

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อระดับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี
แบบส่องกล้อง และความสามารถในการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาล

มีนา เสาวคนธ์, พย.บ.* ปรัชญ์ณรัตน์ สิทธิวรโชติ, พย.บ.*
ภัทรพร ชัยประเทศ, พย.บ.* อัจฉรา คำมะทิตย์, ประ.ด.**
นภชา สิงห์วีระธรรม, ประ.ด.*** กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศษ.ด.****

Received: August 24, 2022

Revised: December 18, 2022

Accepted: December 20, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการความปวด ต่อระดับความปวด และความสามารถในการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) วิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 11 คน และ 2) ผู้ป่วยนิ่วถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 45 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2565 – มีนาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการจัดการความปวด แบบบันทึกการประเมินและการจัดการความปวด และแบบประเมินความสามารถในการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาล คุณภาพเครื่องมือได้ค่าความสอดคล้องระหว่างวัดคู่ประสงค์กับข้อคำถามระหว่าง .67 – 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Dependent t-test และสถิติ One sample t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิสัญญีพยาบาลมีความสามารถในการจัดการความปวดกับเกณฑ์ร้อยละ 90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การจัดการความปวดก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลและวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และการนำมาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง

คำสำคัญ: ความปวด การจัดการความปวดหลังผ่าตัด การผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ; ผู้ให้การติดต่อ: E-mail: phoumsawad@gmail.com

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

The Effect of Pain Management Program on Pain Intensity and Pain Administrative Capacity of Anesthetist in Patient Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy

Meena Saowakon, B.N.S.* Pudnarat Sitthibowonchot, B.N.S.*

Pattaraporn Chiprates, B.N.S.* Achara Kummatid, Ph.D. **

Noppcha Singweratham, Ph.D.*** Kittiporn Nawsuwan, Ed.D. ****

Abstract

This quasi-experimental study aimed to determine the effect of the pain management program on pain intensity and pain administrative capacity of anesthetists at Thabo Crown Prince hospital in Nongkhai province. The participants were 11 anesthetists and 45 patients, Who; underwent Laparoscopic cholecystectomy. Research was conducted from January-March 2022. Measurement tools consisted of 1) demographic questionnaire, 2) pain assessment and pain record, 3) Pain administrative competency of anesthetist for clients received Laparoscopic cholecystectomy at TCPH. Data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-test and one sample t-test.

Result revealed that 1) the clients reported significantly reduction of pain score at post intervention ($p < .05$) 2) after program implementation, anesthetists reported greater improvement on the competency regarding pain management when compared with standard ($p < .05$).

Consequently, this study proves that the pain management program was effective and should be implemented continuously in other area of care.

Keywords: Pain, Pain management, Laparoscopic cholecystectomy

* Registered Nurse, Thabo Crown Prince Hospital; Corresponding Author: E-mail: phoumsawad@gmail.com

** Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

*** Faculty of Public Health, Chaing Mai University

**** Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

นิ่วในถุงน้ำดีเป็นหนึ่งในโรคในระบบทางเดินอาหารและเมื่อป่วยเป็นโรคนิ่วในถุงน้ำดีจะมีอาการท้องอืด แน่นท้อง หลังรับประทานอาหาร ปวดท้องใต้ชายโครงขวาและปวดร้าวไปหลัง มีไข้สูงจากการอักเสบของถุงน้ำดี นิ่วในถุงน้ำดียังสามารถที่จะหลุดออกจากท่อของถุงน้ำดี หลุดออกไปกลายเป็นนิ่วอุดตันในท่อน้ำดีใหญ่ ซึ่งเป็นท่อที่เชื่อมระหว่างตับและถุงน้ำดีไปยังลำไส้เล็ก ก็อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีซ่าน ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม อุจจาระสีซีด ซึ่งหากเกิดอาการเหล่านี้ ถือว่าเป็นเรื่องอันตรายมาก มีความเสี่ยงจะเกิดภาวะติดเชื้อ อักเสบรุนแรงในท่อน้ำดีทำให้เสียชีวิตได้ (โรงพยาบาลเวชธานี, 2565) ความชุกของโรคนิ่วในถุงน้ำดีแตกต่างกันไปตามภูมิภาค ในประเทศตะวันตกพบความชุกของโรคนิ่วในถุงน้ำดีในผู้ชายร้อยละ 7.8 และในผู้หญิงร้อยละ 16.6 (Everhart et al., 1999) ส่วนในเอเชียพบประมาณร้อยละ 3-15 ใน คนแอฟริกันพบร้อยละ 5 (Miquel et al., 1998) อุบัติการณ์โดยรวมพบร้อยละ 10-20 ดังนั้นโรคนิ่วในถุงน้ำดีจึงเป็นโรคที่พบบ่อยและมีความเกี่ยวข้องกับทาง เศรษฐกิจและเป็นปัญหาของประเทศอุตสาหกรรม ในประเทศไทยพบนิ่วในถุงน้ำดีได้ประมาณร้อยละ 6 (Stiltmimankarnt, 1966) นิ่วในถุงน้ำดี มีส่วนประกอบที่สำคัญได้แก่ cholesterol, bile pigment, และ calcium ในผู้ป่วยของประเทศแถบตะวันตก ส่วนประกอบส่วนใหญ่ของนิ่วจะเป็น cholesterol แต่สำหรับผู้ป่วย ในประเทศแถบเอเชียจะเป็น pigmented stone ร้อยละ 30-80 มีลักษณะเป็นสีน้ำตาลหรือสีดำ พบในหญิง มากกว่าชายในอัตราส่วน 1.5 : 1 อายุระหว่าง 40-60 ปี ตำแหน่งที่พบนิ่วในถุงน้ำดีแห่งเดียว ประมาณร้อยละ 75 นิ่วในท่อน้ำดีอย่างเดีย্বর้อยละ 10-20 มีร่วมกันทั้งสองแห่งร้อยละ 15 และที่เกิดในท่อน้ำดีในตับร้อยละ 2 จากการศึกษาธรรมชาติของโรค ผู้ป่วยที่มีนิ่วในถุงน้ำดี มากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีอาการ ผู้ป่วยกลุ่มซึ่งพบนิ่วในถุงน้ำดี และไม่มีอาการเลย มีโอกาสเกิดปัญหาขึ้นได้น้อยกว่าร้อยละ 25 ในระยะเวลา 10 ปีวิธีการรักษานิ่วในถุงน้ำดี สำหรับผู้ที่มีอาการผิดปกติคือการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2551) การผ่าตัดถุงน้ำดี สามารถทำได้โดยวิธีเปิดท้อง (Open Cholecystectomy) และวิธีส่องกล้อง (LC: Laparoscopic Cholecystectomy) ในประเทศไทยคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลได้เริ่มทำการผ่าตัดถุงน้ำดี แบบส่องกล้องเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2534 (วชิระ โรจน์พิศาลวงศ์, 2534) ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่า การผ่าตัดถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง เป็นวิธีรักษามาตรฐานสำหรับโรคถุงน้ำดี ซึ่งมีข้อดีกว่าการทำ Open Cholecystectomy คือข้อดีที่ทำโดยเจาะรูหน้าท้อง แผลเล็ก หลังผ่าตัดเจ็บน้อยกว่า ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ระยะสั้น ส่วนใหญ่กลับบ้านได้ภายใน 48 ชั่วโมง พ้นตัวได้เร็วและกลับไปใช้ชีวิตปกติ (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่ง ประเทศไทย, 2551) นอกจากนี้การศึกษาของ Hannan et al. (1999) พบว่าอัตราการตายจากการผ่าตัดแบบ ส่องกล้องวิดิทัศน์มีเพียงร้อยละ 0.23 ในขณะที่การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องพบอัตราการตายร้อยละ 1.9 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาของลิจิต เรืองจรัส (2564) พบว่าปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัดความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดที่ 2, 4, 8, 24 และ 48 ชั่วโมง รวมไปถึงระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล หลังการผ่าตัดในกลุ่มที่ผ่าตัดแบบส่องกล้องจะน้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดแบบเปิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

และจากการศึกษาของเฉลิมวุฒิ โคตุหา (2565) พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด และการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดนี้ในทางเดินน้ำดีแบบ Minimal invasive ทั้ง laparoscopic และ ERCP น้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อมีการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีจำนวนมาก พบว่าปี 2561 จำนวน 1,067 ราย ปี 2562 จำนวน 1,055 ราย ปี 2563 จำนวน 871 ราย (เนื่องจากสถานการณ์โควิดจำนวนจึงลดลง) และเป็นโรคที่ติดอันดับกลุ่มโรคที่ให้การระงับความรู้สึกอันดับ 1 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ซึ่งความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดนั้นมิตั้งการตอบสนองของเซลล์ประสาทรับรู้สีกปวดในระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral sensitization) และการตอบสนองของเซลล์ประสาทรับรู้สีกปวดในระบบประสาทส่วนกลาง (Central sensitization) รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับของเหลวต่างๆ ในร่างกาย (humoral) ความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดนี้ทั้งความปวดขณะพักและความปวดขณะเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ล่าช้า (ปรก เหล่าสุวรรณ, 2560) แม้ว่าการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง จะทำให้เกิดการบาดเจ็บเนื้อเยื่อบริเวณผ่าตัดและเนื้อเยื่อรอบๆ ตำแหน่งที่ทำการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยังคงมีอาการปวดจากการผ่าตัดอยู่ดีแม้ว่าระดับความปวดจะไม่มาก จากการศึกษาของนิตยา บุตรประเสริฐ (2563) พบว่าค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัดลดลงหลังจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และผู้รับบริการพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในระดับพึงพอใจมากที่สุด

การให้การระงับปวดในห้องพักฟื้นที่ปฏิบัติจริงส่วนใหญ่เป็นการฉีดยากกลุ่ม opioid เข้าหลอดเลือดดำ ตามการพิจารณาของวิสัญญีพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยขณะนั้น ซึ่งผลการระงับปวดดังกล่าวอาจมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย หากการระงับปวดไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ ผู้ป่วยก็จะไม่หายปวด หรือหากได้ยาขนาดสูงในผู้ป่วยที่ฟื้นฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึกอาจเกิดการกดระบบหายใจหรือระบบประสาทได้ ซึ่งงานวิสัญญีพยาบาลยังไม่มีแนวปฏิบัติการจัดการความปวดให้เป็นในทางเดียวกัน ดังนั้นการประเมินความปวด การปรับขนาดยาระงับปวด และการประเมินการตอบสนองต่อยาระงับปวดเป็นระยะน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีในการดูแลและให้การระงับปวดแก่ผู้ป่วยในห้องพักฟื้นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ด้วยเหตุนี้วิสัญญีพยาบาลจึงได้จัดทำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ตามแนวทางของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562) มีการใช้มาตรวัดความปวดแบบ Numerical rating scale และประเมินความสามารถในการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาล เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อระดับความปวด และความสามารถของวิสัญญีพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง นำมาพัฒนางานคุณภาพงานบริการวิสัญญีของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อให้มีคุณภาพมากขึ้น และให้วิสัญญีพยาบาลใช้เป็นแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง ก่อน-หลังจัดการความปวด
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของวิสัญญีพยาบาลในการจัดการความปวดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับแนวปฏิบัติการจัดการความปวดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องมีคะแนนความปวดลดลง
2. หลังใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด วิสัญญีพยาบาลมีคะแนนความสามารถในการจัดการความปวดมากกว่าร้อยละ 90 ตามเกณฑ์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

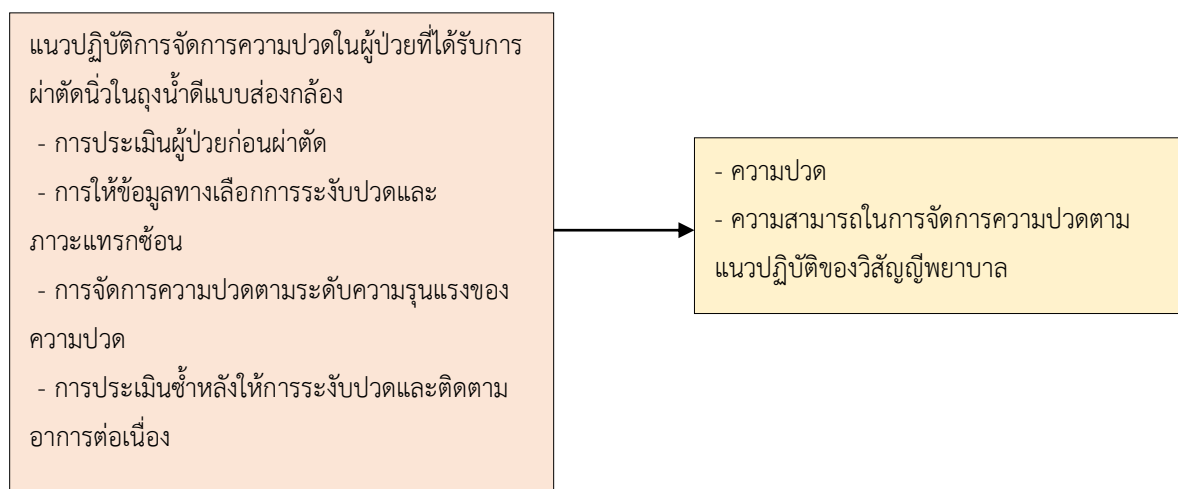
กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องโดยพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วยเอกสารงานวิจัย แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (Clinical Guidance for Acute Pain Management) จากราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2562) ประกอบด้วย การประเมินระดับความปวด การจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติ การประเมินความปวดซ้ำหลังการได้รับการดูแลอาการปวด เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดหลังให้ยาและติดตามอาการแทรกซ้อนที่เกิดหลังการได้รับยาระงับปวด เพื่อปรับการดูแลและค้นหาสาเหตุว่ามีความปวดจากแผลผ่าตัดอย่างเดียวหรือมีสาเหตุจากอย่างอื่นร่วมด้วย เป็นแนวทางการรักษาตามแผนการรักษาต่อไป ทั้งนี้จะทำให้วิสัญญีพยาบาลสามารถมีทักษะการจัดการความปวดได้มากขึ้น โดยประชุมทีมงานวิสัญญีเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง ตามคะแนนปวดที่ประเมินได้ นำเสนอแนวปฏิบัติแก่ผู้บริหารและคณะกรรมการ Work instruction ของโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุมัติและประกาศใช้ และจัดประชุมทีมวิสัญญีพยาบาลทำความเข้าใจและฝึกทักษะตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัด Laparoscopic cholecystectomy จนสามารถปฏิบัติได้

