

ผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องโรงพยาบาลวานรนิวาส

นิตยา บุตรประเสริฐ, วิทยาลัยพยาบาล

Received: 9 July 2020

Revised: 20 August 2020

Accepted: 27 August 2020

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้เพื่อศึกษาผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องแผนกหอผู้ป่วย ศัลยกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด 3) แบบประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพึงพอใจได้เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้สถิติ Paired T-Test การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดที่ได้รับการจัดการความปวดภาพรวมทั้งหมดใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดลดลงเรื่อย ๆ คือหลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง พบความปวดอยู่ในระดับกลาง และหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง พบความปวดอยู่ในระดับต่ำ โดยชั่วโมงที่ 2, 4, 6, 8, 16 และ 24 เท่ากับ 6.7(S.D.=1.63), 5.3(S.D.= 1.39) , 3.9(S.D.= 1.51), 3.4(S.D.=1.57), 1.9(S.D.=1.06) และ 0.8 (S.D.=0.38) และพบว่าค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดลดลงหลังจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และผู้รับบริการพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}=3.90$, S.D.=0.30)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าควรนำแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ผ่าตัดอื่นต่อไป

คำสำคัญ: การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง, ปวด, การจัดการความปวดหลังผ่าตัด

Effect of pain management in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy in Wanonniwas Hospital.

Nittaya butprasert, Anesthetic Nurse.

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of postoperative pain management in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy (LC) applying a modified clinical nursing practice guideline (CNPG) of LC pain management. Data were collected at surgical ward 1 and 2 in Wanonniwas Hospital. A total of 30 elective LC patients completed questionnaires which consisted of three parts: 1) patients' demographic data, 2) post LC pain scale assessment, and 3) satisfaction toward post LC pain management following CNPG. The reliability of the third part, satisfaction questionnaire, was 0.80. Demographic data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. Paired T-Test was used to compare mean scores between pain management at different intervals after post-operation. While repeated measure ANOVA was used to compare a total of mean scores of pain after post-operation.

The mean score of LC postoperative was found to be significantly lower hour by hour after pain management. They reported pain score at moderate level within four hours, and low level within 24 hours of post-operation. In detail, pain score at the 2nd, 4th, 6th, 8th, 16th and 24th were 6.7(S.D.=1.63), 5.3(S.D.= 1.39) , 3.9(S.D.= 1.51), 3.4(S.D.=1.57), 1.9(S.D.=1.06) and 0.8 (S.D.= 0.38). A total pain score showed statistically different ($p\text{-value}< 0.01$). The satisfaction of patients toward pain management were pointed at the highest level ($\bar{X}=3.90$, S.D.=0.30).

This research suggested that pain management for LC following CNPG should be generally applied to other LC patients.

