

ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

The Outcomes of Nursing Practice guidelines of Pain management in post operative of
exploratory laparotomy, Kumphawapi Hospital Udon, Thani Province.

(Received: May 12,2025 ; Revised: June 4,2025 ; Accepted: June 8,2025)

ณัฐพร วิเศษสาคร¹ นียดา ไปไกล้า¹

Nataporn Wisetsakorn¹ Niyada Paiklai²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องและศึกษาความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดช่องท้อง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 32 คน เก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกผลลัพธ์ระดับความปวดและการจัดการความปวด แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ Chi – square และ independent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ในช่วง 30 นาทีแรก ค่าเฉลี่ยระดับความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อย่างไรก็ตาม ณ นาทีที่ 45 และ 60 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) กลุ่มทดลองมีการใช้ยาที่ตรงแบบแผนกว่า และมีการจัดการความปวดที่รวดเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ผลลัพธ์ของการจัดการความปวด พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ห้องพักรักษาตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการเปรียบเทียบ Sedation Score พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนน Sedation Score ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลลัพธ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการระงับปวดที่ห้องพักรักษาตัว พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลของความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลผู้ใช้แนวทางปฏิบัติในการระงับปวดที่ห้องพักรักษาตัวมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = 0.70)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ การพยาบาล จัดการความปวด ผ่าตัดช่องท้อง

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effects of nursing practice guidelines on pain management in patients undergoing open abdominal surgery and to evaluate satisfaction with these guidelines. The sample consisted of patients receiving anesthesia for abdominal surgery, divided into experimental and control groups of 32 patients each group. Data were collected using general information records, pain level and pain management outcome records, patient satisfaction assessment forms, and guideline user satisfaction assessment forms with reliability coefficients of 0.90 and 0.92 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including Chi-square and independent t-test.

The results showed that during the first 30 minutes, the mean pain levels between the experimental and control groups were not significantly different ($p > 0.05$). However, at 45 and 60 minutes, the experimental group had significantly lower mean pain levels than the control group ($p < 0.05$). The experimental group received more standardized medication administration and faster pain management than the control group. Regarding pain management outcomes, the experimental group demonstrated

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

significantly better post-operative pain management results in the recovery room than the control group ($p < 0.001$). Comparison of Sedation Scores showed that the experimental group had significantly better scores than the control group ($p < 0.001$). Patient satisfaction with pain management in the recovery room was significantly higher in the experimental group compared to the control group ($p < 0.001$). Anesthesia nurses' satisfaction with the pain management guidelines in the recovery room was at the highest level ($\bar{x} = 4.26$, S.D. = 0.70).

Keywords: Nursing Practice Guidelines, Pain Management, Abdominal Surgery Patients, Recovery Room, Satisfaction

บทนำ

การผ่าตัดช่องท้องคิดเป็น 1 ใน 3 ของการผ่าตัดทั้งหมดที่ทำในห้องผ่าตัดใหญ่เมื่อเทียบกับการผ่าตัดอื่นๆ ในห้องผ่าตัดใหญ่ ศัลยกรรม การผ่าตัดช่องท้อง (Abdominal surgery) เป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมบริเวณช่องท้องเพื่อการสำรวจหาความผิดปกติ หรือทำการรักษาโดยการตัด ต่อ หรือ ซ่อมแซมอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้อง เช่น ลำไส้ ตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหาร มดลูก เป็นต้น การผ่าตัดสามารถทำได้ทั้ง 1) การผ่าตัดแบบดั้งเดิม (Conventional surgery) กล่าวคือ มีการตัดผ่านผิวหนังทางหน้าท้อง (Open abdominal surgery or exploratory laparotomy) และ 2) การผ่าตัดช่องท้องผ่านกล้อง (Laparoscopic surgery) โดยสอดใส่ท่อที่มีกล้องและอุปกรณ์ในการตัดเย็บ เข้าไปทดแทนการผ่าตัดแบบดั้งเดิม ซึ่งแม้ว่าการผ่าตัดหน้าท้องจะเป็นการรักษาแต่ก็อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนได้ อาทิเช่น ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ภาวะตกเลือดขณะผ่าตัด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ความปวด เป็นต้น ซึ่งผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเกิดได้ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หรือหลังผ่าตัดและอาจมีความรุนแรงจนถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ วิสัยทัศน์พยาบาลพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงมีความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อลดการเกิดหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะอาการปวดหลังผ่าตัดเปิดหน้าท้อง¹

