

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด**
**Development nursing guidelines management for pain in patients open heart
surgery at cardiothoracic surgery intensive care unit, Roi Et Hospital**

กุลวรินทร์ จ่าหล้า* ศุภลักษณ์ ยายิรัมย์**

Kulwarin Jala, Suppaluk Yayiram

Corresponding author: E-mail; kulwarin2@gmail.com

(Received: December 21, 2025; Revised: December 26, 2025; Accepted: January 25, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และประเมิน
ผลการใช้แนวปฏิบัติฯ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามกรอบแนวคิดของ Soukup

วัสดุและวิธีการวิจัย : ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – มิถุนายน 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาล
วิชาชีพ 15 ราย และผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการ
จัดการความปวด คู่มือการใช้ แบบประเมินความปวด CPOT/NRS และแบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบ
ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย : แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การประเมินความปวดด้วยเครื่องมือมาตรฐาน การจัดการความปวด
แบบบูรณาการ (ยาและไม่ใช้ยา) และการประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ ผลการใช้พบว่า ระดับความปวดของผู้ป่วยลดลง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดเมื่อเทียบกับระยะ 48 ชั่วโมง โดยลดลง
จากระดับปานกลางสู่ระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด (Mean = 4.78) และ
พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดเช่นกัน (Mean = 4.70) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความง่ายและสะดวก
ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง

สรุปและข้อเสนอแนะ : แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การจัดการความปวดเป็นระบบและมีประสิทธิภาพในการลดระดับ
ความปวดของผู้ป่วยได้จริง ควรบูรณาการเป็นมาตรฐานการพยาบาลในหน่วยงานและขยายผลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล; การจัดการความปวด; การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To develop nursing practice guidelines (NPGs) for pain management in post-open heart surgery patients and evaluate the effectiveness of these NPGs in the Cardiothoracic ICU, Roi Et Hospital.

Study design : Research and Development (R&D) based on the Soukup framework.

Material and Methods : Conducted from October 2024 to June 2025. Subjects included 15 registered nurses and 30 post-cardiac surgery patients selected by purposive sampling. Instruments consisted of the developed NPGs, CPOT/NRS pain scales, and satisfaction questionnaires, validated by 3 experts. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon Signed Rank Test.

Main finding : The developed NPGs included systematic pain assessment, pharmacological and non-pharmacological interventions, and standardized re-evaluation. Post-implementation results showed a significant decrease in patients' pain scores at the .001 level, particularly at 72 hours post-surgery compared to 48 hours (improving from moderate to mild pain). Both patients and nurses reported the highest level of satisfaction with the NPGs (Mean = 4.78\$ and 4.70, respectively), specifically regarding the systematic assessment and feasibility of the guidelines.

Conclusion and recommendations : The NPGs provide a standardized and effective approach to reducing post-operative pain. Integrating these guidelines into routine clinical practice and promoting ongoing nursing training is recommended.

Keywords : Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg); Pain Management; Open Heart Surgery

*Registered Nurse, Professional Level, Cardiothoracic Surgery Intensive Care Unit (CVTICU), Nursing Subdivision of Intensive Care, Roi Et Hospital.

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นกลุ่มของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับหัวใจและระบบหลอดเลือด ซึ่งรวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า กลุ่มโรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก โดยในปี ค.ศ.2023 มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 20 ล้านคน ซึ่งข้อเท็จจริงที่น่าสนใจคือร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 โดยในปี พ.ศ.2566 พบผู้ป่วยสะสมกว่า 2.5 แสนราย และมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยสูงถึงชั่วโมงละ 5 คน²

เมื่อสถานการณ์ของโรคมีความรุนแรงขึ้น เช่น ในกรณีลิ้นหัวใจรั่วหรือหลอดเลือดหัวใจตีบตันอย่างมาก การรักษาที่ได้มาตรฐานและจำเป็นคือการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) ข้อมูลเปรียบเทียบในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 20 ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาระบบการวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น³⁻⁴ อย่างไรก็ตาม สิ่งตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ภายหลังการผ่าตัดคือ “ความปวดเฉียบพลัน” (Acute Postoperative Pain)

ความปวดหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีลักษณะเฉพาะและรุนแรง เนื่องจากมีสาเหตุจากหลายปัจจัย (Multi-factorial) ประการแรกคือการบาดเจ็บจากการเปิดกระดูกกลางหน้าอก (Median Sternotomy) และการใช้เครื่องมือถ่างขยายทรวงอก (Retractor) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ และกระดูก⁵⁻⁶ ประการต่อมาคือการระคายเคืองจากการคาสายระบายทรวงอก (Chest Tubes) เพื่อระบายเลือดและพลาสมาหลังผ่าตัด⁷ นอกจากนี้กระบวนการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammation) จากการใช้เครื่องช่วยปอดและหัวใจเทียมยังช่วยเพิ่มความไวต่อความปวดให้มากขึ้นอีกด้วย⁸⁻⁹

หากความปวดไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ต่อผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย

เช่น ทำให้หายใจตื้นและไม่กล้าไอ ส่งผลให้เกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) หรือปอดอักเสบตามมา ด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียดรุนแรงและภาวะซึมเศร้า รวมถึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ⁶⁻⁹ การจัดการความปวดในปัจจุบันจึงยังคงเป็นความท้าทายของทีมสหวิชาชีพที่ต้องหาจุดสมดุลระหว่างการบรรเทาปวดและการลดผลข้างเคียงจากยาแก้ปวด¹⁰⁻¹¹

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในฐานะโรงพยาบาลศูนย์และศูนย์เชี่ยวชาญระดับตติยภูมิด้านโรคหัวใจ ได้เปิดให้บริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสมจนถึงปี พ.ศ.2566 จำนวน 370 ราย และเฉพาะในปี พ.ศ.2567 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดถึง 130 ราย¹² แม้พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (CVTICU) จะมีการจัดการความปวดเป็นกิจวัตร แต่จากการทบทวนการปฏิบัติงานพบว่ายังมีความหลากหลายสูง (Variation in Practice) พยาบาลแต่ละคนเลือกใช้แบบประเมินที่ต่างกัน เช่น NRS, VRS หรือ CPOT ตามความคุ้นเคย และจัดการความปวดตามประสบการณ์เฉพาะตัวหรือคำสั่งการรักษาแบบรายวันเท่านั้น อย่างไรก็ตามแม้พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (CVTICU) จะมีการจัดการความปวดเป็นกิจวัตร แต่จากการทบทวนการปฏิบัติงานพบว่ายังมีความหลากหลายสูง (Variation in Practice) พยาบาลเลือกใช้แบบประเมินความปวดที่ต่างกันตามความคุ้นเคย และจัดการความปวดตามประสบการณ์เฉพาะตัวเท่านั้น จากการวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าวพบว่า ข้อจำกัดสำคัญ คือ การขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจซึ่งมีความซับซ้อนสูง โดยเฉพาะในระยยะที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถสื่อสารได้เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งสาเหตุเกิดจากการที่หน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ที่เฉพาะเจาะจงและเป็นลายลักษณ์อักษร ส่งผลให้การจัดการความปวดขาดความต่อเนื่องและอาจไม่ครอบคลุมมิติการดูแลที่ไม่ใช่ยา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขึ้น โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบสากล และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความปวดอย่างเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพการพยาบาลให้สู่ความเป็นเลิศตามเป้าหมายขององค์กรสืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจ และทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักฯ และผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลวิชาชีพ: เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักฯ อย่างน้อย 1 ปี และยินดีร่วมโครงการ

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด: คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Taro Yamane¹³ และเกณฑ์ประมาณการของบุญชม ศรีสะอาด¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (คัดเข้าตามเกณฑ์: อายุ 20 ปีขึ้นไป, สื่อสารได้ดี, ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัด)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดเชิงลึกดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG): เป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินความปวด การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดทั้งการให้ยาและไม่ให้ยา และการประเมินซ้ำ และ 2) คู่มือการใช้แนวปฏิบัติ: จัดทำเป็นรูปเล่มที่สรุปเนื้อหาสำคัญ แผนภูมิการตัดสินใจ (Algorithm) และเกณฑ์การประเมินระดับความปวด เพื่อให้พยาบาลใช้ประกอบการตัดสินใจทางคลินิกได้รวดเร็ว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบประเมินความปวด Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT): ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ (เช่น ขณะใส่ท่อช่วยหายใจ) ประเมินจาก 4 องค์ประกอบ: การแสดงสีหน้า, การเคลื่อนไหวร่างกาย, การเกร็งของกล้ามเนื้อ และการหายใจร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ (คะแนน 0-8) 2) แบบประเมินความปวดชนิดตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS): ใช้สำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีและสื่อสารได้ โดยให้ระบุระดับความปวดจาก 0 (ไม่ปวดเลย) ถึง 10 (ปวดมากที่สุด) และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาล แบบเลือกตอบ 5 ระดับ ครอบคลุมด้านความชัดเจน ความง่ายในการปฏิบัติ และผลลัพธ์ในการบรรเทาปวด โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC) และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ที่ได้มาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและคู่มือการนำไปใช้ที่พัฒนาฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ค่า IOC เท่ากับ 0.86) และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

