

ผลของการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวด
และความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วย
ผ่าตัดช่องท้อง ณ โรงพยาบาลชลบุรี

The Effects of Planned Pain Management on Pain and Satisfaction
with Pain Management of Patients with Abdominal Surgery at
Chonburi Hospital

อังคณา จงเจริญ,* พย.ม.
สิริกอร์ เทียนหล่อ,** พย.บ.

Angkana Chongjarearn,* M.N.S.
Sirikorn Teanlow,** B.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผนต่อความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่โรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางช่องท้องโดยไม่มีการบาดเจ็บระบบอื่นร่วม และได้รับการผ่าตัดในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้แบบเร่งด่วน ร่วมกันได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554-สิงหาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 60 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ป่วย 30 ราย เป็น กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดตามปกติ และอีก 30 ราย เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามแผนการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินระดับความรุนแรงของความปวด เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด และสัมภาษณ์

ความพึงพอใจในการจัดการความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำและการทดสอบที่ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ขณะที่คะแนนความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{(2,116)} = 950.553, p < .001$) และพบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.92, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเร่งด่วนต่อไป โดยการจัดการความปวดควรคำนึงถึงกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ และบริบทของโรงพยาบาล และการจัดการความปวดจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้นั้น ต้องเกิดจากความพึงพอใจของทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย

คำสำคัญ : การจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ความปวด ความพึงพอใจ

* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุ้งติงหู โรงพยาบาลชลบุรี

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of planned pain management on pain and satisfaction with the pain management that patients with abdominal surgery received at Chonburi Hospital. The sample was 60 abdominal trauma patients (without trauma in any other organ systems) who had urgent intraperitoneal and intractable operation and received general anesthesia. The data collection was conducted between August 2011 to August 2012. The sample was selected according to inclusion criteria. Thirty patients were the control group who were cared according to a typical pain management plan and other thirty patients were the experimental group who were cared according to a pain management plan which was developed by the researcher. The instruments were demographic data form, pain after surgery assessment form, patients' satisfaction assessment in pain management form. The patients' pain intensity levels were assessed in 24, 48 and 72 hours after surgery. The satisfaction with the pain management was interviewed after 72 hours of surgery. Data were analyzed using descriptive statistics repeated measures ANOVA and t-test.

The results showed that 24 and 48 hours after surgery, the average pain score for both control and experimental groups were not significantly different ($p > .05$). However, the average pain score of the experimental group at 72 hours after surgery was less than that of the control group with statistical significance at the .05 level ($F_{(2,116)} = 950.553, p < .001$). Furthermore, it was found that 72 hours after surgery, the experimental group had higher satisfaction in pain management than the con-

trol group with statistical significance at the .05 level ($t = 6.92, p < .001$).

The results of this study can be used as a guideline for pain management in the urgent abdominal surgery case. In order to apply the planned pain management, the patients, practitioners and the context of the hospital should be taken into consideration. The most efficient pain management should occur with practitioners' and patients' satisfaction.

Keywords : Planned pain management, patients with abdominal surgery, pain, satisfaction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งเป็นความปวดที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในร่างกาย เป็นความปวดชนิดเฉียบพลันทันทีทันใด และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยได้มากกว่าความปวดแบบเรื้อรัง (นวลสกุล แก้วลาย, 2545) การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ส่งผลให้เกิดความปวดได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรง (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2547; McDonald, 2006) โดยการผ่าตัดนั้น ทำให้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนังผ่านเข้าไปถึงอวัยวะภายในช่องท้องเพื่อค้นหาความผิดปกติร่วมกับรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งในระยะหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก พบว่า ผู้ป่วยมักเกิดอาการปวดในระดับรุนแรง และระดับปานกลางได้ถึงร้อยละ 40-70 และร้อยละ 20-40 ตามลำดับ (Keane, McMenamin & Polomano, 2001) อีกทั้งความปวดที่เกิดขึ้น ยังทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งและเกิดความเหนื่อยล้า ส่งผลไปถึงการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ล่าช้า ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ครอบคลุมต้องสูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากขึ้น (Good et al., 2001) จากผลกระทบด้านร่างกายนำมาสู่ผลกระทบ

ด้านจิตใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัว ท้อแท้ ซึมเศร้า ซึ่งจะรบกวนการนอนหลับ ทำให้ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น (Reyes-Gibby, Aday & Cleedland, 2001)

จากสถิติโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขนาด 825 เตียง ให้บริการในระดับตติยภูมิ และเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติการเรียนการสอนด้านการแพทย์และการพยาบาลของหลายสถาบัน พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2553 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดใหญ่มีจำนวนมากขึ้นตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 30.02% 33.23% 45.34% 46.85% และ 47.36% ตามลำดับ (เวชระเบียนแผนกห้องผ่าตัดและวิสัญญี, 2549-2553) ซึ่งหมายถึงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

จากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัย ในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมพยาบาลในโรงพยาบาลชลบุรีทั้งในด้าน การสอน การนิเทศงาน และการดูแลผู้ป่วยแผนก ศัลยกรรม พบว่า ปัญหาความปวดยังคงเป็นปัญหาสำคัญ และพบได้บ่อยครั้ง ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และบุคลากรกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชลบุรี ที่ได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญในการจัดการความปวด ให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดขึ้น และกำหนดเป็นนโยบายให้บุคลากรพยาบาลของหอผู้ป่วยถือปฏิบัติ เพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อย่างไรก็ดีตามแนวทางปฏิบัติจริงกลับพบว่า การจัดการความปวด โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังได้รับการจัดการเพื่อบรรเทาหรือควบคุมความปวดไม่เพียงพอ และมีการสื่อสารที่ไม่ตรงกันระหว่างผู้ป่วย ญาติและบุคลากรผู้ดูแล ทำให้การประเมินความต้องการความช่วยเหลือเพื่อจัดการความปวดแตกต่างกันไป นอกจากนี้ จากการศึกษา

ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการอาการปวด พบว่า ยังไม่มีผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ชัดเจน จึงทำให้ไม่สามารถระบุประสิทธิภาพในการจัดการความปวดที่ทำอยู่ได้

ปัญหาความปวดและการคิดค้นหาแนวทางในการจัดการกับความปวด เป็นประเด็นที่น่าสนใจและมีผู้ทำการศึกษากันอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยมีการประยุกต์ใช้แนวทางในการจัดการความปวดของคณะกรรมการการรับรองมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint Commission Accreditation on Health Care Organization [JCAHO], 2003) ที่กำหนดว่า “ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการประเมินและการรักษาความปวด” รวมทั้ง JCAHO ยังได้กระตุ้นให้โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของความปวด โดยระบุให้ความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพตัวที่ห้า ที่ต้องประเมินในผู้ป่วยทุกรายเช่นเดียวกับอุณหภูมิกาย ชีพจร อัตราการหายใจและความดันโลหิต (ซัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสาธน์นวกิจ และวงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2550; JCAHO, 2003) ดังนั้น จึงมีผู้พยายามหาแนวทางในการจัดการความปวดกันมากมาย แต่ในทางปฏิบัติจริง ยังพบว่า ปัญหาการจัดการความปวดยังคงมีอยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัญหาในการนำแนวปฏิบัตินั้นๆ ไปใช้ โดยเฉพาะในบริบทต่างๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ที่มีข้อจำกัดของแต่ละที่ (กรรณิการ์ จันตระ, 2552) และการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการกับความปวด ยังไม่มีการใช้อย่างเป็นระบบ เช่นเดียวกับงานวิจัยของเมซซันและคณะ (Maysoun, Sawson, & Ingegerd, 2008) ที่ได้ศึกษากระบวนการบันทึกการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาลในหอผู้ป่วย ศัลยกรรม หลังการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีการประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดความปวดเพียงร้อยละ 4.3 และส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 53 ไม่มีหลักฐานการบันทึกการจัดการความปวดโดยใช้ยา ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาพบว่า แนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้น ไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยการยอมรับ

ของผู้ปฏิบัติงาน ความเหมาะสมและสอดคล้องต่อกลุ่มเป้าหมาย ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลต่อแนวปฏิบัติที่ใช้อยู่ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของการพยาบาลที่ยังต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Wilkie, 2000)

ผู้วิจัยและคณะในฐานะที่เป็นอาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการสอนและการดูแลภาวะสุขภาพของบุคคล ตระหนักถึงปัญหาความปวดที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และวิธีการจัดการความปวด ซึ่งถือเป็นหัวใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จึงให้ความสำคัญในการค้นคว้าหาความรู้ที่อยู่ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการพัฒนาคิดค้นวิธีปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และบูรณาการเป็นแผนการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน โดยคาดหวังให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายเพิ่มขึ้น และยังถือเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล อันนำไปสู่การสร้างมาตรฐานทางวิชาชีพต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

คณะผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ตามมาตรฐานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ (JCAHO, 2001) ที่ได้ระบุให้ ความเจ็บปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า และผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิ์ได้รับการประเมินและการรักษาความปวด ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องให้การดูแลใน 4 ประเด็น ดังนี้ 1) การประเมินความปวดในช่วงแรกและเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง 2) การให้ความรู้เรื่องการประเมินและรักษาความปวดแก่บุคลากรทางการแพทย์ 3) การให้ความรู้เรื่องการประเมินและรักษาความปวดแก่ผู้ป่วยและญาติ 4) และการให้ความสำคัญต่อการดูแลรักษาความปวดเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาพยาบาล (JCAHO, 2001)

คณะผู้วิจัยได้บูรณาการแนวการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผนสำหรับพยาบาล เพื่อจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในระยะ

