

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ *

Development of Clinical Practice Guideline for Pain Management Among Major Surgery
Patients at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

วัชรภรณ์ หอมดอก พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)**

Watcharaporn Homdok M.N.S. (Adult Nursing)

นันทา เล็กสวัสดิ์ M.S. (Nursing) ***

Nunta Leksawasdi M.S. (Nursing)

วันชัย มั่งคั่ง Ph.D. (Nursing) ****

Wanchai Moongtui Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดใหญ่เป็นปัญหาใหญ่ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ

- * วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ** พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
- *** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- **** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2546 ถึง กันยายน 2547 โดยแบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สำรวจปัญหาทั่วไปเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ โดยใช้แบบสำรวจปัญหาทั่วไปกับพยาบาลผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 182 คน ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นจากผู้เชี่ยวชาญได้ค่าความตรงเท่ากับ .94 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 21 (KR-21) ได้ค่าเท่ากับ .80

ระยะที่ 3 ทดสอบความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดใหญ่ไปใช้ในหน่วยงานจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 60 คน ระยะที่ 4 การเสวนาเพื่อถกเถียงแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ และนำมาจัดกลุ่มข้อมูล ผลการศึกษาครั้งนี้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ จำนวน 77 ข้อ โดยแบ่งเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกระยะก่อนผ่าตัดจำนวน 17 ข้อ และระยะหลังผ่าตัดจำนวน 60 ข้อ และมีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดใหญ่ไปใช้ มีข้อเสนอแนะว่าควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสม

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก, การจัดการกับความเจ็บปวด, ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่

Abstract

Postoperative pain is a major problem which affects patients both physically and psychologically especially during the first 72 hours after their operation. This developmental research was aimed to develop a clinical practice guideline for pain management among major surgery patients at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The samples were selected between June 2002 – September 2003 by purposive

sampling and consisted of two groups. The first group included 5 nurse and physician experts in pain management and the second group included health care workers from male and female surgical wards. The study consisted of 4 stages: The first stage surveyed current postoperative pain management problems among 182 nurses. During the second stage, a clinical practice guideline for postoperative pain management after major surgery was developed. A Guide to the Development, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines by the National Health and Medical Research Council, Australia was applied as a framework for this study. The clinical practice guideline was then assessed for content validity by 5 experts. Reliability was tested using Kuder-Richarson 21 (KR-21) with a coefficient of .80. In the third stage, the clinical practice guideline was tested for feasibility and applicability among 60 health care workers using purposive sampling. In the fourth stage, the clinical practice guideline was refined during a forum. Data was analyzed by using percentage and categorization. The results of the study revealed that the clinical practice guideline for pain management among major surgery patients had 2 sections and 77 items. Section 1 consisted of 17 items of clinical practice guidelines for pain management among major surgery patients in the preoperative stage and 60

items in the postoperative stage. The clinical practice guideline was feasible. This result indicates that the clinical practice guideline should be used for postoperative pain management and revise regularly for suitable clinical practice guideline.

Key words : Development of Clinical Practice Guidelines, Pain Management, Surgery Patients

ความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดใหญ่ เป็นการตัดเอาส่วนที่เป็นโรคออก หรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ โดยตรงที่ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานมากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป และต้องใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์, สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม, และ พิชานี แสนมโนวงศ์, 2542; Merriam-Webster Medical Dictionary, 2002) ภาวะที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ คือ ความเจ็บปวด ซึ่งเกิดจากเนื้อเยื่อร่างกายได้รับอันตรายจากกระบวนการรักษาที่ต้องใช้มีดกรีดผ่านเนื้อเยื่อต่างๆ ตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดจะทำให้เนื้อเยื่อมีความชอกช้ำ (มยุลี สำราญญาติ และ นันทา เล็กสวัสดิ์, 2541) เนื้อเยื่อร่างกายจะตอบสนองโดยการหลั่งสารเคมีต่างๆ (mediators) เช่น โมโนเอมีน (monoamines) ไซโตไคน์ (cytokines) ฟลอสตานอยด์ (prostanoids) และ เปปไทด์ (peptides) (Carr & Goudas, 1999) สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น (Agency for Health Care Policy

and Research [AHCPR], 1992)

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ อัตราการเต้นหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น เพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ความต้องการการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น (Charlton, 1997; Cousin & Power, 1999) ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็งและเหนียวล้า ผู้ป่วยไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกาย การไหลเวียนกลับของเลือดต่ำลง เกิดการตกตะกอนเป็นลิ่มของเลือดดำ เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา และอาจเกิดภาวะที่ลิ่มเลือดหลุดลอยไปตามกระแสเลือดไปอุดตันที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ เช่น ปอด เป็นต้น ความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเข้า-ออก ลึกๆได้ และไม่สามารถไอได้อย่างเต็มที่ มีผลให้การระบายอากาศลดลง และเสมหะคั่งค้างในปอด เกิดภาวะปอดบวม ถุงลมปอดแฟบ และผลต่อระบบทางเดินอาหาร เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะทำให้เกิดการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะ และยังมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ระดับของแคเทโคลามีนในพลาสมาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เส้นเลือดแดงหดตัว เลือดไปเลี้ยงบริเวณแผลผ่าตัดลดลง ระดับความดันออกซิเจนบริเวณชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous oxygen partial pressure) ลดลง ทำให้เพิ่มอัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น ทำให้การหายของแผลช้าลง (Akca et al., 1999) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้อัตราป่วยเพิ่มขึ้น

(American Society of Anesthesiologists [ASA], 1995) ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับเข้าสู่สภาวะปกติช้า ระยะเวลาในการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น (AHCPR, 1992) ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Carr & Goudas, 1999) สูญเสียทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาล

ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ยังมีผลต่อพฤติกรรมด้านอารมณ์ เช่น กลัว เครียด และวิตกกังวล ซึ่งจะมีผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งเครียด เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมากขึ้น ทำให้เพิ่มความเครียดและความวิตกกังวลขึ้นไปอีก ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ความรุนแรงความเจ็บปวดเพิ่มระดับขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่อง (Carr & Goudas, 1999) ความเจ็บปวดยังทำให้สมาธิสั้น จดจำข้อมูลไม่ได้ หงุดหงิดง่าย รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง สูญเสียพลังอำนาจจากการที่ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้น เกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และรบกวนแบบแผนการนอนหลับ เป็นต้น (ดาร์สนี โพธารส, 2538; นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์, และ นิตยา ว่องกลกิจศิลป์, 2540; Reid, 2001)

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีรวิทยา และจิตสังคมดังกล่าว บุคลากรทางการพยาบาล ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สามารถช่วยให้ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดลดลงได้ โดยมีการประเมินและจัดการกับความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งควรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นไปใน

ทางเดียวกัน จากการศึกษาของพันทิลโล และคณะ (Puntillo et al., 2002) โดยให้พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก 7 คน และพยาบาลจากหอผู้ป่วยหลังผ่าตัด และพักฟื้น 4 คน ทดลองใช้เครื่องมือประเมินและวิธีการจัดการกับความเจ็บปวด ซึ่งพัฒนาขึ้นมาโดยคณะกรรมการวิจัยทางการพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยวิกฤต โดยนำไปใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 31 คน และพบว่าพยาบาล 10 คนได้ตอบแบบสอบถามตรงกันด้านการใช้เครื่องมือการประเมินและวิธีการจัดการกับความเจ็บปวด ช่วยให้การประเมินและการจัดการกับความเจ็บปวดมีระบบ และผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความเจ็บปวด การที่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และเป็นไปในทางเดียวกัน ทำให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความสะดวก มีการทำงานเป็นทีม ลดช่องว่างของการปฏิบัติงานเนื่องจากทุกคนมีส่วนร่วม และเป็นเจ้าของแนวปฏิบัตินั้น

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดในภาคเหนือ รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยทั้งทางยา และการผ่าตัด ซึ่งจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทางศัลยกรรมของผู้นิพนธ์พบว่า การจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบชัดเจน จากการสำรวจทั่วไปเกี่ยวกับวิธีการประเมินและการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่พบว่าวิธีวิธีการที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละบุคคล การจัดการกับความเจ็บปวดส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับการใช้ยาเพื่อบรรเทาความปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่การจัดการกับความเจ็บปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา ซึ่งพยาบาลสามารถปฏิบัติหน้าที่

ตามบทบาทอิสระ เพื่อช่วยเสริมประสิทธิภาพของการจัดการความเจ็บปวดร่วมกับการใช้ยา ยังไม่ได้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย และยังพบว่าความเจ็บปวดหลังผ่าตัดยังเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน (นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์, สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม, และ พิชานี แสนมโนวงศ์, 2542) จากการศึกษาของ มยุลี สำราญญาติ และนันทา เล็กสวัสดิ์ (2541) ได้ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 70 ราย พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดอยู่ระดับปานกลาง จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ โดยอาศัยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์หรือความรู้เชิงประจักษ์ที่มีอยู่ เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานเหมือนกัน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่

คำถามของการศึกษา

แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จัดการกับความเจ็บปวดหรือไม่

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research)

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ 1) ผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสาขาพยาบาลและสาขาแพทย์ 5 ท่าน และ 2) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในแผนกงานการพยาบาล ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ตอบแบบสอบถามเพื่อสำรวจปัญหาด้านการประเมินและการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวน 182 คน จาก 16 หอผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ จำนวน 2 ท่าน กลุ่มที่ 3 ตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ จำนวน 60 คน จาก 6 หอผู้ป่วย และกลุ่มที่ 4 เข้าร่วมเสวนาวิจัย จำนวน 7 คน เป็นผู้เชี่ยวชาญ 1 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย 6 คน รวมจำนวนทั้งหมด 256 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) แบบสอบถามเพื่อสำรวจปัญหาการประเมินและจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด และ 3) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการ

ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 0.94 และหาความเชื่อมั่นจากพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ที่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 4 จำนวน 20 ท่าน โดยใช้สูตร คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-21) ได้เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุมัติผ่านตามขั้นตอน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขออนุญาตดำเนินการศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการประเมินและการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ในสถานการณ์ปัจจุบัน ในแผนงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 16 หอผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ โดยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และการประเมินผล ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ 1) กำหนดขอบเขตของปัญหา 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประชุมร่วมกับทีมพัฒนากำหนดขอบเขตในการค้นหาหลักฐานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) กำหนดวัตถุประสงค์ 4) กลุ่มเป้าหมายและ

ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 5) ทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อตัดสินใจในการนำผลการวิจัยมาใช้ โดยคำนึงถึงความเหมาะสม (fit with setting) ความเป็นไปได้ (feasibility) ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (potential risk) ทรัพยากรที่จำเป็น (resource needed) และความพร้อม (readiness) (Stetler, 1994)

การประเมินคุณภาพของหลักฐานใช้หลักเกณฑ์ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือ และระดับของข้อแนะนำของ U.S. Preventive Services Task Force Guide to Clinical Preventive Services [USPSTF], 1996 กรณีที่เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาได้ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยประยุกต์ใช้จากแบบประเมิน AGREE instrument (Agree Collaboration, 2001) จากนั้นยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกจากงานวิจัยที่ทบทวนและผ่านการประเมินความน่าเชื่อถือแล้ว นำมาทบทวนและปรับปรุงเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน ปรับแนวปฏิบัติทางคลินิกให้อยู่ในรูปของแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งได้จำนวนข้อคำถาม 77 ข้อคำถาม โดยแบ่งเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกระยะก่อนผ่าตัดจำนวน 17 ข้อ และระยะหลังผ่าตัดจำนวน 60 ข้อ คำถามแต่ละข้อมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ เป็นไปได้ และเป็นไปไม่ได้ หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้านเนื้อหา

ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้ กับหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ

ผ่าตัดชนิดรอได้ 6 หอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวิธี การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 60 ราย และให้ทดลองปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ระยะที่ 4 การเสวนาและประเมินผล โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในระยะที่ 3 หาข้อสรุป และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมเสวนา

วิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ และแสดงจำนวนร้อยละ
2. ข้อมูลจากแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่นำมาหาค่าร้อยละ และจัดกลุ่มข้อมูล โดย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเห็นว่าเป็นไปได้ร้อยละ 90 ขึ้นไป กลุ่มที่มีความเห็นเป็นไปได้อ้อยละ 80 - 89.99 และกลุ่มที่มีความเห็นว่าเป็นไปได้น้อยกว่าร้อยละ 80

ผลการวิจัย

ระยะก่อนผ่าตัด

ผลของความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติในระยะก่อนผ่าตัด จากจำนวน 17 ข้อคำถาม มีความเป็น ไปได้ ร้อยละ 90 ขึ้นไป จำนวน 13 ข้อคำถาม ความเห็นว่าเป็นไปได้

น้อยกว่าร้อยละ 80 เพียง 2 ข้อคำถาม คือ มีความเห็นว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดด้วยสายตา มีความเป็นไปได้อ้อยละ 75 และมีความเห็นว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยา มีความเป็นไปได้อ้อยละ 47 เท่านั้น

ระยะหลังผ่าตัด

ผลของความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ด้านการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ด้านการจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการใช้ยา และวิธีการจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการที่ไม่ใช้ยา ดังนี้ การประเมินความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด มี 17 ข้อคำถาม กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าเป็นไป ได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ในด้านการประเมินระยะหลังผ่าตัด ร้อยละ 90 ขึ้นไป จำนวน 12 ข้อคำถาม การจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการใช้ยา ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเป็นไปได้ ร้อยละ 90 ขึ้นไป จำนวน 22 ข้อคำถามการจัดการความเจ็บปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา มีความเห็นว่าเป็นไปได้อ้อยละ 90 ขึ้นไป จำนวน 3 ข้อคำถามที่มีความเห็นว่าเป็นไปได้อ้อยละ 80 ขึ้นไป 8 ข้อคำถาม คือ การใช้พลังสัมผัสโดยการใช้มือส่งพลังไปยังผู้ป่วย มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเพียงร้อยละ 46.67 เกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายที่ละส่วนโดยไม่ต้องเกร็งก่อน เป็นไปได้ในทางปฏิบัติเพียงร้อยละ 53.33 เช่นเดียวกับการนวดซึ่งมีความเห็นว่าเป็นไปได้อ้อยละ 76.67 มีความเห็นว่าเป็นไปได้อ้อยละ

65.00 เกี่ยวกับการฟังดนตรี ด้านการอ่าน 75.00 ผลการวิจัยระยะก่อนและหลังผ่าตัดดังแสดง
หนังสือ มีความเห็นว่าเป็นไปได้ร้อยละ 76.67 ส่วน ในตาราง
การใช้สื่ออารมณ์ขันเป็นไปได้อย่างเพียง ร้อยละ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
ด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด (n = 60)

แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวด ในระยะก่อนผ่าตัด	เป็นไปได้ จำนวน(ร้อยละ)
1. การจัดการความเจ็บปวดในระยะก่อนผ่าตัดประกอบด้วย	
1.1 การประเมินความเจ็บปวดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และการวางแผนจัดการกับความ เจ็บปวดแผลผ่าตัดล่วงหน้า	57(95.00)
1.2 การประเมิน ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ลักษณะของความเจ็บปวดแผล ผ่าตัด ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด ระยะเวลาของความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	52(86.67)
1.3 การสอบถามประวัติของความเจ็บปวดในอดีต	58(96.67)
1.4 การวางแผนล่วงหน้าด้านการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดร่วมกับทีมผู้รักษา พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ	49(81.67)
ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ	
1.4.1 สาเหตุของความเจ็บปวดหลังผ่าตัด	58(96.67)
1.4.2 ตำแหน่งของความเจ็บปวด	59(98.33)
1.4.3 ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด	56(93.33)
1.4.4 วิธีการประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	58(96.67)
1) มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา	45(75.00)
2) มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข	55(91.67)
3) มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา	54(90.00)
4) มาตรวัดความเจ็บปวดจากการแสดงออกของ สีหน้า	57(95.00)
1.4.5 การประเมินพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก	57(95.00)
1.4.6 ผลของความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	59(98.33)
1.4.7 วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด	57(95.00)
1.4.8 อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังจากได้รับยาบรรเทาปวด	57(95.00)
1.4.9 วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยการไม่ใช้ยา	47(78.33)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
ด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดด้านการประเมินความเจ็บปวด (n = 60)

แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวด ด้านการประเมินในระยะหลังผ่าตัด	เป็นไปได้ จำนวน(ร้อยละ)
1. การประเมินความเจ็บปวดในระยะหลังผ่าตัด	
1.1 ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันที	47 (78.33)
1.2 การประเมิน ตำแหน่งที่เจ็บปวด	56 (93.33)
1.3 ประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด	55 (91.67)
1.4 ประเมินลักษณะของความเจ็บปวด	55 (91.67)
1.5 ประเมินอาการปวดร้าวไปยังตำแหน่งอื่น	56 (93.33)
1.6 การประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยโดยใช้ มาตรวัดความเจ็บปวด	56 (93.33)
1) มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา	48 (80.00)
2) มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข	55 (91.67)
3) มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยวาจา	55 (91.67)
4) มาตรวัดความเจ็บปวดจากการแสดงออกของ สีหน้า	52 (86.67)
1.7 การประเมินพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก	60 (100.00)
1.8 การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา	60 (100.00)
1.9 ประเมินระยะเวลาของความเจ็บปวด	55 (91.67)
1.10 การประเมินความเจ็บปวดซ้ำ	56 (93.33)
1.11 ระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นอย่างกะทันหัน และไม่ได้คาดหวังว่า จะเกิดขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ควรประเมินทันทีอย่างใกล้ชิด และปรึกษาทีมผู้รักษา	58 (96.67)
1.12 การรายงานระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดให้รายงานเป็นตัวเลข	51 (85.00)
1.13 มีระบบการบันทึกอย่างต่อเนื่อง และมีแบบบันทึกการประเมินความเจ็บปวดที่เป็น แบบฟอร์มมาตรฐาน และเป็นที่ยอมรับของทีม	48(80.00)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดโดยวิธีการใช้ยา (n = 60)

แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวด โดยวิธีการใช้ยาในระยะหลังผ่าตัด	เป็นไปได้ จำนวน(ร้อยละ)
1. การจัดการกับความเจ็บปวดโดยวิธีการใช้ยา	
1.1 การใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดหลัง ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก	55 (91.67)
1.2 ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดระดับรุนแรงมากให้ใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดชนิดเสพติดอย่างรุนแรง (strong opioid)	58 (96.67)
1.3 ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดระดับรุนแรงปานกลางให้ใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดชนิดเสพติดเล็กน้อย (weak opioid)	53 (88.33)
1.4 ในรายที่มีอาการเจ็บปวดระดับเล็กน้อย ให้ใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดชนิดไม่เสพติด (non-opioids drugs)	55 (91.67)
1.5 ยกกลุ่มโอปิออยด์ออกฤทธิ์บรรเทาความเจ็บปวด ที่ตัวรับในระบบประสาทส่วนกลาง	59 (98.33)
การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับกลุ่มโอปิออยด์ที่สำคัญ ได้แก่	
1.5.1 ประเมินอาการข้างเคียงหลังจากได้รับยา	59 (98.33)
1.5.2 ไม่ควรให้ยาในผู้ป่วยที่มีอัตราการหายใจ น้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตน้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท	59 (98.33)
1.5.3 การประเมินความเจ็บปวดซ้ำเพื่อประเมินถึงประสิทธิภาพของการบรรเทาปวดหลังได้รับยาออกฤทธิ์สูงที่สุด	58 (96.67)
1) ออกฤทธิ์สูงที่สุดในเวลา 30-60 นาที ในรูปแบบที่ให้แบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำและเข้าทางกล้ามเนื้อ	54 (90.00)
2) ออกฤทธิ์สูงที่สุดในเวลา 60-120 นาที ในรูปแบบให้รับประทาน	53 (88.33)
3) ระยะเวลาของการออกฤทธิ์ของยา 2-4 ชั่วโมง	56 (93.33)
1.6 ยกกลุ่ม NSAID มีฤทธิ์บรรเทาความเจ็บปวดและ ลดปฏิกิริยาการอักเสบ โดยยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ ไซโคลออกซีจีเนส มี 2 ชนิด คือ	60 (100.00)
1.6.1 ยกกลุ่ม NSAID ที่ยับยั้งทั้ง ไซโคลออกซีจีเนส 1 และ 2 เช่น ibuprofen และ diclofenac นอกจากจะมีผลลดการอักเสบของพรอสตาแกลนดินแล้ว ยังทำให้เกิดอาการข้างเคียง คือ ทำให้มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร มีผลต่อการทำงานของเกร็ดเลือด ลดการไหลเวียนโลหิตไปยังหลอดเลือดไตการดูแลที่สำคัญ คือ	60 (100.00)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวด โดยวิธีการใช้ยาในระยะหลังผ่าตัด	เป็นไปได้ จำนวน(ร้อยละ)
1) ให้ผู้ป่วยรับประทานหลังอาหารทันที	58 (96.67)
2) ประเมินอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อาหารไม่ย่อย อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายดำ	58 (96.67)
3) ประเมินภาวะเลือดออกง่าย โดยเฉพาะบริเวณแผลผ่าตัด	58 (96.67)
4) ประเมินการทำงานของไตภายหลังจากให้ยา เนื่องจากยากลุ่มนี้ทำให้มีการคั่งของ BUN และ creatinine มีผลทำให้โซเดียมและน้ำคั่งในร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการบวม	48 (80.00)
5) ต้องระมัดระวังการให้ยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบไต ผู้ป่วยที่มีภาวะการไหลเวียนของโลหิตลดลง ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นแผลในกระเพาะอาหาร	56 (93.33)
6) ประเมินความเจ็บปวดซ้ำหลังได้ยา 1-2 ชั่วโมง	57 (95.00)
1.6.2 ยกกลุ่ม NSAID ที่เลือกยับยั้งเฉพาะ ไส้โคออกซิเจนส ทุ เช่น ยาในกลุ่ม celecoxib (celebrex) และ rofecoxi (vioxx) ปัจจุบันนิยมใช้มาก เนื่องจากสามารถช่วยยับยั้งการเกิดปฏิกิริยาการอักเสบได้โดยตรง ลดผลข้างเคียงต่อกระเพาะอาหารและเกร็ดเลือด เพิ่มการ ไหลเวียนโลหิตไปยังหลอดเลือดไต และเพิ่มระดับความดันโลหิต	57 (95.00)
1.7 ยกกลุ่มอะเซตามิโนเฟน เช่น พาราเซตามอล ในผู้ใหญ่ที่สุขภาพปกติ รับประทาน ครั้งละ 1 กรัม ทุก 4 -6 ชั่วโมง การดูแลที่สำคัญ คือ	57 (95.00)
1) ไม่ควรรับประทานเกิน 4 กรัมต่อวัน เนื่องจากมีพิษต่อดับ	58 (96.67)
2) ให้ระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคตับ หรือโรคขาดสารอาหาร	59 (98.33)
3) ประเมินอาการข้างเคียงของยาพาราเซตามอล ที่อาจเกิดขึ้น เช่น มึนงง และง่วงนอน	55 (91.67)
4) ประเมินความเจ็บปวดซ้ำหลังรับประทานยา 1-2 ชั่วโมง	59 (98.33)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดโดยวิธีการไม่ใช้ยา (n = 60)

แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวด โดยวิธีการไม่ใช้ยาในระยะหลังผ่าตัด	เป็นไปได้ จำนวน(ร้อยละ)
1. การจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดใหญ่โดยวิธีการไม่ใช้ยา	
1.1 การเลือกใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา ขึ้นอยู่กับความชอบและเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว	54 (90.00)
1.2 วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยามีหลายวิธี	
1.2.1 การให้ข้อมูลสาเหตุความเจ็บปวดแผลผ่าตัด	56 (93.33)
1.2.2 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินความเจ็บ และการรายงานความก้าวหน้า	47 (78.33)
1.2.3 การใช้เทคนิคเทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ ประกอบด้วย	53 (88.33)
1) การฟังดนตรี	39 (65.00)
2) การอ่านหนังสือ	46 (76.67)
3) การใช้สื่ออารมณ์ขัน	45 (75.00)
4.2.4 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ประกอบด้วย	53 (88.33)
1) การผ่อนคลายด้วยการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมและช่องท้อง	49 (81.67)
2) การฝึกคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วน(active progressive muscle relaxation)	40 (66.67)
3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายทีละส่วนโดยไม่ต้องเกร็งก่อน (passive progressive muscle relaxation)	32 (53.33)
1.2.5 การใช้วิธีการที่มีการกระทำต่อร่างกายโดยตรง ซึ่งมีหลายวิธี เช่น	55 (91.67)
1) การนวด (massage)	46 (76.67)
2) การสัมผัส ประกอบด้วย	54 (86.67)
ก. การสัมผัสเพื่อการดูแล (caring touch)	52 (86.67)
ข. พลังสัมผัส (therapeutic touch)	28 (46.67)
3) การจัดท่าผู้ป่วย (positioning)	60 (100.00)
4) การออกกำลังกาย (exercise)	58 (96.67)

ข้อมูลที่ได้มาเมื่อนำมาวิเคราะห์ และนำเข้าสู่แนว
วิจัย พบว่าผลสรุปส่วนใหญ่ของผู้เสวนาวิจัยมีความ
คิดเห็นว่าเป็นไปได้ เนื้อหาของแนวปฏิบัติส่วนมาก
ให้คงเดิม มีส่วนน้อยที่ผู้เข้าร่วมเสวนา
แนะนำให้ปรับการใช้ภาษา ขอให้เป็นภาษาที่เข้าใจ
ง่าย ประหยัดคำ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทาง
คลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดใหญ่ โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดการ
พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติทาง
คลินิกไปใช้ และการประเมินผลของสภาวะวิจัยทางการ
แพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (National health and
Medical Research Council [NHMRC])
ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ผู้วิจัย
อภิปรายผลตามคำถามการวิจัย โดยแบ่งระยะการ
อภิปรายผลออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด
และระยะหลังผ่าตัด ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

ร้อยละ 90 ขึ้นไปของพยาบาลผู้นำแนว
ปฏิบัติไปใช้ มีความเห็นว่าการประเมินและการให้
ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดก่อนผ่าตัดมีความเป็น
ไปได้ โดยผู้เข้าร่วมเสวนาทั้ง 7 ท่านมีความเห็นด้วย
เนื่องจากการประเมินในระยะก่อนผ่าตัดจะทำให้
ทีมผู้ดูแลรักษาสามารถที่จะรับทราบข้อมูลพื้นฐาน
เบื้องต้น เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์
เฉพาะบุคคล บุคคลนั้นจะต้องเป็นผู้บอกเล่าถึง
ความรู้สึกนั้นด้วยตนเอง ยากที่ผู้อื่นจะเข้าใจและ
อธิบาย (Curtiss, 2001) การประเมินถึงประวัติ

ความเจ็บปวดในอดีต จะทำให้ผู้ดูแลได้ทราบถึง
ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดที่ผ่านมา ตลอด
จนวิธีการแก้ไขที่ผู้ป่วยเคยใช้แล้วประสบความสำเร็จ
เพื่อเป็นการเตรียมการล่วงหน้าที่จะวางแผนจัดการ
กับความเจ็บปวด และตอบสนองความต้องการของ
ผู้ป่วยได้ในระยะหลังผ่าตัด (ลักขมี ชาญเวช,
2546) ซึ่งจะเชื่อมโยงต่อไปยังข้อคำถามที่เกี่ยวกับ
การเตรียมวางแผนล่วงหน้าร่วมกันระหว่างทีม
ผู้รักษา ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเตรียมความพร้อมแก่
ผู้ป่วยและญาติในการที่จะเผชิญกับความเจ็บปวด
พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมพร้อมโดยการให้
ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดในระยะก่อนผ่าตัด จะมี
ระดับความรุนแรงของการเจ็บปวดหลังผ่าตัดต่ำกว่า
กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล (Sjoling, Nordanl,
Olofsson, & Asplund, 2002) สำหรับแนวปฏิบัติ
ด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความ
เจ็บปวดโดยวิธีการที่ไม่ใช่ยา โดยสามารถใช้ร่วมกับ
การใช้ยา มีความเห็นว่าเป็นไปได้ร้อยละ 78.33
โดยผู้เข้าร่วมเสวนาวิจัย ได้พิจารณาว่าเนื่องจากเป็น
หอผู้ป่วยรวม และมีจำนวนผู้ป่วยที่ค่อนข้างมาก
ทำให้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการไม่ใช่ยาต้องใช้เวลา
โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายที่ไม่เคยมีประสบ
การณ์มาก่อนต้องใช้เวลาในการที่จะฝึกให้ผู้ป่วย
สามารถปฏิบัติเองได้ (McCaffery, 2002) ผู้เข้าร่วม
เสวนาได้เสนอแนะว่าเป็นวิธีการที่ดีให้คงแนว
ปฏิบัติได้ และให้พัฒนาวิธีการให้ข้อมูลที่เหมาะสม
ต่อไป และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้มีทางเลือกฝึก
ปฏิบัติให้มีทักษะก่อนผ่าตัด