Key word: laparoscopic cholecystectomy, pain, pain management

บทนำ

นิ่วในถุงน้ำดี และทางเดินน้ำดี มีส่วนประกอบที่สำคัญได้แก่ cholesterol, bile pigment, และ calcium ในผู้ป่วยของประเทศไทยพบประมาณ 1 ส่วนประกอบส่วนใหญ่ของนิ่วจะเป็น cholesterol แต่สำหรับผู้ป่วยในประเทศไทยจะเป็น pigmented stone ร้อยละ 30-80 มีลักษณะเป็นสีน้ำตาลหรือสีดำ โรคนี้นับเป็นพบบ่อยในหญิงมากกว่าชายในอัตราส่วน 1.5 : 1 อายุระหว่าง 40-60 ปี ตำแหน่งที่พบนิ่วน้ำดีแห่งเดียว ประมาณร้อยละ 75 นิ่วในท่อน้ำดีอย่างเดียวร้อยละ 10-20 มีร่วมกัน ทั้งสองแห่งร้อยละ 15 และที่เกิดในท่อน้ำดีในตับร้อยละ 2 จากการศึกษาธรรมชาติของโรค ผู้ป่วยที่มีนิ่วในถุงน้ำดี มากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีอาการ ผู้ป่วยกลุ่มซึ่งพบนิ่วน้ำดีและไม่มีอาการเลย มีโอกาสเกิดปัญหาขึ้นได้น้อยกว่าร้อยละ 25 ในระยะเวลา 10 ปี วิธีการรักษานิ่วในถุงน้ำดีสำหรับผู้ที่มีอาการผิดปกติคือการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) การผ่าตัดถุงน้ำดี อาจทำได้โดยวิธีเปิดท้อง หรือโดยวิธีส่องกล้อง (LC: laparoscopic cholecystectomy) การผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้อง เป็นวิธีการใหม่ ซึ่งต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษ ศัลยแพทย์จะต้องได้รับการฝึกอบรมมาเฉพาะ อาจจะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า แต่มีข้อดีที่ทำได้โดยเจาะรูหน้าท้อง แผลเล็ก หลังผ่าตัดเจ็บน้อยกว่า ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลระยะสั้น ส่วนใหญ่กลับบ้านได้ภายใน 48 ชั่วโมง พ้นตัวได้เร็วและกลับไปใช้ชีวิตปกติหรือกลับไปทำงานได้เร็วกว่าวิธีเปิด การผ่าตัดแบบ Laparoscopic เป็นมาตรฐานใหม่ ที่ได้ผลดีเท่ากับวิธีผ่าตัดเปิดหน้าท้องแบบเดิม (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) จากการศึกษาของขวัญชัย สุระเสียง (2556) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง 1 รู มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.28 วัน ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง 3 รู มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.84 วัน

แม้ว่าการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีจะมีแผลเล็ก แต่การผ่าตัดยังต้องใช้มีดกรีดผิวหนังและเนื้อเยื่อทำให้ปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกบริเวณเหล่านั้นถูกกระตุ้น และก่อให้เกิดความปวดอยู่ดี มีการศึกษาของ Sandeep Khurana et. al. (2016) ซึ่งได้ศึกษาการเปรียบเทียบการจัดการความปวดหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาความรู้สึกแบบ Intraperitoneal bupivacaine versus เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริหารความรู้สึกแบบ bupivacaine และ buprenorphine พบว่าค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกของสามกลุ่มได้แก่ 2.33, 2.17 และ 1.80 ตามลำดับ ซึ่งความปวดจากการผ่าตัดต่างๆเกิดจากการบาดเจ็บของอวัยวะและเนื้อเยื่อทั้งโดยตรงและเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียง ทำให้มีการกระตุ้นเซลล์ประสาทรับรู้ความรู้สึก nociceptor และตอบสนองไวเพิ่ม sensitization การผ่าตัดต่างกัน ก็มีภาวะ nociceptor sensitization ได้ต่างกัน ลักษณะความปวด ตำแหน่งการปวด และระดับความรุนแรงจึงไม่เหมือนกัน (ปรก เหล่าสุวรรณ, 2560) แม้ว่าการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง จะทำให้เกิดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อบริเวณผ่าตัดและเนื้อเยื่อรอบๆตำแหน่งที่ทำการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยังคงมีอาการปวดจากการผ่าตัดอยู่ดีแม้ว่าระดับความปวดจะไม่มาก การจัดการความปวดจากการผ่าตัดแบบส่องกล้อง จึงเป็นประเด็นที่บุคลากรห้องผ่าตัดยังคงให้ความสำคัญ