ความปวดมีผลกระทบต่อร่างกาย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เป็นผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น เนื่องจากเมื่อเคลื่อนไหวผู้ป่วยจะรู้สึกปวดแผลมากขึ้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่มักไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลในระดับรุนแรงมาก ใน 1-24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด² ความปวดที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาระงับปวดที่ไม่เพียงพอ ขาดการประเมินความปวดที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ หรือเกิดจากการตัดสินใจแต่ละบุคคล ประสิทธิภาพการทำงานในห้องผ่าตัดมีน้อย ภาระงานในห้องผ่าตัดมาก ล้วนทำให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพลดลง³

การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาปวดหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความปวดที่ตามมาหลังการผ่าตัด ความปวดที่เกิดขึ้นนี้ส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและได้รับการบรรเทาความปวดที่ไม่ถูกต้อง⁴ ความปวดหลังผ่าตัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้าน ร่างกาย และจิตใจก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่าง ๆ เช่น กระตุ้นการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบจนอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติภายหลังการผ่าตัด ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ

ลดลง แผลหายช้า นอกจากนี้ความปวดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้แรงและไอได้เต็มที่ จนอาจเกิดภาวะถุงลมแฟบและปอดอักเสบ อาจเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดมากกว่าปกติ ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำมากขึ้น และอาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอดรวมทั้งเพิ่ม ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการอักเสบส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดล่าช้า เพิ่มระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาล ผู้ป่วยครอบครัวและระบบสุขภาพต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น (International Association for the Study of Pain, 2017) อีกทั้งปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ องค์การอนามัยโลกได้ถือความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5⁵

โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ปีมีการผ่าตัดที่หลากหลายทั้งในเวลาและนอกเวลาฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน โดยปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการระงับความรู้สึกจำนวน 2,852 ราย ปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการระงับความรู้สึกจำนวน 2,530 ราย และปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการระงับความรู้สึกจำนวน 3,361 ราย⁶ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงจากการระงับความรู้สึกได้ในหลากหลายมิติ หนึ่งในนั้นคือความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งถือว่าวิสัญญีพยาบาลจะต้องมีบทบาทในการระงับปวดให้ได้และปลอดภัยถือเป็นภารกิจสำคัญของงานวิสัญญี ทั้งนี้ระดับความปวดผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับความอดทน ความวิตกกังวล และประสบการณ์เผชิญกับความปวด ดังนั้นหากเข้ารับการผ่าตัดและฟื้นจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวผู้ป่วยจะแสดงออกถึงอาการปวดที่ไม่เท่ากัน บางรายอาจจะแสดงออกไม่ตรงกับการเจ็บปวด หรือบางรายไม่แสดงออกแต่ไม่บอกเล่า หรือในบางรายแสดงออกอย่างตรงไปตรงมานอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรมีการให้ยาแก้ปวดหลากหลายชนิดแตกต่างกัน ปริมาณแตกต่างกันไม่เป็นในทางเดียวกัน ยังไม่มีแนว

ปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี เป็นแนวเดียวกัน⁶

การประเมินความปวดจัดเป็นสัญญาณชีพที่สำคัญของกระบวนการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดที่มีคุณภาพของพยาบาลวิชาชีพ การประเมินและการจัดการความปวด เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมผู้ดูแลในห้องผ่าตัดและในห้องพักฟื้นเป็นบทบาทหน้าที่ของทีมวิสัญญี นอกจากนี้การประเมินและการจัดการความปวดยังเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาลที่ต้องประเมินในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลที่ต้องประเมินในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติเดิมเป็นแนวทางการปฏิบัติโดยที่วิสัญญีพยาบาลประเมินและให้ยาแก้ปวดตามประสบการณ์ ให้ยาแก้ปวดตามการประเมินคะแนนระดับปวด มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนเพียงอย่างเดียว ขาดการประเมินอาการอื่นร่วม ผู้วิจัยจึงพัฒนารอบแนวคิดการบริหารความปวดหลังผ่าตัดที่มีอยู่เดิมร่วมกับแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดฉบับปี พ.ศ. 2562 ของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย¹ นำมาศึกษาและทำการแก้ไขปรับปรุงวิธีการจึงได้ศึกษา ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี ที่ได้พัฒนาและปรับปรุงขึ้นซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษา ผลของการใช้แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเพื่อจัดการความปวดหลังผ่าตัดนี้มาก่อน เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้จัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในการบรรเทาความปวด วิสัญญีพยาบาลนำไปใช้ในการจัดการความปวดได้อย่างมั่นใจ ส่งผลต่อคุณภาพการบริการงานวิสัญญีลดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์และคงไว้ซึ่งคุณภาพ

ทางการพยาบาล เพิ่มความพึงพอใจและ
ประสบการณ์ที่ดีหลังการเข้ารับการรักษา
ของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่อง
ท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2
กลุ่ม เปรียบเทียบ (Quasi experimental
research) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ที่เข้ารับการ
รักษาความรู้สึกละ 32 คน รวม 64
คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G –
Power⁷ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าโครงการ (Inclusion
criteria) คือ 1) อายุอยู่ในช่วง 18 – 65 ปี มี
สัมพันธภาพครอบครัว 2) มีความยินยอมเข้าร่วม
ในงานวิจัยด้วยความสมัครใจ 3) ชนิดการผ่าตัด ใน
การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาจากการผ่าตัด
เปิดช่องท้อง 4) ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ใน
เกณฑ์ปกติ 5) โรคประจำตัว มีการควบคุมโรค
ประจำตัวนั้นควรทำได้ดีเต็มที่ (optimization)
และอยู่ในสภาวะคงที่ (stable) และเกณฑ์การแยก
อาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)
คือ 1) ไม่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัย 2)
โรคประจำตัว มีการควบคุมโรคที่ไม่ดีพอ อยู่ใน
สภาวะไม่คงที่ (Unstable) หรือมีโรคประจำตัวที่
ต้องใช้เวลาเฝ้าระวัง และมีภาวะคุกคามชีวิต

และกลุ่มผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ คือ พยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี
จำนวน 12 คน ระยะในเก็บรวบรวมข้อมูลคือ
เมษายน-กรกฎาคม 2567

1. เครื่องมือดำเนินการพัฒนา

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการ
ความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุม
ภวาปี จังหวัดอุดรธานี พัฒนามาจากแนวปฏิบัติ

ของการระงับปวดหลังผ่าตัด ราชวิทยาลัยวิสัญญี
แห่งประเทศไทย¹

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- 2) แบบบันทึกผลลัพธ์ระดับความปวดและ
การจัดการความปวด
- 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่
ได้รับการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่อง
ท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
- 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนว
ปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดใน
ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัด
อุดรธานี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรง
เชิงเนื้อหา (Content Validity) แนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่อง
ท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
ตรวจสอบโดยวิสัญญีแพทย์ 3 ท่าน วิสัญญี
พยาบาล จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความ
ครอบคลุมเนื้อหา แนวทางปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพ
จากนั้นให้ค่าคะแนนตามความเห็นของ
ผู้ทรงคุณวุฒิงานวิจัยทั้ง 4 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.89
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำ
แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่
ได้รับการปรับปรุงตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
แล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ
คล้ายคลึงกัน คือ ผู้ป่วยผ่าตัดอื่น และพยาบาล
วิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลกุมภวาปีที่ไม่ใช่
กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
อัลฟาคอลบาร์ค ได้เท่ากับ 0.90, 0.92