การประเมินระดับความรุนแรงของความ
เจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดด้วย สายตา

มีความเป็นไปได้ร้อยละ 15 โดยผู้เข้าร่วมเสวนาวิจัยได้มีความเห็นเช่นเดียวกับพยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติไปใช้ แม้ว่ามาตรวัดด้วยสายตาดจะมีหลายงานวิจัยบอกว่าเป็นมาตรวัดที่มีความไวและเชื่อถือได้มากที่สุด (Bijur, Silver, & Gallagher, 2001) มาตรวัดด้วยสายตา เป็นเพียงเส้นตรงที่ไม่มีตัวเลขกำหนด และเป็นการยากที่จะให้ผู้ป่วยเป็นผู้ชี้ตำแหน่งลงบนเส้นตรงนั้น เนื่องจากต้องใช้เวลาที่จะต้องอธิบาย และผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ระยะ 24-72 ชั่วโมง ความเจ็บปวดเกิดขึ้นจะอยู่ระดับปานกลางถึงรุนแรง เมื่อเกิดความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือที่รวดเร็ว การที่จะชี้บอกตำแหน่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลานานกว่าการให้มาตรวัดด้วยตัวเลขและมาตรวัดด้วยวาจา ซึ่งสะดวกที่จะใช้มากกว่า

ระยะหลังผ่าตัด

ด้านการประเมินความเจ็บปวดหลังผ่าตัด มีข้อคำถามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 17 ข้อคำถาม พยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติไปใช้มีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป จำนวน 12 ข้อคำถาม โดยมีข้อที่มีความเห็นว่าเป็นไปได้สูงสุด คือ ร้อยละ 100 ได้แก่ การประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดจากการประเมินพฤติกรรมที่แสดงออก และการประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งอาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นสิ่งที่สังเกตได้ง่าย และประเมินได้ชัดเจนในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันชนิดหนึ่ง มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ

ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น (Breivik, 2002; Carr & Goudas, 1999) ข้อคำถามที่มีความคิดเห็นว่าเป็นไปได้น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 78.33 โดยอีกร้อยละ 21.67 เห็นว่าการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีเมื่อออกมาจากห้องผ่าตัดหรือเมื่อมาถึงหอผู้ป่วยมีความเป็นไปได้ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดทันที หรือเมื่อมาถึงหอผู้ป่วยจะต้องย้ายผู้ป่วยจากเปลนอนสู่เตียงผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องมีการเคลื่อนไหว มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ถ้าประเมินทันทีจะทำให้ระดับความเจ็บปวดที่ประเมินได้มีความรุนแรงกว่าปกติ ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพจากการเสวนาวิจัยได้พิจารณาว่า ควรจัดทำให้ผู้ป่วยได้นอนสบาย และให้ผู้ป่วยพักสักครู่ก่อน จากนั้นค่อยประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยอาจจะกำหนดระยะเวลาว่าควรประเมินหลังจากนั้นประเมิน 5 หรือ 10 นาที เนื่องจากถ้าไม่กำหนดเวลา ผู้ปฏิบัติอาจจะใช้ระยะเวลาประเมินที่ห่างเกินไป

การจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดโดยวิธีการใช้ยา จำนวน 25 ข้อคำถาม ความเห็นของพยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติไปใช้ที่เห็นว่าเป็นความเป็นไปได้ตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป จำนวน 22 ข้อคำถาม ความเห็นว่าเป็นไปได้ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปถึงร้อยละ 89.99 มีจำนวน 3 ข้อคำถาม ข้อคำถามที่พยาบาลผู้นำแนวปฏิบัติไปใช้มีความเห็นว่าเป็นไปได้ร้อยละ 80 และเป็นไปไม่ได้ ร้อยละ 20 คือ การประเมินการทำงานของไตภายหลังการให้ยากลุ่ม NSAIDs เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ทำให้มีการคั่งของ BUN

และ Creatinine มีผลทำให้โซเดียมและน้ำคั่งในร่างกายผู้ป่วยมีอาการบวม ทั้งพยาบาลผู้นำไปใช้และจากการเสวนาวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าเนื่องจากในปัจจุบันผู้ป่วยไม่ทุกรายที่แพทย์จะมีคำสั่งให้ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาค่าดังกล่าว ควรเปลี่ยนเป็นการประเมินสารน้ำที่เข้าออก และประเมินอาการบวมในผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดน่าจะเหมาะสม

การจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดใหญ่ โดยวิธีการไม่ใช้ยา จำนวน 18 ข้อคำถาม พยาบาลผู้นำไปใช้มีความเห็นว่าเป็นไปได้มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไปจำนวน 5 ข้อคำถาม ข้อคำถามที่มีความเป็นไปได้สูงสุด คือ การจัดทำนอนที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยลดการยึดขยายกล้ามเนื้อที่มากเกินไป ขจัดแรงกดและความตึงของบริเวณที่เจ็บปวด เป็นการลดสิ่งกระตุ้นที่จะไปเพิ่มความเจ็บปวดหลังผ่าตัดให้มากยิ่งขึ้น (Lerner et al., 1998). อาจใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น หมอน เป็นต้น (VA/DoD, 2001) โดยพยาบาลผู้นำไปใช้มีความเห็นว่าเป็นไปได้ร้อยละ 100 ด้านการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ พยาบาลผู้นำไปใช้ร้อยละ 88.33 มีความเห็นด้วย แต่วิธีการที่จะนำไปใช้ในแต่ละวิธีการนั้น พยาบาลผู้นำไปใช้บางส่วนยังมีความเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ คือ การฟังดนตรีที่ประกอบด้วยเนื้อร้อง และ/หรือ ทำนองตามที่ผู้ป่วยชอบ เช่น มีจังหวะช้า นุ่มนวล ระดับเสียงค่อนข้างทุ้มต่ำ มีผลลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2528; เอมอร อุดุลโกธาร, 2543) มีความคิดเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ ร้อยละ 35 อาจเนื่องมาจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติในการศึกษาครั้งนี้ทดลองใช้ในหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยรวมมีจำนวนเตียง

ในห้อง 8 เตียง การฟังดนตรีอาจรบกวนผู้ป่วยอื่นที่ไม่ชอบฟัง ด้านการใช้สื่ออารมณ์ขัน ร้อยละ 25 มีความคิดเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ เนื่องจากการทำให้ผู้ป่วยหัวเราะอาจทำให้เพิ่มความดันในช่องท้อง และเพิ่มระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดได้ แม้ว่าจะมีการศึกษาของพรนิภา ลีละธนาฤกษ์ (2542) ที่ศึกษาผลการใช้สื่ออารมณ์ขันที่มีต่อความเจ็บปวดและความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี และการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักจำนวน 30 ราย ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ด้านการใช้วิธีอ่านหนังสือ หรืออ่านด้วยตนเอง ร้อยละ 23.33 มีความคิดเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีการคาสาयरบายต่าง ๆ รวมทั้งสายให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ อาจทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจด้านการอ่านหรือการฟังลดลง ผู้เข้าร่วมเสวนาวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นวิธีการที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาปวดได้เป็นวิธีการที่ดี แต่เนื่องด้วยสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ทั้งหมดเนื่องจากความไม่พร้อมทางด้านอุปกรณ์ และสถานที่ของหอผู้ป่วยที่ไม่อำนวยให้ แต่กรณีที่ผู้ป่วยสามารถนำมาเองนั้นสามารถแนะนำให้ใช้ได้ เช่น วิทยุ / เทปที่มีหูฟัง ซึ่งจะทำให้ไม่รบกวนผู้ป่วยเตียงอื่นที่ไม่ชอบฟังเพลง เป็นต้น

การบรรเทาความเจ็บปวดโดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย มีความเห็นว่าเป็นไปได้ร้อยละ 81.67 ส่วนใหญ่ร้อยละ 81.67 เห็นด้วยกับวิธีการผ่อนคลายด้วยการหายใจโดยการชักลมเข้าออกกระบังลม และช่องท้อง ร้อยละ 46.67 เห็นว่าการผ่อนคลาย

กล้ามเนื้อทั่วร่างกายที่ละส่วนโดยไม่ต้องเกร็งก่อน (passive progressive muscle relaxation) เป็นไปไม่ได้ในการปฏิบัติ และร้อยละ 33.33 เห็นว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายที่ละส่วนโดยการเกร็งเต็มที่ก่อนและคลายออก (active progressive muscle relaxation) มีความเป็นไปได้ แม้ว่าจะเป็นวิธีการที่ทำให้กล้ามเนื้อไม่ตึงตัว บรรเทาปวดได้ (รุ่งทิพย์ จามรมาน, 2532) แต่การใช้ทั้งสองวิธีต้องมีการฝึกให้เกิดทักษะ และต้องใช้เวลา ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการปฏิบัติในปัจจุบัน จากภาระงานและจำนวนผู้ป่วยที่มาก โดยผู้เข้าร่วมเสวนาวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การนวดเป็นวิธีการที่สะดวกทั้งผู้ปฏิบัติและผู้ป่วย คือ การฝึกผ่อนคลายด้วยการหายใจ ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และบรรเทาความเจ็บปวดแล้ว ยังทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจในระยะหลังผ่าตัดด้วย

การใช้วิธีการที่มีการกระทำต่อร่างกายโดยตรงเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวด พยาบาลผู้นำไปใช้ร้อยละ 91.67 มีความเห็นว่าเป็นไปได้ โดยวิธีการที่มีความเห็นว่าเป็นไปได้สูงสุด ร้อยละ 100 คือ การจัดทำนอนที่ถูกต้องให้ผู้ป่วย ร้อยละ 96.67 เห็นด้วยกับการออกกำลังแขนขา การลุกเดิน ช่วยให้ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดลดลง ร้อยละ 86.67 เห็นด้วยกับวิธีการช่วยบรรเทาปวดโดยวิธีการสัมผัส แต่วิธีการใช้พลังสัมผัสนั้นร้อยละ 53.33 เห็นว่ามีความเป็นไปได้ เนื่องจากการใช้พลังสัมผัสผู้ที่กระทำให้แก่ผู้ป่วยนั้นต้องมีความชำนาญ มีทักษะ ต้องใช้สมาธิและเวลา ในการเสวนาวิจัย ผู้เข้าร่วมเสวนาวิจัย ให้เลือกวิธีการที่สะดวกและเหมาะสม ส่วนวิธีที่จะต้องใช้ทักษะนั้น ให้มีการพัฒนาทักษะ

ของพยาบาลผู้ปฏิบัติก่อน จากนั้นค่อยนำไปฝึกผู้ป่วย วิธีบรรเทาปวดด้วยการนวดนั้นมีความเห็นว่าเป็นไปได้เพียงร้อยละ 23.33 เนื่องจากการนวดต้องใช้ระยะเวลา แต่ภาระงานที่มีมากทำให้พยาบาลไม่มีเวลาที่จะไปนวดให้ผู้ป่วยได้ ผู้ร่วมเสวนาวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การนวดเป็นวิธีการช่วยลดความเจ็บปวดได้หลายด้าน ช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและส่งเสริมให้หลอดเลือดขยายตัว (Fagen, 2002) วิธีการนวดนั้นมีหลายวิธี ให้แยกวิธีเพื่อเลือกปฏิบัติ เพราะแต่ละวิธีสามารถนำมาปฏิบัติได้โดยไม่ต้องฝึกทักษะ และญาติสามารถปฏิบัติให้กับผู้ป่วยได้ เช่น การนวดแขนและขา เป็นต้น