24, 48 และ 72 ชั่วโมง ร่วมกับการพิจารณาประเด็นสำคัญในการสร้างแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของสถาบันการดูแลสุขภาพ Veterans Health Administration (VHA) และ Department of Defense (DoD) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ได้รับยอมรับในการสร้างแนวปฏิบัติเพื่อจัดการความปวดหลังผ่าตัดในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีประเด็นสำคัญในการสร้างแผนปฏิบัติเพื่อจัดการความปวด 11 ข้อ จากการตีพิมพ์ในวารสารของ JCAHO หัวข้อ "Pain Management Standard for 2001" (VHO/DoD, 2002) โดยการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพ ต้องยึดหลักการ ดังนี้ 1) ต้องอยู่บนพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจในเรื่องความปวดและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 2) การประเมินความปวดเป็นสิ่งจำเป็น 3) ต้องมีการรักษาอาการทางอายุรกรรมหรือศัลยกรรมให้อยู่ในระดับคงที่ทั้งก่อนหรือพร้อมๆ กันกับการจัดการความปวด 4) ต้องมีการประเมินอาการหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดไว้เพื่อตอบสนองต่อความปวดที่อาจเกิดขึ้นใหม่ 5) การประเมินความปวด ต้องพิจารณาความรุนแรงของอาการปวดและผลกระทบของความเจ็บปวดที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 6) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยถือเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการความปวด 7) การจัดการความปวดหลังผ่าตัดควรมีรูปแบบที่หลากหลายและปรับใช้ตามรายบุคคลและสถานการณ์นั้นๆ 8) การเลือกวิธีการจัดการความปวด ต้องคำนึงถึงสมดุลของข้อดี ข้อเสีย ผลลัพธ์ของการจัดการ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งในการจัดการมักต้องใช้มากกว่า 1 วิธี 9) การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ต้องประกอบด้วยวิธีการแบบใช้ยา โดยพิจารณาตามความรุนแรงของอาการปวด และการจัดการแบบไม่ใช้ยา 10) ควรมีการประเมินเพื่อรักษาสมดุลระหว่างการควบคุมอาการปวดและผลข้างเคียงอย่างต่อเนื่อง ตามลำดับเวลาอย่างเฉพาะเจาะจง และ 11) แผนการจำหน่ายผู้ป่วย ควรเป็นแผนการจัดการอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ดังนี้

1. เปรียบเทียบความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผน และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

สมมุติฐานงานวิจัย

1. ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(quasi experiment research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องและได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมทางช่องท้องชนิดในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้ (intraperitoneal and intrainestinal operation)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บช่องท้องและได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมทางช่องท้องชนิดในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้ ร่วมกับได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 18-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่า มีการบาดเจ็บช่องท้องโดยไม่มีการบาดเจ็บระบบอื่นร่วมด้วย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (emergency case) จำนวน 60 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดค่ากำลังการทดสอบ (power analysis) ได้จากการคำนวณค่า effect size เท่ากับ .50 power analysis เท่ากับ .80 ค่าความมีนัยสำคัญเท่ากับ .05 และนำมาเปิดตารางสำเร็จรูป (statistical power table) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 17 รายต่อกลุ่ม (Glass, 1976 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล คณะผู้วิจัยจึงแยกเก็บข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คนละหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึก แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การวินิจฉัยโรค และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด การระงับความรู้สึกที่ได้รับ ประสบการณ์การผ่าตัดและความปวดในอดีต ยาที่ได้รับในการจัดการความปวด ในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

2) ความรุนแรงและลักษณะของความปวดหลังผ่าตัด ดัดแปลงจากแบบประเมินความปวดของสุรนันทา สกุลยืนยง (2546) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินระดับความปวด เป็นคำถามปลายเปิด มีรูปภาพประกอบ โดยพยาบาลเป็นผู้ถามและให้ผู้ป่วยชี้ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถามคือการระบุตำแหน่งของความปวด และความรู้สึกปวดที่ระดับเท่าใด โดยให้ผู้ประเมินเลือกรูปภาพหรือตัวเลขจากมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรง กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันจากหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีความปวด ส่วนเลข 1-9 หมายถึง คะแนนความปวดที่เพิ่มขึ้นจนถึงเลข 10 หมายถึง มีความปวดมากที่สุด มีการแปลคะแนนความปวดแบ่งเป็น 3 ระดับคือ คะแนน 1-3 ปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 ปวดปานกลาง คะแนน 7-10 ปวดมาก

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกความปวดตามคำบอกเล่าของผู้ป่วยเป็นการบันทึกการประเมินความปวดจากการสอบถามผู้ป่วย ถึงลักษณะความปวด ระดับ และตำแหน่งที่ปวด รวมทั้งการจัดการที่ผู้ป่วยใช้

3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดของ มยุลี สำราญญาติ และนันทา เล็กสวัสดิ์ (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 22 ข้อ แบ่งกิจกรรมเป็น 4 ด้านครอบคลุมในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ ด้านที่ 1 การให้ข้อมูลหลังผ่าตัด ด้านที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ด้านที่ 3 การพยาบาลพื้นฐานทั่วไป ด้านที่ 4 การพยาบาลเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 คำตอบ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แผนการจัดการกับความปวดอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

2.1 คู่มือการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO analgesic ladder) (Charlton, 2008) ประกอบด้วยการจัดการในระยะ

หลังผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ตามระดับความปวด แบ่งเป็น 2 วิธี คือการจัดการความปวดแบบใช้ยาชนิดหลักการให้ยา 3 บันไดขั้นตอน (three step ladder) คือ บันไดขั้นที่ 3 ในรายที่มีความเจ็บปวดระดับรุนแรง (คะแนน 7-10 ตามมาตรวัด) ใช้ยาระงับปวดชนิดเสพติดรุนแรง (opioid drugs) บันไดขั้นที่ 2 ในรายที่มีความเจ็บปวดระดับปานกลาง (คะแนน 4-6 ตามมาตรวัด) ใช้ยาระงับปวดชนิดเสพติดอ่อน (weak opioid drugs) และบันไดขั้นที่ 1 ในรายที่มีความเจ็บปวดระดับเล็กน้อย (คะแนน 1-3 ตามมาตรวัด) ใช้ยาระงับปวดชนิดไม่เสพติด (non-opioid drugs) และการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ข้อมูล การจัดทำ การสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจ และการใช้เทคนิคผ่อนคลาย

