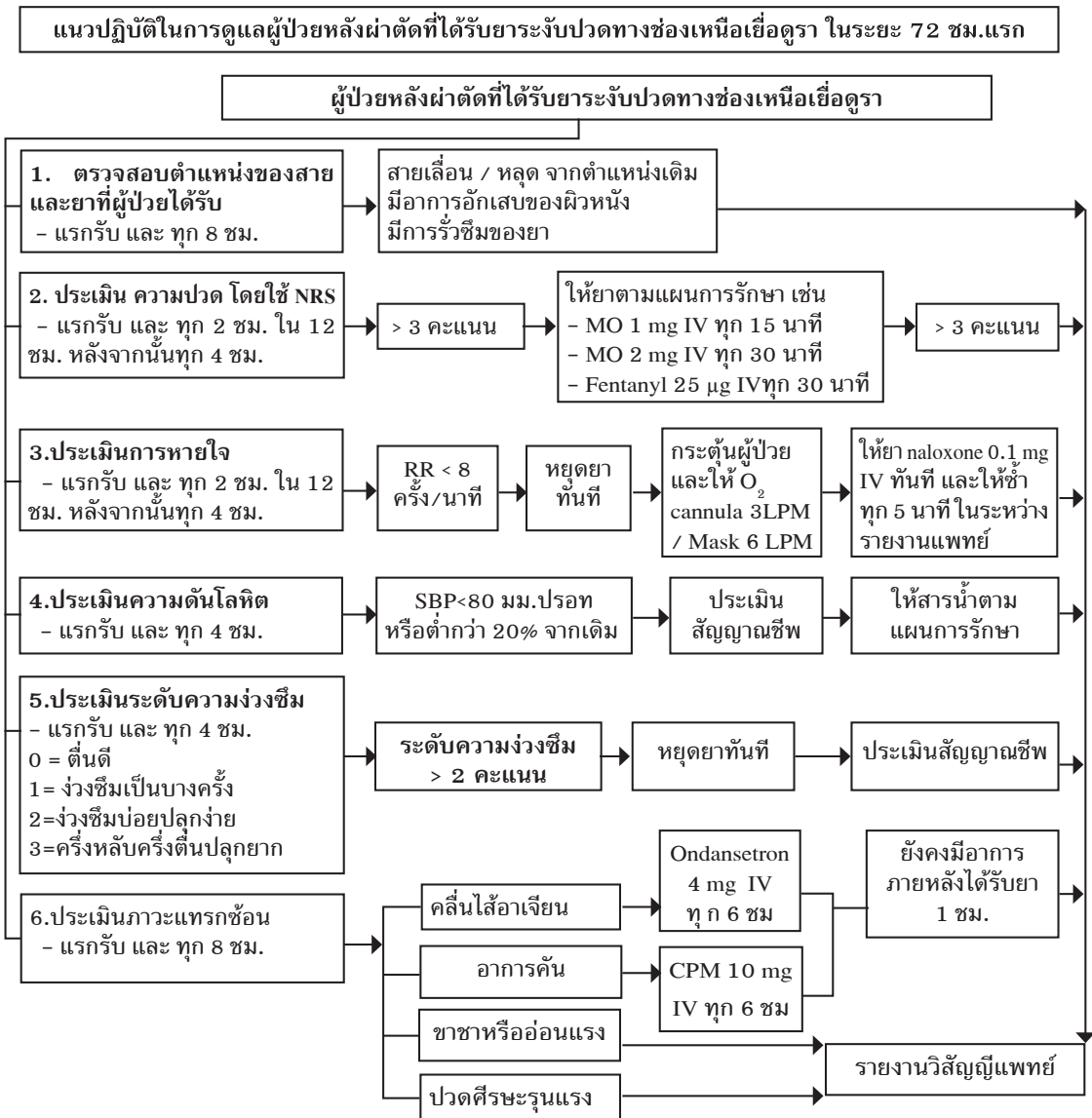
หลอดเลือดดำทุก 6 ชม.¹⁸ (ระดับ 2, เกรด A)

6.2.2 กรณีมีอาการคัน (มักพบบริเวณ ใบหน้า แขน และลำตัว ให้ยาคลอร์เฟนิรามีน (CPM) 10 มก. ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชม.²⁴ (ระดับ 4, เกรด A)

6.2.3 รายงานวิสัญญีแพทย์ เมื่อพบอาการดังนี้คือยังคงมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือคัน

ภายหลังได้รับยา 1 ชม. มีอาการชาหรืออ่อนแรง มีอาการปวดศีรษะรุนแรง (ปวดมากขณะลุกนั่ง ปวดบริเวณขมับ)¹⁹ (ระดับ 3.2 เกรด A)

ผู้วิจัยจัดทำเป็นแผนภาพแสดงขั้นตอนการปฏิบัติ (ภาพ 1) เพื่อความชัดเจน และง่ายในการนำไปใช้



ภาพ 1 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวด ทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง ในระยะ 72 ชั่วโมงแรก

ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีดังนี้

1. ระดับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ 30 ราย มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตาม พยาบาลจำนวน 3 ราย ระบุว่าแนวปฏิบัติด้านการดูแลจัดการความปวด และด้านการป้องกันและจัดการให้การช่วยเหลือภาวะกตการหายใจ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับปานกลาง และพยาบาลจำนวน 1 ราย ระบุว่าแนวปฏิบัติด้านการป้องกันและจัดการให้การช่วยเหลือภาวะระดับความรู้สึกตัวลดลง มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับปานกลาง

2. ระดับความพึงพอใจของผู้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้โดยรวม พบว่า พยาบาลร้อยละ 76.7 (23 ราย) มีความพึงพอใจในระดับมาก พยาบาลร้อยละ 16.7 (5 ราย) มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และพยาบาลร้อยละ 6.7 (2 ราย) มีความพึงพอใจในระดับน้อย

3. ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านผู้ป่วย พบว่า ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดพบว่า มีผู้ป่วยรายงานความปวดระดับมาก 4 ราย ปวดระดับปานกลาง 4 ราย และปวดระดับน้อย 1 ราย และไม่รายงานความปวด 1 ราย อย่างไรก็ตาม ในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีความปวดระดับน้อย โดยผู้ป่วย 5 ราย มีอาการคัน และผู้ป่วย 2 ราย มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

การอภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน กิจกรรม

ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการบริหารยาระงับปวดวิธีนี้ มีแผนภูมิขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ มีความครอบคลุมการดูแล 6 ด้าน เป็นไปตามแนวคิดการจัดการความปวด ที่ประกอบด้วย การประเมินและการจัดการที่มุ่งเน้นการจัดการความปวด โดยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเพียงพอต่อการบรรเทาอาการปวด ช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แต่ยังไม่ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด เช่น การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะได้รับยาใส่สายให้ยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อ dura การรายงานความปวด และการขอยาระงับปวดเพิ่ม และขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยและญาติในการกำหนดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการประสานงานกับวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ให้มีแนวทางการดูแลจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อ dura ที่เป็นไปในทางเดียวกัน และสอดคล้องตรงกัน

พยาบาลมีความเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมในระดับมาก แต่มีเพียงร้อยละ 76.7 ที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เพราะพยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้และมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) ด้านการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา พบว่าเมื่อยาหมดต้องรอรยาจากวิสัญญีแพทย์นานหรือต้องทวงตามหลายครั้ง ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับยาไม่ต่อเนื่อง และเพิ่มภาระงานของพยาบาลในการติดตามยา การเฝ้าระวังสายเลื่อนหลุดทำให้เป็นอุปสรรคในการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การประเมินตำแหน่งของสายทำได้ยากเนื่องจากบริเวณสายมี

เลือดหรือมีการปิดทับผ้าก๊อชเอาไว้ 2) ด้านการป้องกัน และจัดการภาวะกตการหายใจ ในทางปฏิบัติพยาบาลจะเตรียมอุปกรณ์ออกซิเจนตามแผนการรักษา ไม่ได้เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากแพทย์อาจใช้ออกซิเจนต่างชนิดกัน และพยาบาลยังไม่มี ความมั่นใจเพียงพอในการให้นาโลกโซน และ 3) การบันทึกในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยเป็นการเพิ่มภาระให้กับพยาบาล

สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิกด้านผู้ป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถให้ข้อสรุปได้ เนื่องจากใช้กับผู้ป่วยเพียง 10 ราย ประกอบกับอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลการระงับอาการปวด เช่น การให้ยาชาเฉพาะที่ผสมกับมอร์ฟีนจะมีประสิทธิภาพมากกว่า การใช้ยาชาเฉพาะที่เพียงอย่างเดียว²⁶ ระยะเวลาที่ให้ยาชาเฉพาะที่ก่อนเสร็จการผ่าตัด การให้ได้รับยาระงับปวดโบลีสทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมองจะทำให้ยาถึงระดับการรักษาเร็วขึ้น²⁷ ขนาดของแผล ความชำนาญของ ศัลยแพทย์ วิธีการผ่าตัด และระยะเวลาในการผ่าตัด²⁸ นอกจากนี้ อาจจะเป็นผลมาจาก การที่ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอ ยาระงับปวด เพราะเชื่อว่า อดทนต่อความปวดและ ไม่ต้องการได้ยาเพิ่ม²⁹

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรปรับปรุงให้แนวปฏิบัติครอบคลุมการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ การปฏิบัติตัวระหว่าง การได้รับยาระงับปวด เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การรายงานความปวด การขอยาแก้ปวด และควร พัฒนาแนวทางในการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับ ยาระงับปวดอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยา ระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง โดยเน้นความรู้ในเรื่อง การประเมินความปวดหลังผ่าตัด เกสซ์วิทยาและผลข้างเคียงของยา ระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง การ ประเมินและจัดการภาวะแทรกซ้อนจากผลของยา

เอกสารอ้างอิง

1. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan SS. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003;97:534-40.
2. Sido B, Teklote JR, Hartel M, Friess H, Buchler MW. Inflammatory response after abdominal surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2004;18:439-54.
3. Bombeli T, Spahn DR. Updates in perioperative coagulation: physiology and management of thromboembolism and haemorrhage. *Br J Anaesth* 2004;93:275-87.
4. Wu CL, Cohen SR, Richaman JM, Rowlingson AJ, Courpas GE, Cheung K. Efficacy of postoperative patient-controlled and continuous infusion epidural analgesia versus intravenous patient-controlled analgesia with opioid: a meta analysis. *Anesthesiology* 2005;103:1079-88.
5. Liu SS, Wu LC. Effect of postoperative analgesia on major postoperative complication: a systematic update of the evidence. *Anesth Analg* 2007;104:689-702.
6. Sandie CL, Heindel LJ. The knowledge and attitudes of non-anaesthesia nurses regarding post-operative epidural analgesia. *AANA J* 1999;67:455-60.
7. Ballantyne JC, McKenna JM, Ryder ER. Epidural analgesia experience of 5,628 patients in a large teaching hospital derived through audit. *Acute Pain* 2003;4:89-97.
8. Pan PH, Bogard TD, Owen MD. Incidence and characteristics of failures in obstetric neuraxial analgesia and anesthesia: a retrospective analysis of 19,259 deliveries. *Int J Obstet Anesth* 2004;13:227-33.
9. Bird A, Wallis M. Nursing knowledge and assessment skills in the management of patient receiving analgesia via epidural infusion. *J Adv Nurs* 2002(5);40:522-31.