แม้ว่าการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยาจะเป็นวิธีการที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพของการจัดการความเจ็บปวดด้วยวิธีการใช้ยา (McCaffery, 2002) ในทางปฏิบัติยังมีความเห็นทั้งเป็นไปไม่ได้และเป็นไปได้ ในส่วนที่เห็นว่าเป็นไปไม่ได้ส่วนใหญ่เกิดจากภาระงานที่มาก พยาบาลมีความเร่งด่วนที่จะปฏิบัติการพยาบาลด้านอื่นก่อน เนื่องจากการบรรเทาปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องมีเวลาให้กับผู้ป่วยโดยตรงเป็นบุคคล เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล และต้องมีการฝึกฝนทักษะให้มีความชำนาญในบางวิธี (McCaffery, 2002)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. นำแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเสนอต่อผู้บริหาร เพื่อนำไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทุกหอผู้ป่วย
2. จัดทำคู่มือและแผนพับเกี่ยวกับวิธีการ

จัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยวิธี
การไม่ใช้ยา สำหรับพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว

ปฏิบัติการด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดใหญ่

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาค้างต่อไป

2. นำไปเป็นรูปแบบของการพัฒนา
แนวปฏิบัติทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

1. ศึกษาถึงประสิทธิผลของการนำแนว

เอกสารอ้างอิง

- ดาร์สนี โพธารส. (2538). คุณภาพการนอนหลับและสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน
โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์ และ นิตยา ว่องกลกิจศิลป์ .(2540). ความพึงพอใจในการนอนหลับ
และปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดใหญ่. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์, สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม และ พิชานี แสนมโนวงศ์. (2542). ความทุกข์
ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2528). ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับ
ปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรนิภา ลีละธนาฤกษ์. (2542). ผลการใช้สื่ออารมณ์ขันที่มีต่อความเจ็บปวดและความเครียดของผู้ป่วย
ผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา,
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มยุลี สำราญญาติ และนันทา เล็กสวัสดิ์. (2541). ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อ
บรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งทิพย์ จามรمان. (2532). ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- ลักขมี ชาญเวชช์. (2546). Postoperative pain management. ใน นครชัย เฟื่อนปฐุม (บรรณาธิการ.),
Clinical practice guideline (หน้า 97-121). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นตริงเฮาส์.

- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และอรัญญา เชาวลิท. (2539). การดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด: ประเด็นจริยธรรมที่พยาบาลต้องตระหนัก. วารสารพยาบาล, 45, 2, 9-17.
- เอมอร อุดุลโกธาร. (2543). ผลของดนตรีที่ช่อบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR]. (1992). *Acute pain management: Operative of medical procedures and trauma*. Clinical practice guideline No. 1. AHCPR Publication No. 92-0032. Retrieved February 28, 2003, from <http://www.ahcpr.org>
- AGREE Collaboration. (2001). *Appraisal of guidelines for research and evaluation [AGREE instruments]*. Retrieved June 15, 2003, available from <http://www.agreecollaboration.org>
- Akca, O., Melischek, M., Scheck, T., Hellwagner, K., Arkili, C. F., Kurz, A., Kapral, S., Heinz, T., Lackner, X. F., & Sessler, D. I. (1999). Postoperative pain and subcutaneous oxygen tension. *The Lancet*, 353, 41-42.
- American Society of Anesthesiologists [ASA]. (1995). Practice guideline for the management of acute pain in the perioperative setting: Task force on pain management. *Anesthesiology*, 82, 1071-1081.
- Bijur, P. E., Silver, W., & Gallagher, E. J. (2001). Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Academic Emergency Medicine*, 8, 12, 1153-1157.
- Breivik, H. (2002). How to implement an acute pain service. *Best Practice & Research Clinical Anesthesiology*, 16, 4, 527-547.
- Carr, D. B., & Goudas, L. (1999, June). Acute pain. *The Lancet*, 353, 2051-58.
- Charlton, E.D. (1997). The management of postoperative pain. Retrieved April 4, 2003, available from <http://www.nda.ox.ac.uk>
- Cousins, M., & Power, I. (1999). Acute and postoperative pain. In P. D. Wall & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain*. (4th ed.) (pp. 447-791). Churchill Livingstone: Harcourt Publishers.
- Curtiss, C. P. (2001). JCAHO: Meeting the standards for pain management. *Orthopaedic nursing*, 20, 2, 27-44.
- Fagen, D. (2002). *Pain management: current concept*. Bert Rodgers Schools of Continuing Education Course. Retrieved March 14, 2003, available from <http://www.bertrogers.com>

- Lerner E, B, Billittier A, J, & Moscati R, M. (1998). The effects of neutral positioning with and without padding on spinal immobilization of healthy subjects. *Prehosp Emerg Care*, 2, 2, 112-6.
- McCaffery, M. (2002). What is the role of nondrug methods in the nursing care of patient with acute pain? *Pain Management Nursing*, 3, 3, 77-80.
- McNille, J. A., Sherwood, G. D., Starck, P. I., & Thomson, C. J. (1998). Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16, 1, 29-39.
- Merriam-Webster Medical Dictionary. (2002). **Definition of major surgery**. Merriam-Webster Inc. Retrieved October 11, 2004, available from <http://www.Dictionary.com>
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1998). **A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines**. Retrieved April 24, 2002, available from http://www.ausinfo.gov.au/general/gen_hottobuy.htm
- Puntillo, K. A., Stannad, D., Miaskowski, C., Kehrie, K., & Gleeson, S. (2002). Use of a pain assessment and intervention notation (P.A.I.N.) tool in critical care nursing practice: Nurses' evaluations. *Heart & Lung*, 31, 4, 303-314.
- Reid, E. (2001). Factors affecting how patients sleep in the hospital environment. *British Journal of Nursing*, 10(14), 912-915.
- Sjoling, M., Nordall, G., Olofsson, N., & Asplund, K. (In press). **Patient education counseling**. Retrieved June 15, 2003, available from [http:// www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
- U.S. Preventive Services Task Force Guide to Clinical Preventive Services [USPSTF]. (1996). **Guide to Clinical Preventive Services**. (2nd ed). Baltimore: Williams and Wilkins