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องตามปัญหาทางการพยาบาล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยประยุกต์จากแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของสถาบันการดูแลสุขภาพ Veterans Health Administration (VHA) และ Department of Defense (DoD) (VHO/DoD, 2002) ที่ได้อธิบายประเด็นสำคัญของการสร้างแนวปฏิบัติการจัดการความปวดไว้ว่า “การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องจัดการอาการทางอายุรกรรมหรือศัลยกรรมให้อยู่ในระดับคงที่ไปพร้อมๆ กับการจัดการความปวด” ประกอบด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและการพยาบาลตามปัญหา ดังนี้

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และได้รับยาระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 2 อาจเกิดภาวะการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีการปนเปื้อนในช่องท้องก่อนผ่าตัด และการมีแผลเปิดจากการผ่าตัด ร่วมกับการมีสายหรือท่อระบายออกจากร่างกาย

ปัญหาที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจาก การมีสายระบายต่างๆ ติดค้างในร่างกาย อาการเจ็บปวด การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม

ปัญหาที่ 4 การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากมีความกลัวและวิตกกังวล เกี่ยวกับโรค การรักษา และอาการที่เป็นอยู่

2.3 **คู่มือการปฏิบัติตนและเทคนิคในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง** สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย จากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ศึกษาข้อมูลและมีความรู้ในสภาวะหลังผ่าตัด เกี่ยวกับปัญหาที่พบได้บ่อยในระยะหลังผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. **การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนลำดับความสำคัญของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล 3 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสอนทางการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน และผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ มาพิจารณาและปรับแก้ไขภายใต้ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 6 ท่าน ดังนี้

1.1 **คู่มือการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่อง** หลังจากตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1

1.2 **ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด** หลังจากตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .94

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องตามปัญหาทางการพยาบาล และคู่มือการปฏิบัติตนและเทคนิคในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการสอนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง 1 ท่าน หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงตามคำแนะนำ โดยเพิ่มเติมสาระต่าง ๆ ให้มีความเหมาะสมและชัดเจนขึ้น

2. **การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมทางช่องท้องชนิดในเยื่อช่องท้องและบริเวณลำไส้ จำนวน 10 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำโครงร่างและเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี เมื่อผ่านการตรวจสอบเป็นที่เรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้น จึงดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้ทราบว่า การให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นไปโดยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอลดส่วนตัวและสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาที่ต้องการ ซึ่งไม่มีผลต่อการรับบริการจากโรงพยาบาล ส่วนข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยนำหนังสือ เสนอต่อผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาล เพื่อขอพิจารณาจริยธรรม และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยและทีมวิจัย นำเอกสารขอเก็บข้อมูลเสนอต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการจัดการความปวด

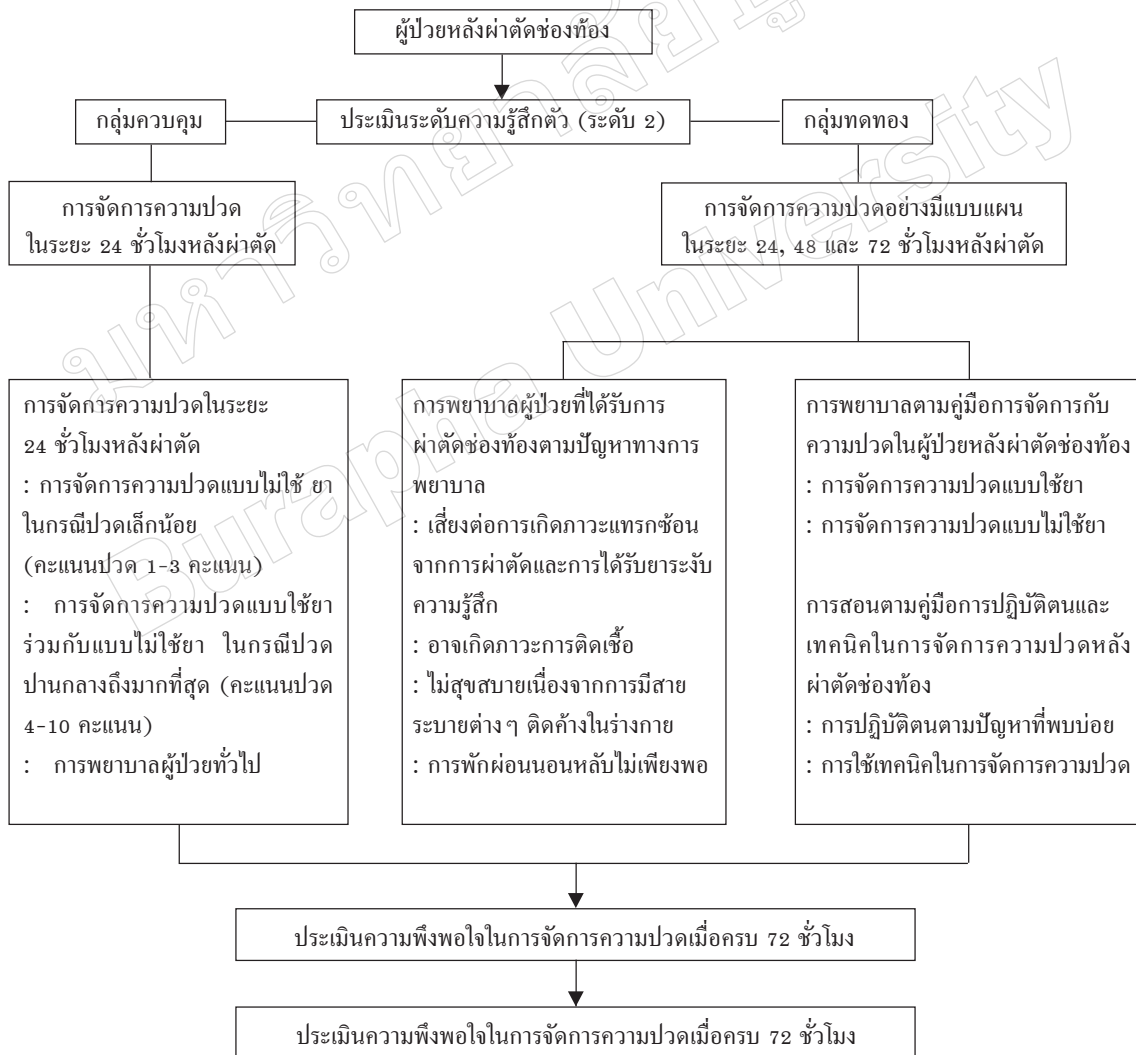
ที่สร้างขึ้น

3. ผู้วิจัยและทีมวิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดพร้อมทั้งแจ้งกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ถึงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การทดลอง และการประเมินผล ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการใช้แผนการจัดการกับความปวด

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากกลุ่มตัวอย่าง

ยินยอม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมในหอผู้ป่วยหนึ่ง และติดตามเยี่ยมกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการความปวดตามปกติจากแพทย์และพยาบาล เมื่อครบ 24, 48, 72 ชั่วโมง จนครบ 30 ราย จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง ในอีกหอผู้ป่วยหนึ่ง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามแผนการจัดการความปวด ร่วมกับคู่มือการปฏิบัติตนและเทคนิคการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัด 24 ,48 และ 72 ชั่วโมง จนครบ 30 ราย (ดังภาพ)



ภาพ : แผนผังการจัดการความปวด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยการบรรยายและแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูลความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง นำมาหาค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเมื่อครบ 24, 48, 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวดที่ได้รับจากพยาบาล เมื่อครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย independent t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน คือ ทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างหลังจากผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมง (N = 60)

ช่วงเวลาที่วัด หลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n=30)			กลุ่มทดลอง (n=30)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
เมื่อครบ 24 ชั่วโมง	9.00	1.14	มาก	9.00	1.26	มาก
เมื่อครบ 48 ชั่วโมง	6.13	1.01	ปานกลาง	6.13	1.01	ปานกลาง
เมื่อครบ 72 ชั่วโมง	3.87	0.82	น้อย	3.70	0.79	น้อย

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลา คือ หลังผ่าตัดครบ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ด้วยสถิติวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ พบว่า ระยะเวลาหลังผ่าตัดมีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลัง

31-40 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ รายได้อยู่ระหว่าง 5,001 -10,000 บาท มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา ชนิดของการบาดเจ็บในช่องท้อง เป็นชนิด Blunt trauma และไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดและความปวดในอดีตมาก่อน ระยะเวลาในการผ่าตัด ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระดับความรู้สึกตัวภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง อยู่ในระดับ 2 คือ ง่วงซึมเล็กน้อย ปลุกตื่นง่าย และส่วนใหญ่ปวดตำแหน่งแผลผ่าตัด

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความปวด : พบว่าเมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะความปวดบริเวณแผลผ่าตัดคล้ายคลึงกัน คือ ปวดแปล๊บ ร่วมกับปวดเกร็งเล็กน้อย และเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีลักษณะความปวดแบบปวดเกร็งปวดแปล๊บ จุกเสียดและปวดตื้อ ตามลำดับ

3. ผลของการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน : กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนความปวดหลังผ่าตัด เมื่อครบ 24, 48 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มของความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ผ่าตัดที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{(2,116)} = 950.553, p < .001$) โดยพบว่า ระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองมีแนวโน้มของความรุนแรงของระดับความปวดลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ระหว่างกลุ่มผู้ป่วย				
กลุ่ม	.046	1	.046	.062
ความคลาดเคลื่อน	43.574	59	.751	
ภายในกลุ่มผู้ป่วย				
ช่วงเวลา	819.078	2	409.539	950.553***
กลุ่ม x ช่วงเวลา	.278	2	.139	.322
ความคลาดเคลื่อน	49.978	116	.431	

*** $p < .001$

4. ความพึงพอใจในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด : พบว่า กลุ่มควบคุม มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการจัดการความปวดระหว่าง

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบค่าที่ (t-test) พบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีความพึงพอใจในการจัดการความปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.92, p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการจัดการความปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N= 60)