ดังภาพ 1

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ วิสัญญีพยาบาลและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นนิ่วถุงน้ำดี รหัส ICD-10 (K802) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ระหว่างเดือน มกราคม 2565 – มีนาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เป็นกลุ่มประชากรทั้งหมด จำนวน 11 คน

2) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนิ่วถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul et al., 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วถุงน้ำดี และได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่มาผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน (Elective case) เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
3. เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง แต่ล้มเหลวเปลี่ยนการผ่าตัดแบบเปิด
2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ Post operation Delirium
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น เลือดออกในช่องท้อง มีลมแทรกใต้ชั้นผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) การบาดเจ็บที่ท่อน้ำดี (incidence of bile duct injury)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง โดยพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน (Clinical Guidance for Acute Pain Management) จากราชวิทยาลัยวิสัญญีแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2562) ประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและให้ความรู้เรื่องการระงับปวดหลังการผ่าตัด เลือกวิธีระงับปวดที่เหมาะสมกับชนิดการผ่าตัดและสอดคล้องกับการระงับความรู้สึก ประเมินระดับความปวดสาเหตุความปวดและการรักษา ผลการระงับปวด การปรับขนาดยาตามความรุนแรงของความปวด อาการข้างเคียงและติดตามผลการรักษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการประเมินการจัดการความปวด พัฒนาจากนโยบายการจัดการความปวดของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ (HP-COP-002) และแบบบันทึกผู้ป่วยในห้องพักฟื้น (F-ASC-003-02) โดยเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวดแบบ Numeric Rating Scales (NRS) และตารางการบันทึกการจัดการความปวด ประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงความปวด การจัดการความปวดใช้ยา ไม่ใช้ยา และการประเมินซ้ำแรกรับที่ห้องพักฟื้น ระหว่าง และก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องของวิสัญญีพยาบาล (พัฒนาจากแบบประเมินสมรรถนะของการดูแลผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ) มี 9 ข้อ ประกอบด้วย

1. มีการประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด สอบถามประวัติ การผ่าตัดในอดีต เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการระงับปวดต่อไป

2. มีการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมเรื่องทางเลือกสำหรับการระงับปวดและภาวะแทรกซ้อนจากการระงับปวดหลังผ่าตัด

3. ใช้ Numeric Rating Scales (NRS) เป็นเครื่องมือประเมินความปวด

4. ระบุตำแหน่งที่ปวด ระยะเวลาที่ปวด ความถี่ของการปวด และลักษณะของความปวดได้

5. การจัดการอาการปวด

5.1 คะแนนความปวด 0 ไม่เจ็บปวด (None) สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูล จัดท่าทางให้ผ่อนคลาย ให้ผู้ป่วยพักผ่อน

5.2 คะแนนความปวดระดับเล็กน้อย (Mild Pain) หรือระดับ Pain Score 1- 3 สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูล จัดท่าทางให้ผ่อนคลาย ให้ผู้ป่วยพักผ่อน กิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ สอนการหายใจ (Deep Breathing Exercise) ไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) กระตุ้นให้ลุกจากเตียง (Early Ambulation)

5.3 คะแนนความปวดระดับปานกลาง (Moderate Pain) หรือระดับ Pain Score 4 - 6 ได้แก่ การใช้ยาให้ยาระงับปวด และการไม่ใช้ยา เช่น สอนการหายใจ (Deep Breathing Exercise) ไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Cough) กระตุ้นให้ลุกจากเตียง (Early Ambulation) การจัดการความปวดตามความต้องการของผู้ป่วย เทคนิคผ่อนคลายทั่วร่างกาย ดนตรีบำบัด ประคบเย็น สมาธิ เป็นต้น

5.4 คะแนนความปวดระดับรุนแรง (Severe Pain) หรือระดับ Pain Score 7-10 ได้แก่ การใช้ยาให้ยาระงับปวด และการไม่ใช้ยา

6. มีการประเมินความปวดซ้ำทุก 15 นาที 30 นาที 45 นาที และ 1 ชั่วโมง

7. ติดตามผลข้างเคียงจากการระงับปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน

8. บันทึกผลการประเมินความปวดได้ถูกต้องสมบูรณ์

9. มีการส่งต่อข้อมูลในการจัดการความปวดไปยังหอผู้ป่วย

เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน ประเมินจากพฤติกรรมการทำงานจากการสังเกต สัมภาษณ์ ตรวจสอบการบันทึกของวิสัญญีพยาบาลในแบบบันทึกข้อมูล โดยปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์การประเมินผ่าน ร้อยละ 90 และไม่ผ่าน น้อยกว่าร้อยละ 90