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนวิจัย
ด้วยตัวเองทั้งหมด โดยมีขั้นตอนการดำเนิน
กิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อพิจารณาการตรวจสอบ

2. ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกุมภวาปี นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี หลังจากที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่ได้นำเสนอ แล้วจึงเริ่มดำเนินการวิจัย

3. การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ทำการศึกษาโดยศึกษาจากอุบัติการณ์การจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ หลังให้การระงับความรู้สึกที่ห้องฟักฟื้น ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ของโรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อสำรวจปัญหา ประชุมกลุ่มวิสัญญีพยาบาลเพื่อบอกเล่าถึงปัญหาและสรุปผล

ขั้นตอนที่ 2 ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลกุมภวาปี ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิ จากกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลกุมภวาปี ร่วมวิเคราะห์ตรวจสอบแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 ทำหนังสือขอจริยธรรมวิจัยเพื่อพิจารณาอนุญาตภายหลังได้รับการรับรองและทำการขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบและพัฒนาจนได้ปรับปรุงตามวงจร โดยทำการนำเครื่องมือหรือแนวทางที่ได้ไปทดลองใช้ในกลุ่ม Try out โรงพยาบาลอื่นในเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี นำแนวทางปฏิบัติไปใช้ ดังนี้

ประเมินความปวดเริ่มต้น: เริ่มต้นด้วยการประเมินความปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด (NRS)

กรณี NRS < 4 คะแนน:

- ถ้าไม่มีอาการปวด ให้พักผ่อนให้ครบ 1 ชั่วโมงแล้วจำหน่ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงแรก

กรณี NRS ≥ 4 คะแนน:

- หากคะแนน NRS ≥ 4 คะแนน ให้ประเมินอัตราการหายใจ (RR) หาก RR ≥ 10 ครั้ง/นาที, คะแนน Sedation scores 0-1 และไม่มีภาวะ Hypotension ให้ดำเนินการตามแนวทางการให้ยา

- ให้ยาตามแผนการรักษา โดยพิจารณาให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids เช่น Morphine (MO) 2-5 mg, Fentanyl 0.5-2 mcg หรือ Pethidine 20-50 mg.

- ประเมินผู้ป่วยหลังให้ยาระงับปวด 5 นาที ประเมินผลหลังให้ยาครั้งแรก:

- หากหลังให้ยาแล้ว NRS ยังคง ≥ 4 คะแนน, RR ≥ 10 ครั้ง/นาที, Sedation scores 0-1 และไม่มี Hypotension โดยให้ยาครั้งของขนาด dose แรก

- ประเมินผู้ป่วยหลังให้ยาครั้งที่สอง 5 นาที ประเมินผลหลังให้ยาครั้งที่ 2:

- หากหลังให้ยาครั้งที่ 2 แล้ว NRS ยังคง ≥ 4 คะแนน, RR ≥ 10 ครั้ง/นาที, Sedation scores 0-1 และไม่มี Hypotension โดยให้ยาครั้งของขนาด dose แรก

- ประเมินผู้ป่วยหลังให้ยาครั้งที่สาม 5 นาที การจัดการหลังให้ยา:

- หาก NRS < 4 คะแนน ให้จำหน่ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงแรก

- หาก NRS ≥ 4 คะแนน ให้รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อพิจารณาสั่งการรักษาเพิ่มเติม และให้ยาตามคำสั่งวิสัญญีแพทย์ โดยประเมินผู้ป่วยทุก 5 นาที

ขั้นตอนที่ 6 ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 7 สรุปผลวิจัยและเผยแพร่