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นบทบาทหนึ่งของวิสัญญีพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยเริ่มจากการออกเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ให้ความรู้เรื่อง ประเมินความต้องการและวางแผนการระงับปวดในระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์ ดูแลจัดการอาการปวดของผู้ป่วยในระหว่างและหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะในระยะพักฟื้นซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มหมดฤทธิ์ยาสลบ หลังจากผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น วิสัญญีพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่พยาบาลประจำตึกในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมการพยาบาลในการจัดการความปวดได้แก่ การให้ข้อมูลผู้ป่วย การดูแลความสบายทั่วไป การสนับสนุน ปลอบโยนให้กำลังใจ ดูแลอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดท่าศีรษะสูง ช่วยพลิกตะแคงตัว เป็นต้น การเบี่ยงเบนความสนใจ การส่งเสริมการให้ใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการให้การสัมผัส (จินดาวรรณ นิมงาม, 2556) นอกจากนี้ยังมีการพยาบาลตามแผนการรักษา ได้แก่ การให้ยาระงับปวดชนิดต่างๆ เมื่อผู้ป่วยได้รับการพยาบาลซึ่งสามารถลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดลง ก็จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้เองมากขึ้น เช่น การลุกเดินจากเตียงหลังผ่าตัดโดยเร็ว และยังทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนานๆ ได้ ส่งผลให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยได้รับความ สบาย ไม่ทุกข์ทรมานจากความปวด ก็จะมีพลังพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับนั้น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องซึ่งมีขนาดแผลเล็ก มีความปวดจากการผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในแบบอื่นๆ ได้รับการดูแลจัดการความปวดจากการผ่าตัด ลดความปวด และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น ลดเวลาในการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนาน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้อีกทางหนึ่ง

อัตราการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องเมื่อเทียบกับการผ่าตัดใหญ่ทั้งหมดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลตั้งแต่ปี 2559 – 2561 คิดเป็นร้อยละ 9.13, 8.42 และ 11.57 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีด้วยวิธีการส่องกล้องมีแนวโน้มมากขึ้น ซึ่งในปี 2561 การผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องเป็นอันดับหนึ่งของการผ่าตัดใหญ่ทั้งหมดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล (งานเวชสถิติโรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2561) และแนวโน้มในอนาคตจะมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นจากนโยบายการขยายขนาดของโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้วิสัญญีพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพจึงได้จัดทำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตามแนวทางของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562) มีการใช้มาตรวัดความปวดแบบ Numerical rating scale และ Visual rating scale มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีด้วยวิธีแบบส่องกล้องมีความปวดจากการผ่าตัดอยู่ในระดับปวดเล็กน้อย (Sandeep Khurana et. al., 2016) ทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น (ขวัญชัย สุระเสียง, 2556) ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้อง เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนางานคุณภาพงานบริการวิสัญญีของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น อีกทั้งสามารถนำผลของการศึกษามาใช้ประกอบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา : เพื่อศึกษาผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้อง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

สมมติฐานการศึกษา: ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องเมื่อได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติในช่วงหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 2 , 4 , 6 , 8 , 16 และ 24 มีระดับความปวดลดลงตามลำดับ

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา: เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบทดสอบหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคนิ้วในอุ้งน้ำดีและได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร ในเดือนพฤษภาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนิ้วในอุ้งน้ำดี และได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้อง 3 รู 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง 3) รับไว้ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง 4) เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง : กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ตามแนวคิดของ Pilot & Hungler (1995) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องตามคะแนนความปวดที่ประเมินได้ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของกันตา โกสมภ์ (2557) มีการใช้มาตรวัดความปวดแบบ Numerical rating scale และ Visual rating scale กลุ่มที่มีคะแนนปวดเล็กน้อยคะแนนความปวดไม่เกิน 3 จัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา คะแนนความปวดปานกลาง 4-6 คะแนน จัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาหรือใช้ยาในกลุ่ม Non – Opioid และกลุ่มที่มีคะแนนความปวดสูงคะแนนความปวด 7 – 10 จัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาร่วมกับการให้ยาแก้ปวดแบบ Multimodal และประเมินผลหลังการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ปี 2561 ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและผู้บริหารของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลก่อนประกาศใช้เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2561 และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัด แบบประเมินระดับความปวด แบบบันทึกคะแนนความปวดหลังผ่าตัดและการจัดการความปวดที่ได้รับใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ: แนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องตามคะแนนความปวดที่ประเมินได้ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของกันตา โกสมภ์ (2557) ได้ผ่านการนำเสนอและอนุมัติจากคณะกรรมการรับรอง WI ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด 1 ท่าน วิสัญญีพยาบาล 3 ท่าน พยาบาลหัวหน้าตึกัลยกรรม 2 ท่าน ส่วนแบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้คู่มือการจัดการความปวดหลังผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องได้รับการตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสกลนคร จำนวน 20 ราย และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอนบาร์คได้เท่ากับ 0.80

ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ: ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยในตึกแบบส่องกล้องตามคำแนะนำความปวดที่ประเมินได้ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่ได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2561 โดยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยทีมงานวิสัญญีโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ประชุมทีมงานวิสัญญีเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในตึกแบบส่องกล้องตามคำแนะนำที่ประเมินได้ นำเสนอแนวปฏิบัติแก่ผู้บริหารและคณะกรรมการ WI ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ผ่าตัด LC 10 ราย และประเมินความพึงพอใจในการจัดการความปวดแล้วให้ผู้ป่วยให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำแนวปฏิบัติฉบับปรับปรุงเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการ WI ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลอีกครั้ง เพื่อพิจารณาอนุมัติและประกาศใช้ แล้วจึงได้นำมาใช้เป็นมาตรฐานการบริการ และจัดประชุมทีมวิสัญญีพยาบาลทำความเข้าใจและฝึกทักษะตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัด LC จนสามารถปฏิบัติได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 และ 2 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย

ขั้นตอนการทดลอง: ผู้วิจัยและทีมงานวิสัญญีพยาบาลสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดในตึกแบบส่องกล้อง เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา พร้อมให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดตามกระบวนการมาตรฐานงานบริการห้องผ่าตัดโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และดำเนินการตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในตึกแบบส่องกล้องตามคำแนะนำความปวดที่ประเมินได้

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา : เก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม 2563 จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ ชั่วโมงที่ 2 และ 4, ชั่วโมงที่ 4 และ 6, ชั่วโมงที่ 6 และ 8, ชั่วโมงที่ 8 และ 16, ชั่วโมงที่ 16 และ 24 ใช้สถิติ Paired T-Test ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติภาพรวมทั้งหมด ชั่วโมงที่ 2, 4, 6, 8, 16 และ 24 ใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง: ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัย เข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผ่านการรับรองเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2563 เอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ SKN REC 2020-012 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด LC เพศหญิงร้อยละ 70.0 เพศชาย ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 46.6 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.0 และกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 16.7 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 93.3 และหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 6.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.0 คริสต์ ร้อยละ 10.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 23.4 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 รองลงมาอาชีพค้าขาย ร้อยละ 26.7 ประกอบอาชีพรับจ้างและรับราชการ ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ส่วนใหญ่มียารได้ครอบครัวยังไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 66.6 รองลงมา รายได้ระหว่าง 10,001- 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 16.7 และ 20,001-30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	9	30.0
หญิง	21	70.0
2. อายุ		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
30-39 ปี	2	6.7
40-49 ปี	14	46.6
50-59 ปี	5	16.7
60 ปีขึ้นไป	9	30.0
3. สถานภาพสมรส		
สมรส (คู่)	28	93.3
หม้าย/หย่า/แยก	2	6.7
4. ศาสนา		
พุทธ	27	90.0
คริสต์	3	10.0
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	3.3
ประถมศึกษา	16	53.3
มัธยมศึกษา	7	23.4
อนุปริญญา	2	6.7
ปริญญาตรี	4	13.3
6. อาชีพ		
แม่บ้าน/ว่างงาน	1	3.3
เกษตรกร	15	50.0
ค้าขาย	8	26.7
รับจ้าง	3	10.0
รับราชการ	3	10.0
7. รายได้ครอบครัว/เดือน		
ไม่เกิน 10,000 บาท	20	66.6
10,001 – 20,000 บาท	5	16.7
20,001 – 30,000 บาท	3	10.0
30,001 – 40,000 บาท	2	6.7