กลุ่ม	ความพึงพอใจในการจัดการ กับความปวด		df	t
	\bar{X}	SD		
กลุ่มควบคุม (n=30)	3.09	.27	58	6.92***
กลุ่มทดลอง (n=30)	3.82	.42		

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ตามสมมติฐานงานวิจัย ดังนี้

1. ผลของการจัดการความปวดในกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด แสดงให้เห็นว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉินนั้น ผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดก่อนการผ่าตัดอยู่

ก่อนแล้ว ทำให้การปฏิบัติตามข้อ 3 ของ JCAHO และ ข้อ 6 ของ VHO/DoD ที่ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการเตรียมรับมือกับความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดนั้น ทำได้ไม่เต็มที่นัก ทั้งนี้เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยและเวลาที่มีจำกัดในระยะเวลาหลังผ่าตัด ร่วมกับความปวดที่เกิดขึ้น เป็นทั้งความปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและการผ่าตัด ซึ่งจะมีช่วงเวลาของความปวดที่รุนแรง โดยเฉพาะในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

(พงศักรตี เจาทะเกษตริณ, 2547; Jane, et. al, 2011; Keane, McMnamin & Polomano, 2001) ดังนั้นใน ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยจึงต้องการการจัดการความปวด อย่างมีแบบแผนทันที ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ เริ่มแผนการ จัดการความปวดด้วยการประเมินความปวด ซึ่งเป็นสิ่ง สำคัญและจำเป็นอย่างมาก เพราะผลลัพธ์ของการจัด การความปวดที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับประเมิน ความปวดที่รวดเร็วและถูกต้อง สอดคล้องกับการ ศึกษาของซาริเคลียและคณะ (Charikli, et. al, 2013) ที่ทำการศึกษารื่องการจัดการความปวดของช่องท้อง แบบเฉียบพลันในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลประจำ จังหวัดแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการที่สำคัญ ในการจัดการความปวดของแผนกฉุกเฉิน ในผู้ป่วยที่มี ความปวดของช่องท้องแบบเฉียบพลัน คือการประเมิน ปัญหาผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการประเมินจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติและตรวจพิเศษ นำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยและการรักษา เพื่อจัดการ ความปวดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในการ วิจัยครั้งนี้ การประเมินความปวดเริ่มภายหลังจากการ ประเมินระดับความรู้สึกตัว จากผลข้างเคียงของการได้ รับยาระงับความรู้สึก หลังจากนั้นจึงเริ่มการใช้แผนการ จัดการความปวด โดยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเจ็บปวดไม่แตกต่างกัน กล่าว คือ มีความเจ็บปวดในระดับมาก คะแนนความปวดคือ 7-10 คะแนน การจัดการใน 24 ชั่วโมงแรก จึงเน้นการ จัดการด้วยการให้ยา ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญและเป็นวิธีที่ ดีที่สุด ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง (Jane, et. al, 2011, pp 233-240) โดยเฉพาะการจัดการความปวด ด้วยการให้ยาระงับปวดชนิดเสพติด (opioid drugs) เช่นเดียวกับ การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่องท้องของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุโรงพยาบาล ชลบุรี หลังผ่าตัดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก แพทย์จะมีคำสั่ง ให้ยาระงับปวด ชนิดเสพติดที่มีฤทธิ์แรง (strong opioid) ได้แก่ mophine และpethidine ทำให้การ จัดการความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ศศิกานต์

นิมมารัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และชัชชัย ปรีชาไว, 2552, หน้า 79-85) สอดคล้องกับผลการ ศึกษาของ สิริรักษ์ เกตุจินดา (2552) ที่ได้ทำการศึกษา ผลของแนวปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อจัดการกับสำหรับ ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ภายในหน่วยงานห้องพักรักษา ที่ พบว่า การให้ยาฉีดระงับ ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ให้กับ กลุ่มทดลองทุกคน ตามแผนการรักษาแบบตามเวลา (around the clock) จะช่วยรักษาระดับยาในกระแส โลหิตให้คงที่ ซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพการระงับปวดได้ ดีกว่า การฉีดยาเมื่อผู้ป่วยร้องขอ (PRN) ด้วยเหตุผล ดังกล่าว ทำให้มีข้อจำกัด ในการจัดการความปวดแบบ ไม่ใช้ยา (non-pharmacological management) เนื่องจากการจัดการร่วมกัน ระหว่างการให้ยาและการ ไม่ใช้ยา อาจทำให้ประสิทธิภาพ การจัดการความปวด ลดลง นอกจากนี้ในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาจากอาการต่างๆ ที่ยังไม่คงที่ได้แก่ เสี่ยงต่อปัญหาภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดและการได้ รับยาระงับความรู้สึก เสี่ยงต่อปัญหาการติดเชื้อใน ร่างกายเกิดปัญหาความไม่สุขสบาย อาการเจ็บปวด และปัญหาความวิตกกังวล นอนหลับไม่เพียงพอ เป็นต้น แต่เมื่อเวลาผ่านไป ปัญหาดังกล่าวเริ่มคงที่ และการจัดการความปวดทำได้ดีขึ้น ทำให้แนวโน้ม ของระดับความรุนแรงของความปวดลดลงในระยะ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