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi – square และ independent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาศึกษาและวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี KPEC14/2567 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยในการศึกษาประกอบด้วยกลุ่มทดลอง (n=32) และกลุ่มควบคุม (n=32) โดยในกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยชาย 14 ราย (43.75%) และหญิง 18 ราย (56.25%) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยชาย 10 ราย (31.25%) และหญิง 22 ราย (68.75%) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองคือ 42.03 ปี (S.D. = 14.25) และในกลุ่มควบคุมคือ 42.06 ปี (S.D. = 12.86) น้ำหนักเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองคือ 62.09 กก. (S.D. = 9.74) และในกลุ่มควบคุมคือ 60.87 กก. (S.D. = 8.71) การจำแนก ASA ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองพบว่ามี ASA I 12 ราย (37.50%), ASA II 17 ราย (53.10%) และ ASA III 3 ราย (9.40%) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมี ASA I 13 ราย (40.65%), ASA II 17 ราย (53.10%) และ ASA III 2 ราย (6.25%) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการระบุความรู้สึกทั่วร่างกาย 100% โรคร่วมที่พบในกลุ่มทดลอง ได้แก่ เบาหวาน (2 ราย, 6.25%), ความดันโลหิตสูง (4 ราย, 12.5%), โรคอ้วน (3 ราย, 9.38%), ไทรอยด์ (3 ราย, 9.38%), โรคกระดูกสันหลังเสื่อม (1 ราย, 3.12%) และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (1 ราย, 3.12%)

ส่วนกลุ่มควบคุมพบเบาหวาน (2 ราย, 6.25%), ความดันโลหิตสูง (2 ราย, 6.25%), มะเร็ง

(2 ราย, 6.25%), โรคอ้วน (3 ราย, 9.38%), ไทรอยด์ (6 ราย, 18.75%) และโรคกระดูกสันหลังเสื่อม (3 ราย, 9.38%) กลุ่มโรคทางศัลยกรรมที่พบในทั้งสองกลุ่มคือศัลยกรรมทั่วไป (กลุ่มทดลอง 22 ราย, 68.75%; กลุ่มควบคุม 22 ราย, 68.75%) และสูติ-นรีเวชกรรม (กลุ่มทดลอง 10 ราย, 31.25%; กลุ่มควบคุม 10 ราย, 31.25%) รายการผ่าตัดที่พบ ได้แก่ Exploratory Laparotomy with Lysis of Adhesions (กลุ่มทดลอง 10 ราย, 31.25%; กลุ่มควบคุม 8 ราย, 25.0%), TAH with Lysis of Adhesions (ทั้งสองกลุ่ม 10 ราย, 31.25%), Open Cholecystectomy (กลุ่มทดลอง 5 ราย, 15.62%; กลุ่มควบคุม 7 ราย, 21.80%), Splenectomy (กลุ่มทดลอง 2 ราย, 5.71%) และ Sigmoidectomy (กลุ่มทดลอง 5 ราย, 15.62%; กลุ่มควบคุม 7 ราย, 21.80%) ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (กลุ่มทดลอง 25 ราย, 78.12%; กลุ่มควบคุม 25 ราย, 78.12%)

2. ค่าคะแนนความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า การจัดการความปวดในกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในนาที่ที่ 0 กลุ่มทดลองได้รับ Fentanyl 25-50 mcg น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (15.62% เทียบกับ 34.37%) และการให้ Morphine 2 mg ในกลุ่มทดลองพบ 28.12% เทียบกับกลุ่มควบคุม 37.5% ในขณะที่การให้ Morphine 3 mg เท่ากันทั้งสองกลุ่มที่ 25% สัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาาระงับปวดใกล้เคียงกัน (31.25% ในกลุ่มทดลอง และ 34.37% ในกลุ่มควบคุม)

เมื่อถึงนาที่ที่ 15 รูปแบบการใช้ยาเริ่มแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนการใช้ Fentanyl สูงกว่าเล็กน้อย (15.62% เทียบกับ 12.50%) และสัดส่วนการให้ Morphine 2 mg ในกลุ่มทดลองสูงกว่า (18.75% เทียบกับ 9.37%) แต่