10. ฉวีวรรณ ชงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารการพยาบาล* 2548;20:63-73.
11. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for the prevention, detection, and management of respiratory depression associated with neuraxial opioid administration. *Anesthesiology* 2009;110:218-30.
12. Pasero C, Eksterowicz N, Primeau M, Cowley C. The registered nurse's role in the management of analgesia catheter techniques. *J Perianesth Nurs* 2008; 23: 53-6.
13. Weetman C, Allison W. Use of epidural analgesia in post-operative pain management. *Nurs Stand* 2006;20:54-63.
14. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. **A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines.** 1998. Retrieved May 29, 2009, from http://www.ausinfo.gov.au/general/gen_hottobuy.htm.
15. The Joanna Briggs Institute. **Level of evidence.** [online] 2006 [cited 2009 May 25] Available from http://www.joannabriggs.edu/pdf/about/Level_History.pdf. Access on 29/5/09.
16. The Joanna Briggs Institute. **JB I Level of evidence and recommendations.** [online] 2008 [cited 2009 May 25] Available from http://www.joannabriggs.edu/pdf/about/Level_History.pdf.
17. Cashman, J. N., & Dolin, S. J. Respiratory and haemodynamic effects of acute postoperative pain management: Evidence from published data. *Br J Anaesth* 2004;93:212-3.
18. อรชร เอี่ยมอารีรัตน์, กาญจนา รักษากุล, ศุภลักษณ์ อัจฉราจุจิ, และเพชร ยกลีอ่อน. ผลของการใช้ยา Ondansetron และ Dexamethasone ในการป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ในผู้เข้ารับการผ่าตัด คลอดที่ ได้รับ Epidural Morphine. *วิสัญญีสาร* 2544;27:217-24.
19. Meikle, J., Bird, S., & Nightingale. J. J., & White, N. Detection and management of epidural haematomas related to anaesthesia in the UK: A national survey of current practice. *Br J Anaesth* 2008;101:400-4.
20. Christie, W. I., & McCabe, S. Major complications of epidural analgesia after surgery: Results of a six-year survey. *Anaesthesia* 2007;62:335-41.
21. Popping, M. D., Elia, N., Marret, E., Remy, C., & Tramer, R. M. Protective effects of epidural analgesia on pulmonary and thoracic surgery. *Arch Surg* 2008;143:990-9.
22. Yuan, H., Zuo, Z., Yu, K., Lin, W., Lee, H., & Chan, K. Bacterial colonization of epidural catheters used for short-term postoperative analgesia. *Anesthesiology* 2008;108:130-7.
23. Williamson, A., & Hoggart, B. Pain: A review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs* 2005;14:798-804.
24. เจือกุล อโนธรมณ. การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดทางอิพิดูรัล. *วารสารการพยาบาล* 2543;49(1):12-16.
25. Beilin, Y., Hossain, S., & Bodian, A. C. The numeric rating scale and labor epidural analgesia. *Anest Analg* 2003;96:1794-8.
26. Asantila R, Eklund P, Rosenberg PH. Continuous epidural infusion of bupivacaine and morphine for postoperative analgesia after hysterectomy: *Acta Anaesthesiol Scand* 1991;35:513-17.
27. อุ่มจิต ศรีบุญเรือง, สมบูรณ์ เทียนทอง, ดารณี ปรากฏภรณ์, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของ epidural analgesia ในผู้ป่วยผ่าตัดในช่องท้องที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น. *ศรินครินทร์เวชสาร* 2550;22:200-6.
28. Gagliese L, Gauthier LR, Macpherson AK, Jovellanos M, Chan VW. Correlates of postoperative pain and intravenous patient-controlled analgesia use in younger and older surgical patients. *Pain Med* 2008;9(3):299-314.
29. Huang N, Cunningham F, Laurito C, Chen C. Can we do better with postoperative pain management. *Am J Surg* 2001;182:440-8.

Development and Feasibility Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline in Caring for Post-operative Patients with Epidural Analgesia

Thippawan Bunsanong, RN., MSN.

Hathairat Sangchan, RN., Ph.D.

Praneed Songwatana, RN., Ph.D.

ABSTRACT: Epidural analgesic is an effective pain management for post major operation patients. This research aimed to develop the clinical nursing practice guideline (CNPG) in caring for post-operative patients with epidural analgesia and evaluate its feasibility. Two phases were conducted, 1) developing a CNPG based on the principle and guideline of the National Health and Medical Research Council of Australia, which contents were validated and approved by five experts, and 2) evaluation of feasibility and satisfaction of implementing CNPG among 30 nurses and patient outcomes of caring for 10 cases. Data were collected using the instruments consisted of: the feasibility evaluation form, the user satisfaction questionnaire, and the post-operative care record. Data were analyzed by descriptive statistics.

The results have shown that the developed CNPG contents composed of 6 domains, 1) administration of epidural analgesia, 2) post-operative pain management, 3) prevention and management of respiratory depression, 4) prevention and management of hypotension, 5) prevention and management of alteration of consciousness, and 6) prevention and management of complications of epidural analgesia. Regarding feasibility evaluation, all nurses agreed that the CNPG was feasible at a high level, and 76.7 % of the users reported that their satisfaction was at a high level. During the first 24 hours post-operation, 4 patients reported their pain level as moderate, 4 others as high, one as mild, and one did not report pain level. During the 48-72 hours post-operation all patients reported having a mild level of pain score. In addition, five had pruritus and two had nausea and vomiting.

The findings demonstrated that the developed CNPG could be implemented for post-operative pain management in the target population. However, on outcome evaluation for testing the effectiveness of the CNPG is highly recommended for future study.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(2) 115-125

Keyword: Clinical nursing practice guideline, Post-operative patient, Epidural analgesia

* Anesthesia nurse, Faculty of Medicine, Prince Songkla University

**Lecture, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

***Associate Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University