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน: ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด LC ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.3 ผู้ที่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 36.7 ซึ่งโรคประจำตัวส่วนใหญ่ที่พบคือ โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/เบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 63.6 ของกลุ่มที่มีโรคประจำตัวทั้งหมด รองลงมาคือโรคหอบหืด ร้อยละ 18.2 และโลหิตจาง ร้อยละ 18.2 ไม่เคยมีประวัติผ่าตัดมาก่อน ร้อยละ 73.3 และมีประวัติเคยผ่าตัดมาก่อน ร้อยละ 26.7 กลุ่มที่เคยผ่าตัดมาก่อนส่วนใหญ่เคยผ่าตัดไส้ติ่ง ร้อยละ 62.5 เคยผ่าตัดไส้เลื่อน ร้อยละ 12.5 และผ่าตัดก้อนที่เต้านม ร้อยละ 12.5 ยาระับความรู้สึกที่ใช้ในการผ่าตัดครั้งนี้เป็นแบบ General anesthesia balanced ร้อยละ 100 และเวลาในการผ่าตัดไม่เกิน 30 นาที ร้อยละ 90.0 และใช้เวลาผ่าตัดมากกว่า 30 นาที ร้อยละ 10.0 ผู้รับบริการที่ได้รับการผ่าตัด LC นอนโรงพยาบาล 2 วัน ร้อยละ 100 เป็นการนอนเพื่อเตรียมผ่าตัด 1 วัน และ หลังผ่าตัด LC อีก 1 วัน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประวัติการรักษาในอดีตและปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
1. โรคประจำตัว		
ไม่มี	19	63.3
มี	11	36.7
DM/ HT/ DM c HT	7	63.6
asthma	2	18.2
Anemia unspecified	2	18.2
2. ประวัติการผ่าตัด		
ไม่เคยผ่าตัด	22	73.3
เคยผ่าตัด	8	26.7
appendectomy	5	62.5
ไส้เลื่อน	1	12.5
ผ่าตัดก้อนที่เต้านม	1	12.5
ผ่าตัดตามกระดูกไหปลาร้า	1	12.5
3. ยาระงับความรู้สึกที่ใช้ในการผ่าตัด LC		
General Anesthesia balanced	30	100.0
4. ระยะเวลาในการผ่าตัด LC		
ไม่เกิน 30 นาที	27	90.0
มากกว่า 30 นาที	3	10.0
5. ระยะเวลาอนโรงพยาบาลในการผ่าตัด LC		
2 วัน	30	100.0

ตำแหน่งที่ปวดหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy: LC): ตำแหน่งที่ปวดหลังผ่าตัด ได้แก่ ปวดทั่วท้อง ปวดใต้ลิ้นปี่ ปวดรอบสะดือ และปวดบริเวณแผลผ่าตัด ตำแหน่งปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 2, 4, 6 และชั่วโมงที่ 8 พบว่าส่วนใหญ่ปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่มากที่สุด ร้อยละ 53.3, 66.7, 73.3 และ 76.7 ตามลำดับ แต่หลังผ่าตัด 16 และ 24 ชั่วโมง พบว่าส่วนใหญ่ปวดบริเวณแผลผ่าตัดเท่ากันคือ ร้อยละ 56.7 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตำแหน่งการปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด LC

ตำแหน่งที่ปวด	ทั่วท้อง		ใต้ลิ้นปี่		รอบสะดือ		แผลผ่าตัด		ไม่ปวด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	10	33.4	16	53.3	4	13.3	0	0.0	0	0.0
4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	5	16.7	20	66.7	4	13.3	1	3.3	0	0.0
6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	1	3.3	22	73.3	5	16.7	2	6.7	0	0.0
8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	0	0.0	23	76.7	6	20.0	1	3.3	0	0.0
16 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	0	0.0	2	6.7	11	36.6	17	56.7	0	0.0
24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	0	0.0	0	0.0	8	26.6	17	56.7	5	16.7

ผลการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด: พบว่าค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดในชั่วโมงที่ 2 เท่ากับ 6.7 (S.D.=1.63) ปวดระดับปานกลาง ชั่วโมงที่ 4 เท่ากับ 5.3 (S.D.= 1.39) ปวดระดับปานกลาง ชั่วโมงที่ 6 เท่ากับ 3.9 (S.D.= 1.51) ปวดเล็กน้อย ชั่วโมงที่ 8 เท่ากับ 3.4 (S.D.= 1.57) ปวดเล็กน้อย ชั่วโมงที่ 16 เท่ากับ 1.9 (S.D.= 1.06) ปวดเล็กน้อย และชั่วโมงที่ 24 เท่ากับ 0.8 (S.D.= 0.38) ปวดเล็กน้อย