สำหรับในระยะ 48 และ 72 ชั่วโมง จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเจ็บปวดลดลง อยู่ใน ระดับปานกลาง และน้อยตามลำดับ คะแนนความปวด คือ 4-6 คะแนน และ 1-3 คะแนน และเมื่อทำการ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดกับช่วงเวลา ด้วยวิธี Bonferroni ร่วมกับการพิจารณาจากกราฟ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อย กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า การจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับ มาตรฐานเจ็บช่องท้อง ซึ่งไม่มีการเตรียมการจัดการความ ปวดในระยะก่อนผ่าตัดนั้นเราสามารถจัดการความปวด

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงเวลา 48 และ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด โดยการจัดการความปวดแบบใช้ยาแบบขั้นบันได 3 ขั้นตอน (WHO Analgesic Ladder) และการจัดการแบบไม่ใช้ยา ประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล การพยาบาลตามปัญหา การพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด รวมถึงการมอบคู่มือการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง และคู่มือเทคนิคการจัดการความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องแก่ผู้ป่วย พร้อมคำอธิบายการใช้คู่มือ ซึ่งถือเป็นการปฏิบัติตามบทบาทอิสระของพยาบาลในการจัดการความปวดและทำให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น (VHO/DoD, 2002) สอดคล้องกับการวิจัยของ สมพร พงศ์ชูและคณะ. (2555) ที่ทำการวิจัยผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในระยะหลังผ่าตัด 24 และ 72 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่าเฉลี่ยระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

การวิจัยครั้งนี้พบความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องการจัดการความปวดที่มักทำการศึกษาในผู้ป่วยเฉพาะรายที่สามารถเตรียมความพร้อมก่อนการรับมือกับความปวดหลังผ่าตัดโดยการจัดการตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมา จึงมีความแตกต่างกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการวิจัยครั้งนี้ ทำในกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยสาเหตุการบาดเจ็บของช่องท้องและได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน (emergency case) ซึ่งทุกรายล้วนมีความปวดจากการบาดเจ็บอยู่ก่อนแล้ว ส่วนแผนการจัดการความปวดเริ่มด้วยการประเมินระดับความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า ระดับความปวด ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงไม่มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยยังคงมีความปวดในระดับมาก แม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ทุกราย จะได้รับยาฉีดชนิด strong opioid drugs ตามเวลาใน 24 ชั่วโมง แรกก็ตาม และเมื่อระยะเวลาผ่านไป 48-72 ชั่วโมง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางและน้อย ดังนั้นจึงได้รับการจัดการด้วยการใช้ยาแบบขั้นบันได ร่วมกับการจัดการแบบไม่ใช้ยา ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเน้นการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาได้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ นาริรัตน์ ยะนันโต (2554) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวด และความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวล ความปวด และความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ผลของความพึงพอใจในการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเมื่อครบ 72 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องตามสมมติฐาน โดยผลการจัดการความปวดอย่างมีแบบแผน ซึ่งประกอบด้วยการจัดการแบบใช้ยา และการจัดการแบบไม่ใช้ยา ทำให้การพยาบาลตามปัญหา การใช้เทคนิคการจัดการความปวด และการมอบคู่มือการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดช่องท้อง รวมทั้งการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยจึงเกิดความพึงพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับ สุรีย์พร คุณสิทธิ์ (2550) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผลการวิจัย พบว่า การที่พยาบาลนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้นั้น เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวด และวิเคราะห์การปฏิบัติได้ตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดนั้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายมากขึ้น ลดความเจ็บปวด ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสนใจ เอาใจใส่ของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งให้ความรู้และสนับสนุนด้านกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการให้บริการของพยาบาล และ

ส่งผลให้เพิ่มระดับความอดทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเจ็บปวดลดลง (Chung & Lui, 2003; Tocher, Rodgers, Smith, Watt & Dickson, 2012) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของซิงห์ มอนเกอร์ (Singh Monger, 2012) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีค่ามากที่สุดคือการให้การรักษาและให้ยาตรงเวลา และการที่ผู้ป่วยรับรู้พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล มีผลต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของบราวและแมคคอร์แมค (Brown & McCormack, 2011) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวด ในผู้สูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติเพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลเพื่อจัดการความปวด ต้องประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญคือ บทบาทหรือการมีภาวะผู้นำของพยาบาล และการสร้างสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปลอดภัย ถือเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความปวด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดการความปวด เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยและบริบท ของแต่ละโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน อาจทำให้แบบแผน การจัดการที่กำหนดต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม และจากข้อสังเกตการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การจัดการความปวด เริ่มทำได้ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งทำให้เกิดประสิทธิผลในการจัดการดีกว่า แต่ในสภาพที่เป็นจริง บางครั้งเราไม่อาจเตรียมความพร้อมในการจัดการก่อนผ่าตัดได้เสมอไป ส่วนการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการความปวด ของแต่ละโรงพยาบาล ควรต้องเกิดจากการรวบรวมความเห็น และการยอมรับร่วมกันของทีมผู้ปฏิบัติงาน ในการที่จะพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับหน่วยงานของตน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ ที่ปรึกษางานวิจัยครั้งนี้ ที่ให้คำแนะนำ และคอยช่วยเหลือผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในการสนับสนุนทุนวิจัย และ ผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณโรงพยาบาลชลบุรีที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและดำเนินงานวิจัยให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ จันตระ. (2552). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัชชัย ปรีชาไว, อนงค์ ประสาธน์วันกิจ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (บรรณาธิการ). (2550). *ความปวดและการจัดการความปวด*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นาริรัตน์ ยะนันโต. (2554). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความปวด และความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์*, 26(3), 218-222.
- นวลสกุล แก้วลาย. (2545). *การวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). *ระเบียบวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงศักรดี เจาจะเกษตริน. (2547). *ความปวด Pain*