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลที่ใช้สร้างขึ้นเอง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นวิสัญญีแพทย์จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ 2 คน อาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) จากการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องกับเนื้อหาเท่ากับ 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลไปให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นแพทย์และพยาบาลจำนวน 2 ท่าน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธี Inter-rater Reliability ได้ค่าเท่ากับ .73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. นำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

2. ภายหลังได้รับหนังสืออนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประชุมชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติ ทราบถึงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำความเข้าใจในวิธีการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยได้จัดอบรมฝึกทักษะตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยน้ำดีแบบส่องกล้องให้กับวิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติ จนสามารถปฏิบัติได้

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วยน้ำดีแบบส่องกล้อง วิสัญญีพยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้ารับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. วิสัญญีพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตามกระบวนการมาตรฐานงานวิสัญญีพยาบาล

ขั้นตอนทดลอง

1. วิสัญญีพยาบาลให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วยน้ำดีแบบส่องกล้อง โดยบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต ระดับความปวดก่อนผ่าตัด การวินิจฉัย หัตถการหรือการผ่าตัด ระยะเวลาในการทำการผ่าตัด เทคนิคการผ่าตัด เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก ยาแก้ปวดชนิดอื่นที่ได้รับเพิ่มระหว่างผ่าตัด อธิบายทางเลือกสำหรับการระงับปวดมี 2 แบบ คือ ใช้ยา และไม่ใช้ยา และอธิบายภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวด (คลื่นไส้ อาเจียน)

2. การประเมินความปวด

- 2.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความปวดและวิธีการประเมินระดับความปวดก่อนผู้ป่วยผ่าตัด
- 2.2 ระบุตำแหน่งที่ปวด โดยบอกหรือชี้บริเวณปวด (ทั่วท้อง ไตล้นปี่ รอบสะดือ แผลผ่าตัด)
- 2.3 เกณฑ์ประเมินระดับความปวด ใช้ Numeric Rating Scales (NRS) เป็นเครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยที่มีอายุ 10 ปีขึ้นไป เป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วยเส้นตรงซึ่งระบุเป็นชุดตัวเลข 0 1 210 (0 = ไม่ปวด , 1-3 = ปวดเล็กน้อย, 4-6 = ปวดปานกลางทนไม่ค่อยไหว, 7-10 = ปวดมากรุนแรง)
- 2.4 ลักษณะความปวด โดย somatic pain บอกตำแหน่งได้ค่อนข้างชัดเจน เช่น ปวดตื้อๆ (dull) ปวดเหมือนถูกแทง(stabbing) ปวดตุบๆ (throbbing) ปวดแน่นหรือตึง (pressure) สำหรับ visceral pain บอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน เช่น ปวดเหมือนถูกบีบรัด (clamping) ปวดเหมือนมีดบาด (sharp)
- 2.5 ระยะเวลาที่ปวด (นาที, ชั่วโมง)
- 2.6 ความถี่ (ตลอดเวลา, เป็นพักๆ)
3. ช่วงเวลาที่ประเมินความปวดโดยประเมินความปวดหลังผ่าตัดในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่ห้องพักรักษา ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง จนครบ 1 ชั่วโมง และประเมินความปวดก่อนออกจากห้องพักรักษา เมื่อครบ 1 ชั่วโมง
4. การจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้อง
 - 4.1 การรักษาแบบใช้ยา pain score มากกว่า 4 ขึ้นไป ตามแนวทางการให้ยาแก้ปวดของราชวิทยาลัย ปี 2562 แบบ Intravenous (IV) titration โดยเตรียมยา morphine เตรียมเป็น 1 มก./มล. Pethidine เตรียมเป็น 10 มก./มล. หลังจากการให้ยา มีการประเมินดังนี้
 - 4.1.1 สังเกตการหายใจ (respiratory rate) หากลดลงน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที อาจเป็นอันตรายต่อ ผู้ป่วยได้
 - 4.1.2 ระดับความรู้สึกตัว (Sedation score) มีระดับคะแนน 0-3 โดย 0 = รู้สึกตัวดี, 1 = ง่วงเล็กน้อย, 2 = ง่วงมากแต่ปลุกตื่นง่าย, 3 = ปลุกตื่นยาก, S = นอนหลับปกติ
 - 4.1.3 ปฏิบัติตามแนวทางพัฒนาการระงับปวดแบบเฉียบพลันหลังผ่าตัด เฝ้าระวัง ได้แก่ งดยาเมื่อต่อไป รองจนกว่า Sedation score < 2 และ RR > 10 ครั้ง/นาที ทั้งนี้อาจให้ออกซิเจน หรือยา naloxone ครั้งละ 0.1 mg IV
 - 4.1.4. หากผู้ป่วยยังมีการปวดให้พิจารณาเสริมยาแก้ปวดกลุ่ม non – opioid ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนควรให้การรักษารายงานวิสัญญีแพทย์
 - 4.2 การรักษาแบบไม่ใช้ยา แบ่งตามระดับความปวดดังนี้