การเปรียบเทียบคะแนนความปวดหลังใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยน้ำดีแบบส่องกล้อง: การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดและได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยน้ำดีแบบส่องกล้องตามคะแนนที่ประเมินได้ โดยประเมินก่อนและหลังทำกิจกรรมตามเวลา 2 และ 4 ชั่วโมง, 4 และ 6 ชั่วโมง, 6 และ 8 ชั่วโมง, 8 และ 16 ชั่วโมง, 16 และ 24 ชั่วโมง ใช้สถิติทดสอบ paired t-test พบว่าความปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 4 ลดลงจากชั่วโมงที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 6 ลดลงจากชั่วโมงที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ความปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 8 ลดลงจากชั่วโมงที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 16 ลดลงจากชั่วโมงที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และความปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 24 ลดลงจากชั่วโมงที่ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดก่อนและหลังจัดการความปวดตามแนวทางจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยน้ำดีแบบส่องกล้องโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

เวลาหลังผ่าตัด	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	6.7	1.63	3.793	29	0.01**
4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	5.3	1.39			
4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	5.3	1.39	4.28	29	0.00*
6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	3.9	1.51			
6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	3.9	1.51	2.09	29	0.046**
8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	3.4	1.57			
8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	3.4	1.57	5.28	29	0.00*
16 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	1.9	1.06			
16 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	1.9	1.06	5.40	29	0.00*
24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	0.8	0.38			

* $p < 0.01$, ** $p < 0.05$

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวด 2, 4, 6, 8, 16 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด: ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดหลังจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลในต่างช่วงเวลา ใช้สถิติเปรียบเทียบ Repeated Measure ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยน้ำดีแบบส่องกล้องในต่างช่วงเวลา 6 ช่วงเวลา

เวลาหลังผ่าตัด	$\bar{x}$	S.D.	SS	df	MS	F	p-value
2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	6.7	1.63	2427.34	29	2427.34	658.94	0.00*
4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	5.3	1.39					
6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	3.9	1.51					
8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	3.4	1.57					
16 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	1.9	1.06					
24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	0.8	0.38					

$P < 0.01^*$

ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการจัดการความปวดหลังผ่าตัด LC: ผู้รับบริการพึงพอใจต่อการจัดการความปวดโดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}=3.90$, S.D.=0.30) และผลการประเมินความพึงพอใจทุกข้ออยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงที่สุดคือ ด้านการให้ข้อมูลการจัดการความปวดในระยะก่อนผ่าตัด ($\bar{X}=3.96$, S.D.=0.19) และด้านการได้รับยาบรรเทาปวดเมื่อมีความปวดหลังผ่าตัด ($\bar{X}=3.96$, S.D.=0.21) รองลงมาคือ ด้านการดูแลความปวดโดยไม่ใช้ยา ($\bar{X}=3.90$, S.D.=0.32) และด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ($\bar{X}=3.87$, S.D.=0.34) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการความปวดร่วมกับทีมผู้รักษา ($\bar{X}=3.83$, S.D.=0.38) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด LC

หัวข้อที่ประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านการให้ข้อมูลการจัดการความปวดในระยะก่อนผ่าตัด	3.96	0.19	พึงพอใจมากที่สุด
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการความปวดร่วมกับทีมผู้รักษา	3.83	0.38	พึงพอใจมากที่สุด
3. ด้านการประเมินความปวดหลังผ่าตัด	3.87	0.34	พึงพอใจมากที่สุด
4. ด้านการได้รับยาบรรเทาปวด เมื่อมีความปวดหลังผ่าตัด	3.96	0.21	พึงพอใจมากที่สุด
5. ด้านการดูแลความปวดโดยไม่ใช้ยา	3.90	0.32	พึงพอใจมากที่สุด
ความพึงพอใจโดยภาพรวม	3.90	0.30	พึงพอใจมากที่สุด