การให้ Morphine 3 mg ในกลุ่มทดลองน้อยกว่า (18.75% เทียบกับ 28.12%)

อย่างไรก็ตาม ในนาที่ที่ 30 กลุ่มทดลองมีการใช้ยาระงับปวดน้อยกว่าอย่างชัดเจน โดยมีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาถึง 93.75% เทียบกับกลุ่มควบคุมที่ 81.25% และกลุ่มควบคุมยังมีการใช้ Morphine 2 mg และ 4 mg ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่มีการใช้ยาในขนาดดังกล่าว สุดท้าย ในนาที่ที่ 45 และ 60 ทั้งสองกลุ่มไม่มีการให้ยาระงับปวดเพิ่มเติม

3. ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีผลการจัดการอาการปวดที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.01$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีคะแนน Sedation Score ที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัญญาณชีพ (ความดันโลหิต, ชีพจร, อัตราการหายใจ, O2 saturation) ระหว่างสองกลุ่ม

4. ผลลัพธ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยในการระงับปวดที่ห้องพักรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการประเมินความปวดของวิสัญญีพยาบาล ($p = 0.01$), ความรู้สึกปลอดภัยจากการให้ยาระงับปวด ($p = 0.01$) และวิสัญญีมีความเอาใจใส่ต่อการเจ็บปวดของท่านท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการรับบริการ ($p = 0.01$) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านพึงพอใจในการจัดการความปวดในห้องพักรักษา ($p = 0.59$), ความพึงพอใจในการดูแลให้ยาแก้ปวด ($p = 0.16$), และความพึงพอใจต่อการรับบริการจากวิสัญญีพยาบาล ภาพรวมระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.63$)

5. ผลลัพธ์ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดใน

ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า โดยรวมผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.27 คะแนน (S.D. = 0.72) ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ ท่านปฏิบัติตามแนวทางจัดการความปวดหลังผ่าตัด, ในห้องพักรักษา ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = 0.61) และ แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาแล้วเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = 0.61) รองลงมา คือ การแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด, ในห้องพักรักษาทำให้ท่านมีความมั่นใจมากขึ้น ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.60) และ แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด, ในห้องพักรักษาทำให้คุณภาพการทำงานดีขึ้น ($\bar{X} = 4.40$, S.D. = 0.69) ท่านสามารถประเมินความปวดผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.64) และ ท่านสามารถจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้ ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = 0.84) และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด, ในห้องพักรักษาสามารถลดอาการปวดลงได้ ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 0.64)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีคะแนนความปวดสูงกว่าในนาที่แรก หลังออกจากห้องพักรักษา ($\bar{X} = 4.96$, S.D. = 2.72) แต่หลังจากใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด ค่าคะแนนความปวดลดลงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในนาที่ที่ 45 และ 60 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การใช้แนวทางปฏิบัติช่วยให้สามารถประเมินอาการปวดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การจัดการความปวดทำได้ทันทั่วถึงและลดความรุนแรงของอาการปวดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ผลลัพธ์นี้สนับสนุนโดยงานวิจัยของประไพศรี สายทอง⁵ ซึ่งพบว่าแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาสามารถลดความปวดได้ถึง 7-10 คะแนน

การใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดส่งผลให้การใช้อยามีแบบแผนและมีความถี่ในการจัดการความปวดที่รวดเร็วกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองสามารถจัดการความปวดได้เสร็จสิ้นในนาที่ที่ 0 และ 15 หลังผ่าตัด ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการจัดการที่ช้ากว่าและมีการใช้ยาที่หลากหลายรูปแบบกว่า นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดในกลุ่มทดลองยังดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยมีผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีการจัดการดีขึ้น 22 ราย (ร้อยละ 68.75) เทียบกับ 14 ราย (ร้อยละ 43.75) ในกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของประไพศรี สายทอง⁵ ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีแนวปฏิบัติช่วยให้บุคลากรมีแนวทางในการให้ยาแก้ปวดที่ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว และลดโอกาสการให้ยาผิดพลาด