- ชุดตำราพื้นฐานความปวด เล่มที่ 1. กรุงเทพฯ: ทิมส์.
- มยุลี สำราญญาติ และนันทา เล็กสวัสดิ์. (2541). ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด. เข้าถึงได้จาก http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2547). การประเมินความปวด : ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข. ใน *เอกสารการอบรมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลัน. “การประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ” ครั้งที่ 2 วันที่ 26-28 พฤษภาคม 2547 ณ. อาคารเรียนรวมและหอสมุด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์* (หน้า 47-61). สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศศิกันต์ นิยมารัชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร และ ชัชชัย ปรีชาไว. (2552). *ความปวดและการระงับปวด pain & pain management 2* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศิริพร ศิริบุรานนท์. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ช่องท้อง*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา สุกุลยีนง. (2546). *ผลการใช้รูปแบบการจัดการกับความเจ็บปวดต่อการรับรู้ความเป็นอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลและคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุรีย์พร คุณสิทธิ์. (2550). *การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมพร พงศ์ชู และคณะ. (2555). ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดต่อการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารควบคุมโรค, 35(2), 157-165.*
- หน่วยเวชระเบียนแผนกห้องผ่าตัดและวิสัญญี. (2549-2553). *รายงานประจำปี*. ชลบุรี: หน่วยสถิติทางการแพทย์งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลชลบุรี.
- Abdalahim, M. S., Majali, S. A., & Bergbom, I. (2008). Documentation of post operative pain by nurses in surgical wards. *Acute Pain, 10(2), 73-81.*
- Brown, D., & McCormack, B. G. (2011). Developing the practice context to enable more effective pain management with older people: An action research approach. *Implementation Science, 6(9), 1-14.*
- Charikliia, T. (2013). Acute abdominal pain management in emergency department of a provincial hospital. Retrieved from <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=e2aa2083-5c22-4753-8bc3-598871857504%40sessionmgr4002&hid=4202>
- Charlton, E. (2008). The management of post-

- operative pain. *Update in Anesthesia 1997*, 7(2), 1-7.
- Chung, J. W., & Lui, J. C., (2003). Postoperative pain management: Study of patients level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain. *Nursing & Health Science*, 5(1), 13-21.
- Good, M., Stanten-Hicks, M., Grass, J. A., Anderson, G. C., Salman, A., & Dulber, C. (2001). Pain outcomes after intestinal surgery. *Outcomes Management for Nursing Practice Journal*, 5(1),41-46.
- Jane, R. W. (2011). *After abdominal surgery from PACU to the postoperative unit*. Retrieved from http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/about/Levels_History.pdf
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization. (2001). *JCAHO Pain Management Standard*. Retrieved January 30, 2011, from <http://www.jcrinc.com/subscribers/perspectives.asp>.
- _____. (2003). *New JCAHO pain care treatment standards*. Retrieved from <http://www.ipcaz.org/pages/new.html>.
- Keane, A., McMenamin, E. M., & Polomano, R. C. (2001). Pain: The fifth vital signs. In D.D. Ignatavicius & M. L. Workman (Eds.), *Medical-surgical nursing: Critical thinking for collaborative care* (pp. 61-94). Philadelphia: Saunders.
- Maysoon, S. A., Sawson, A. M., & Ingegerd, B. (2008). Documentation of post-operative pain by nurses in surgical wards. *Acute Journal*. 10(2), 73-81.
- Singh Monger, K. (2012). Patients' perceptions of nurses' caring behaviors and post-operative pain management on the surgical wards of Jigme Dorji Wangchuk National Referral hospital in Bhutan. *Journal of Nursing Science and Health*, 35(1), 69-81.
- McDonald, D. D. (2006). Postoperative pain management for the aging patient. *Geriatric Aging*, 9(6), 395-398.
- Powell, S. K. (2000). *Case management: A practical guide to success in managed care*. Philadelphia: Lippincott.
- Reyes-Gibby, C. C., Aday, L., & Cleedland, C. (2001). Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. *Journal of the International Association for the Study of Pain*, 95(1), 75-82.
- Tocher, J., Rodgers, S., Smith, M. A., Watt, D., & Dickson, L. (2012). Pain management and satisfaction in postsurgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23-24), 3361-3371.
- Veterans Health Administration/Department of Defense [VHA/DoD].(2002). *VHA/DoD Clinical practice guideline for the management of postoperative pain*. Retrieved from <http://http://www.healthquality.Va.Gov/guidelines/Pain/pop/pop-fulltext.pdf>. ahrq.gov.
- Wilkie, D. J. (2000). Nursing management pain. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds.), *Medical-surgical nursing assessment and management of clinical problems* (pp. 126-154). St. Louis: Mosby.