ระดับความปวด	กิจกรรม
0	สร้างสัมพันธภาพ,ให้ข้อมูล/จัดทำทางให้ผ่อนคลาย/ให้ผู้ป่วยพักผ่อน
1-3	สร้างสัมพันธภาพ/ให้ข้อมูล/จัดทำทางให้ผ่อนคลาย/กิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ/Deep Breathing Exercise / Effective cough/ Early Ambulation
4-6	Deep Breathing Exercise/ Effective cough/Early Ambulation/ การจัดการความปวดตาม que ผู้ป่วยต้องการ/เทคนิคผ่อนคลายทั่วร่างกาย /ดนตรีบำบัด/ประคบเย็น/สมาธิ
7-10	Deep Breathing Exercise/Effective cough/ Early Ambulation/ การจัดการความปวดตาม que ผู้ป่วยต้องการ/เทคนิคผ่อนคลายทั่วร่างกาย/ดนตรีบำบัด/ประคบเย็น/ สมาธิ

5. บันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในแบบประเมินความปวดก่อนย้ายออกจากห้องฟื้น

ชั้นหลังการทดลอง

1. กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความสามารถในการจัดการความปวดวิสัญญีพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วใน
อุ้งน้ำดีแบบส่องกล้อง

2. หลังจากดำเนินการตามแนวปฏิบัติผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง
ครบถ้วนของข้อมูลและบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้อง
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ก่อน-หลังจัดการความปวด ด้วยสถิติ Dependent t-test

2. วิเคราะห์ความสามารถของวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ มีคะแนน
ความสามารถในการจัดการความปวดกับเกณฑ์ร้อยละ 90 ด้วยสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกับ
ค่าคงที่ (One sample t-test)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้หมายเลขรับรอง COA No. NKPH66 ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้อง ร้อยละ 82.2 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 17.8 เป็นผู้ชาย
มีอายุน้อยที่สุด 28 ปี และอายุมากที่สุด 78 ปี เฉลี่ยอายุอยู่ที่ 53 ปี มีประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต ร้อยละ 55.6 และ
มีระดับความปวดก่อนผ่าตัด พบว่า ไม่ปวด ร้อยละ 86.7 Pain score 1-3 ร้อยละ 11.1 Pain score 4-6 (non
drug) ร้อยละ 2.2 ระยะเวลาที่ใช้ทำการผ่าตัดพบมากในช่วง 15-30 นาที พบร้อยละ 33.3 60 นาทีขึ้นไป ร้อยละ

26.7 31-60 นาที ร้อยละ 24.4 และน้อยกว่า 15 นาที ร้อยละ 15.6 ตามลำดับ ได้รับการอธิบายทางเลือกสำหรับการระงับปวดและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวด ร้อยละ 100 ได้รับยาแก้ปวดชนิดอื่นที่ได้รับเพิ่มระหว่างผ่าตัด dynastat ร้อยละ 64.4 dynastat and 2% lidocaine with Adrenaline ร้อยละ 26.7 ไม่ได้ยา ร้อยละ 6.7 2% lidocaine with Adrenaline ร้อยละ 2.2

2. เปรียบเทียบระดับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องก่อน-หลังจัดการความปวด

ตาราง 1 เปรียบเทียบระดับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องก่อน-หลังจัดการความปวด ใช้สถิติ Dependent t-test

ระดับความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้อง	n	M	SD	t	df	p-value (1-tailed)
ก่อน (หลังผ่าตัดทันที)	45	4.02	1.71	2.187	44	.017
หลัง (หลังผ่าตัด 1 ชม.)	45	3.02	2.80			

จากตาราง 1 พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องก่อน-หลังจัดการความปวด ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบความสามารถของวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ในการจัดการความปวดกับเกณฑ์ร้อยละ 90 ด้วยสถิติ One sample t-test

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้องของวิสัญญีพยาบาลกับเกณฑ์ร้อยละ 90 ใช้สถิติ One sample t-test

ความสามารถในการจัดการความปวดของวิสัญญีพยาบาล	เกณฑ์	N	M	SD	t	df	p-value (1-tailed)
การใช้แนวปฏิบัติตามแบบประเมินความสามารถการจัดการความปวด	90	11	98.48	5.02	5.599	10	<.001

จากตาราง 2 พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดีแบบส่องกล้อง วิสัญญีพยาบาลมีคะแนนความสามารถในการจัดการความปวดกับเกณฑ์ร้อยละ 90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผลการวิจัย

การใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี (นิตยา บุตรประเสริฐ, 2563) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องเมื่อได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติในช่วงหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง 4 ชั่วโมง 6 ชั่วโมง 8 ชั่วโมง 16 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง มีระดับความปวดลดลงตามลำดับ และจากการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดต่อการลดความปวด ความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบห้องพักฟื้น (พจน์ วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน, 2562) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบของผู้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะแรกรับที่ห้องพักฟื้น ขณะอยู่ที่ห้องพักฟื้น และก่อนออกจากห้องพักฟื้นพบว่า ค่าคะแนนความปวดในระยะแรกรับที่ห้องพักฟื้น ขณะอยู่ที่ห้องพักฟื้น และก่อนออกจากห้องพักฟื้น มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น (ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และ มาลินี อยู่ใจเย็น, 2557) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติทางคลินิกก่อนออกจากห้องพักฟื้นมีระดับความปวดลดลงวัดระดับความปวดได้คะแนนระดับเล็กน้อย (Numeric Rating Scale = 1-3) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.2 เนื่องจากการประเมินความปวดของการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินความปวดตั้งแต่แรกรับหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นและประเมินผู้ป่วยทุก 15 นาที มีการใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีดตามแนวทางการจัดการความปวดแบบใช้ยาและแนวทางการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ตามระดับคะแนนความปวดของผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการปวดอย่างต่อเนื่องและได้รับจัดการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม ไม่พบการกดหายใจและอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งได้อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ทั้งนี้การให้ข้อมูลก่อนได้รับการผ่าตัดเป็นการเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมองในการจัดการความปวดและยังเป็นการเพิ่มระดับความอดทนต่อความปวด (Wilkie, 2000) ดังนั้นการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง ควรต้องมีการนำแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดมาใช้ในการจัดการในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นการจัดการความปวดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับการให้ข้อมูลและวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัด และการนำมาทำอย่างต่อเนื่อง รวมถึงนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มาผ่าตัดชนิดอื่นๆ

หลังการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง พบว่า วิสัยพยาบาลมีคะแนนความสามารถในการจัดการความปวดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 จากการที่สัมภาษณ์ สังเกต และตรวจสอบการบันทึก มีการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด การประเมินก่อนผ่าตัด การประเมินความปวด แรกรับหลังผ่าตัดที่พักรักษา การจัดการความปวดตามความรุนแรงของคะแนนความปวด มีการใช้ยาแก้ปวดชนิดฉีดตามแนวทางการจัดการความปวดแบบใช้ยา ในผู้ป่วยที่มี pain score มากกว่า 4 ขึ้นไป ตามแนวทางการให้ยา

แก้ปวดของราชวิทยาลัย ปี 2562 แบบ Intravenous (IV) titration และร่วมกับการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ด้วยการจัดท่านอนศีรษะสูง เบี่ยงเบนความสนใจ ให้ข้อมูล Deep Breathing Exercise และมีการประเมินความปวดซ้ำทุก 15 นาที ครบ 1 ชั่วโมง และก่อนย้ายออกจากห้องพักฟื้น ติดตามผลข้างเคียงจากการระงับปวด บันทึกผลการประเมินความปวดได้ถูกต้องสมบูรณ์และมีการส่งต่อข้อมูลในการจัดการความปวดไปยังหอผู้ป่วย สอดคล้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาลมหาสารคาม (ดรุณี สมบูรณ์กิจ และคณะ, 2561) ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลร้อยละ 96 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยพบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ย อัตราการกลับมารักษาซ้ำจากการไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่ำกว่าก่อนการใช้นโยบายปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการความปวดโดยวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นผู้ป่วยไส้ติ่งแตกแผนกวิสัญญีโรงพยาบาลกระบี่ (เสาวนีย์ เกิดปากแพรก และสุชาตา วิภวากานต์, 2562) เป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพกับการจัดการความปวด หากพิจารณาในแบบประเมินความปวด ควรมีระยะในการประเมินที่ครอบคลุม 5 ขั้นตอน พยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความปวด 2) การวินิจฉัยระดับความปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 3) วางแผนการพยาบาลในการบรรเทาปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา 4) ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาปวด และ 5) การประเมินผลการจัดการความปวดจากระดับความปวดสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงไปและผลข้างเคียงจากการใช้ยา และสอดคล้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง (ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และมาลินี อยู่ใจเย็น, 2557) ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปใช้ในหอพักฟื้น โดยแบ่งเป็น 1) แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในระยะก่อนผ่าตัด 2) แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดระยะผ่าตัด 3) แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดระยะหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น 4) แนวปฏิบัติทางคลินิก ด้านการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาระงับปวด ในหอพักฟื้น และ 5) แนวปฏิบัติทางคลินิก การจัดการความปวดโดยใช้กระบวนการพยาบาลจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะต้องลดผลกระทบที่เกิดจากความปวดลงให้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ (2559) ที่ศึกษาบทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดแบบใช้ยาตามแผนการรักษาและไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลโดยตรงในการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด จะเห็นได้ว่าการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจทั้งในด้านการเลือกเครื่องมือประเมินความปวดมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การจัดการความปวดชนิดใช้ยาก็จะต้องมีความรู้ในการบริหารยา และให้การช่วยเหลือตามอาการอย่างเหมาะสม ดังนั้นผลจากการใช้นโยบายปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีแบบส่องกล้องสามารถนำมาใช้ในการประเมินความสามารถของวิสัญญีพยาบาลและพัฒนาศักยภาพเพื่อตอบสนองการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดชนิดอื่นๆ ได้