กลุ่มทดลองมีค่าคะแนน Sedation Score ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่มีอาการง่วงเล็กน้อยเพียง 4 ราย (ร้อยละ 12.5) เทียบกับ 22 ราย (ร้อยละ 68.75) ในกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์นี้บ่งชี้ว่าการใช้แนวปฏิบัติช่วยป้องกันการให้ยาในปริมาณที่มากเกินไป ความจำเป็น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอาการง่วงซึมในผู้ป่วยได้

ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจโดยรวมในการระงับปวดที่ห้องพักรับรองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.67) อาจเกิดจากการได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่ การให้ข้อมูลที่ชัดเจน และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของดวงสุตา วัฒนธัญญการ และคณะ⁸ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางกระดูกและข้อ

ผู้ใช้นโยบายมีความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวทางการจัดการความปวดในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = 0.72) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในระดับที่ว่าพวกเขาสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ และเห็นว่าแนวทางนี้เป็นประโยชน์ต่อ

หน่วยงาน ($\bar{X} = 4.48$) ในขณะที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดในประเด็นที่ว่าแนวทางนี้สามารถลดอาการปวดลงได้ ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 0.64) สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร อินทวงศ์⁹ พบว่า สร้างความพึงพอใจให้กับทั้งผู้ป่วยและพยาบาล ซึ่งสามารถนำไปใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้จริง

โดยสรุปแล้ว การใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดห้องทรวงสามารถช่วยลดความปวดของผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา ลดอาการง่วงซึม และส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ใช้นโยบายมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดมากขึ้น ผลลัพธ์เหล่านี้สนับสนุนให้มีการนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดไปใช้ในทางคลินิกเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1.1 ด้านการบริหารการพยาบาล การนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมาใช้ในห้องพักรับรองเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย ลดความแตกต่างในการปฏิบัติงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ควรมีการอบรมและให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงควรมีการติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการอย่างสม่ำเสมอ

1.2 ด้านการพยาบาล พยาบาลควรใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดเพื่อประเมินความปวดของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและเป็นระบบ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลและตอบสนองต่ออาการปวดได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งควรให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาที่กำหนดและประเมินผล

การให้ยาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจว่าอาการปวดของผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลควรให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและมีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยในวงกว้าง

2.2 ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการความปวด

2.3 ควรทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดต่อผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ เช่น ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี และบุคลากร ของโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผ่าตัดช่องท้องในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 19]. เข้าถึงได้จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th>.
2. ศศิวิมล พงศ์จรรยกุล และคณะ. ประสิทธิภาพการใช้แนวทางการให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัดในท้อง พักฟื้นเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดตามแนวทางเดิมกับแนวทางใหม่. 2558; ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
3. อุษา เอี่ยมล่อ. (2559). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 2559; 11(3): 183-194.
4. อินทิดา ปากันทะและปรกรณ์ ประจัญบาน. รายงานการวิจัยอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน การจัดการทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 19]. เข้าถึงได้จาก <http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/7826/2/Fulltext.pdf>
5. ประไพศรี สายทอง. ประสิทธิภาพของแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2564;2 (3): 1 – 12.
6. สถิติกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลกุมภวาปี. สถิติการผู้ป่วยเข้ารับการระงับความรู้สึก. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลกุมภวาปี; 2567.
7. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. Psychol Bull 1992;112(1): 155–159.
8. ดวงสุดา วัฒนธัญญการ, บัณฑิตพร สำแดงฤทธิ์ และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. การประเมินการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางกระดูกและข้อ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(4):100-109.
9. อุมพร อินทวงศ์. ผลการศึกษาการใช้แนวทางปฏิบัติ เพื่อบรรเทาปวดหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น. ในเอกสารประชุมวิชาการให้ความรู้เรื่อง Pain management โรงพยาบาลพังงา; 2556.