อภิปรายผล: ในการอภิปรายผลการศึกษาผู้วิจัยจะอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องเมื่อได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติในช่วงหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง, 4 ชั่วโมง, 6 ชั่วโมง, 8 ชั่วโมง, 16 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง มีระดับความปวดลดลงตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความปวด ค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดในชั่วโมงที่ 2 เท่ากับ 6.7 (S.D.=1.63) ปวดระดับปานกลาง ชั่วโมงที่ 4 เท่ากับ 5.3 (S.D.= 1.39) ปวดระดับปานกลาง ชั่วโมงที่ 6 เท่ากับ 3.9 (S.D.= 1.51) ปวดเล็กน้อย ชั่วโมงที่ 8 เท่ากับ 3.4 (S.D.= 1.57) ปวดเล็กน้อย ชั่วโมงที่ 16 เท่ากับ 1.9 (S.D.= 1.06) ปวดเล็กน้อย และชั่วโมงที่ 24 เท่ากับ 0.8 (S.D.= 0.38) ปวดเล็กน้อย และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดจับคู่ตามช่วงเวลาพบว่าค่าเฉลี่ยความปวดลดลงตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อใช้สถิติเปรียบเทียบ Repeated Measure ANOVA ทดสอบค่าเฉลี่ยความปวดในช่วงเวลาหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 2, 4, 6, 8, 16 และ 24 พบว่า หลังจัดการความปวด ค่าเฉลี่ยความปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}=3.90$, S.D.=0.30) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดการความปวดหลังผ่าตัด LC ตามแนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังทำให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้หลังผ่าตัดเพียง 1 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของกันดา โกสุมภ์ (2557) ที่พบว่าคะแนนความปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใน 24, 48, 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระดับความปวดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และความพึงพอใจในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และจิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดี และณัฐธาดา อารีเปี่ยม (2558) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา ชูอุตาสาหะ (2553) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องมีความพึงพอใจภาพรวมต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในระดับสูง (Mean=3.52, S.D. =0.14)

สรุปผลการศึกษา: การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการจัดการความปวดตามแนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้อง ทำให้ระดับความปวดหลังผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัด LC ได้ภายใน 1 วันหลังผ่าตัด ซึ่งส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของหน่วยงานและผู้รับบริการในการนอนโรงพยาบาลน้อยลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป : ควรเปรียบเทียบระหว่างก่อนใช้แนวปฏิบัติและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ

คำขอบคุณ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่สนับสนุนให้การศึกษาวิจัย และขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ล่วงหน้าไปด้วดี

เอกสารอ้างอิง

กันตา โกสมภ. (2557). ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ในจังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ขวัญชัย สุระเสียง. (2556). การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำด้วยกล้องวิทัศน์แบบแผลผ่าตัดรูเดียวกับการผ่าตัดด้วยกล้องวิทัศน์แบบสามรู, ศรีนครินทร์เวช, 28(1), 66-76.

จินดาวรรณ นิมงาม. (2556). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัด

ปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

จิราพร คำแก้ว, สิริพรรณ พัฒนาฤดี และณัฐดา อารีเปี่ยม. (2558). การจัดการความปวดของผู้ใหญ่หลังผ่าตัดช่องท้องแผนกศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. ธรรมศาสตร์เวชสาร, 15(1), 80 – 90.

ปรก เหล่าสุวรรณ. (2560). พยาธิสรีรวิทยาของความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. สืบค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2562 จาก

<https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/2017GlobalYear/FactSheets/Thai/3.%20Pathophysiology%20of%20Acute%20Pain.Brennan-Zahn.THAI.pdf>

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). Gall Stone. สืบค้นเมื่อ 18 กรกฎาคม 2562 จาก

<http://www.rcst.or.th/view.php?group=8&id=204>.

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. ฉบับที่ 2. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย.

วันทนา ชูอุตาสหะ. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปวดหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

Pilot, D.F., & Hunger, B.P. (1995). Nursing Research: Principle and Methods. (5th ed.) Philadelphia: Lippincott

Sandeep Khurana et. al. (2016). A comparative study on postoperative pain relief in laparoscopic cholecystectomy: Intraperitoneal bupivacaine versus combination of bupivacaine and buprenorphine. Anesthesia: Essays and Research; 10 (1); Jan-Apr 2016.