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้วิเคราะห์ชนิดของยาระงับปวดแต่ละชนิด แต่มองในภาพรวมว่าการให้ยา
ระงับปวดตามแนวทางที่กำหนดมีผลต่อการลดอาการปวดหรือไม่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำแนวทางในการจัดการความปวดไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้เป็นแนวทางเดียวกันเพื่อเพิ่มศักยภาพและ
ตอบสนองการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไปเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม
ทุกรายที่มีอาการปวดหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

- เฉลิมวุฒิ โคตุทา. (2565). เปรียบเทียบผลการผ่าตัดรักษานิ่วทางเดินน้ำดีในโรงพยาบาลมุกดาหาร. *วารสาร
โรงพยาบาลนครพนม*, 9(3), 1-18.
- ดร.ณิ สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, กมลรัตน์ สุปัญญาบุตร และรัชชยา มหาสิริมงคล. (2561). การพัฒนา
แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสาร
โรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(3), 24-34.
- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2559). บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอด. *วารสารการพยาบาล
และการดูแลสุขภาพ*, 34(1), 6-14.
- นิตยา บุตรประเสริฐ. (2563). ผลของการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบส่องกล้อง
โรงพยาบาลวานรนิวาส. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 3(2), 67-75.
- ปรก เหล่าสุวรรณ. (2560). *International Association for the Study of Pain*. ใน ฝ่ายวิสัญญีวิทยา.
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์ และมาลินี อยู่ใจเย็น. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวด
ใน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น โรงพยาบาลระนอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*,
30(1), 86-99.
- พจณี วงศ์ศิริ และศุภดิวัน พิทักษ์แทน. (2562). ผลการใช้โปรแกรมการจัดการความปวดต่อการลดความปวด
ความวิตกกังวลและความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการระงับความรู้สึกชนิดดมยาสลบ
ท้องพักฟื้น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(3), 441-460.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2551, 12 กุมภาพันธ์). *Gall Stone*.
<http://www.rcst.or.th/view.php?group=8&id=204>

- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับที่ 2*. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- โรงพยาบาลเวชธานี. (2565). *สัญญาณนิวในถุงน้ำดี ปวดท้องเหมือนโรคธรรมดาแต่อันตรายกว่าที่คิด*.
<https://www.vejthani.com/th/2022/09/สัญญาณนิวในถุงน้ำดี>
- ลิขิต เรืองจรัส. (2564). การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดนิวในถุงน้ำดีแบบเปิดช่องท้องและแบบผ่าตัดด้วยกล้อง
 วิดีทัศน์ 3 แผล ในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*,
 14(3), 234-235
- วชิระ โรจน์พิศาลวงศ์. (2534). การส่องกล้องผ่าตัดถุงน้ำดี. *วชิรเวชสาร*, 35(9), 35-38.
- เสาวนีย์ เกิดปากแพรก และสุชาดา วิภาวกันต์. (2562). การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่ไม่
 มีภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกในท้องพักฟื้น แผนกวิสัญญีโรงพยาบาลกระบี่. *กระบี่เวชสาร*, 2(1), 25-26.
- Cohen J. (1988). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed.). Academic Press.
- Everhart, J. E., Khare, M., Hill, M., & Maurer, K. R. (1999). Prevalence and ethnic differences in
 gallbladder disease in the United States. *Gastroenterology*, 117(3), 632-639.
[https://doi.org/10.1016/s0016-5085\(99\)70456-7](https://doi.org/10.1016/s0016-5085(99)70456-7)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power
 analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research
 Methods*, 39, 175-191.
- Hannan, E. L., Imperato, P. J., Nenner, R. P., & Starr, H. (1999). Laparoscopic and open
 cholecystectomy in New York State: mortality, complications, and choice of
 procedure. *Surgery*, 125(2), 223-231.
- Miquel, J. F., Covarrubias, C., Villaroel, L., Mingrone, G., Greco, A. V., Puglielli, L., Carvallo, P.,
 Marshall, G., Del Pino, G., & Nervi, F. (1998). Genetic epidemiology of cholesterol
 cholelithiasis among Chilean Hispanics, Amerindians, and Maoris. *Gastroenterology*,
 115(4), 937-946. [https://doi.org/10.1016/s0016-5085\(98\)70266-5](https://doi.org/10.1016/s0016-5085(98)70266-5)
- Stiltnimankarnt, T. (1966). Gallstones in autopsy. *Siraijhos Gas*, 18, 7-17.
- 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 problem*
 (5th ed., pp.126-154). Mosby.