และพยาบาลโดยการ Try-out พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 ในผู้ป่วย และ 0.80 สำหรับพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยดำเนินการตามกรอบแนวคิด Soukup¹⁵ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะการค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) (ตุลาคม 2567 – มกราคม 2568) ประกอบด้วย 1) จากปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) ด้วยการสำรวจสถิติและทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง 1 ปี (ต.ค. 66 – ก.ย. 67) สันทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการความปวดที่เป็นอยู่ และระดมสมองพยาบาลในหน่วยงานเพื่อวางแผนการพัฒนาแนวปฏิบัติ และ 2) จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ (ย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี) จากฐานข้อมูล Thai LIS, PubMed, CINAHL, Cochrane และ Google Scholar โดยใช้กรอบ PICO เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมและนำมาสังเคราะห์เป็นร่างแนวปฏิบัติ (Draft CNPG)

ขั้นตอนที่ 2 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติและเครื่องมือวิจัย (กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2568) นำร่างแนวปฏิบัติ (Draft CNPG) มายกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด และสร้างคู่มือการใช้งานและทำการตรวจสอบคุณภาพโดยนำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (แพทย์ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC = 0.86 และ 2) จัดทำเครื่องมือวิจัยซึ่งเป็นการจัดทำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (แบบประเมินความปวด การปฏิบัติของพยาบาล และความพึงพอใจ) และนำไปตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นตามรายละเอียดในข้อเครื่องมือการวิจัยและการหาคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง (Evidence-based Implementation) (เมษายน – พฤษภาคม 2568) เป็นการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วมาใช้ในสถานการณ์จริง โดยเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพ

พยาบาล (Staff Development) ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันก่อนเริ่มการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ประกอบด้วยประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงแนวปฏิบัติและฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพทั้ง 15 คน นำแนวปฏิบัติไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 30 ราย โดยมีการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 ระยะการประเมินผลและสรุป (มิถุนายน 2568) เป็นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Evidence-based Evaluation) ประเมินจากตัวชี้วัด 3 ด้านคือ (1) ระดับคะแนนความปวดที่ลดลง (2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย และ (3) ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติ : เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปผลการวิจัย และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน (Standard of Care) ของหน่วยงาน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการเก็บข้อมูลไว้ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการและการพิทักษ์สิทธิ โดย

1) ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยและทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงาน 2) ปฐมนิเทศผู้ช่วยวิจัย (พยาบาลวิชาชีพ) ที่มีประสบการณ์มากกว่า 1 ปี) เพื่อซักซ้อมความเข้าใจในการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือ CPOT และ NRS ให้มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด (Inter-rater reliability) และ 3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ (Inclusion Criteria) และให้ข้อมูลการวิจัยอย่างครบถ้วนก่อนลงนามยินยอม

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล: บันทึกข้อมูลพื้นฐานและการรักษาจาก เวชระเบียน และสัมภาษณ์เบื้องต้น 2) การประเมินความปวด: ก่อนการจัดการปวด: ประเมินและบันทึกระดับความปวดเริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวหลังผ่าตัด ขณะดำเนินการ: พยาบาลให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ (CNPG) ที่พัฒนาขึ้น หลังการจัดการปวด: ประเมินซ้ำที่เวลา 30 นาที และ 60 นาที (หรือตามที่ระบุในแนวปฏิบัติ) เพื่อดูประสิทธิภาพของการบรรเทาปวด และ 3) การประเมินความพึงพอใจ: เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่หรือก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความพึงพอใจ ส่วนพยาบาลจะทำแบบประเมินหลังสิ้นสุดระยะเวลาการทดลองใช้แนวปฏิบัติ

3. ขั้นตอนตรวจสอบและจัดทำข้อมูล โดย 1) รวบรวมแบบบันทึกทั้งหมด ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล (Data Cleaning) 2) ลงรหัสข้อมูลเพื่อปกปิดชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรม และ 3) บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency), ร้อยละ (Percent), ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความรู้การปฏิบัติ และความพึงพอใจ

2. การเปรียบเทียบประสิทธิผล เปรียบเทียบระดับความปวดของผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำใช้แนวปฏิบัติโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และค่าความเชื่อมั่นที่ 95% โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เพื่อทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 070/2568 รับรองวันที่ 7 มีนาคม 2567 การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์เริ่มต้นหลังจากได้รับใบรับรองจริยธรรมแล้วเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัดตามระเบียบของโรงพยาบาล โดยการบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัว และการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

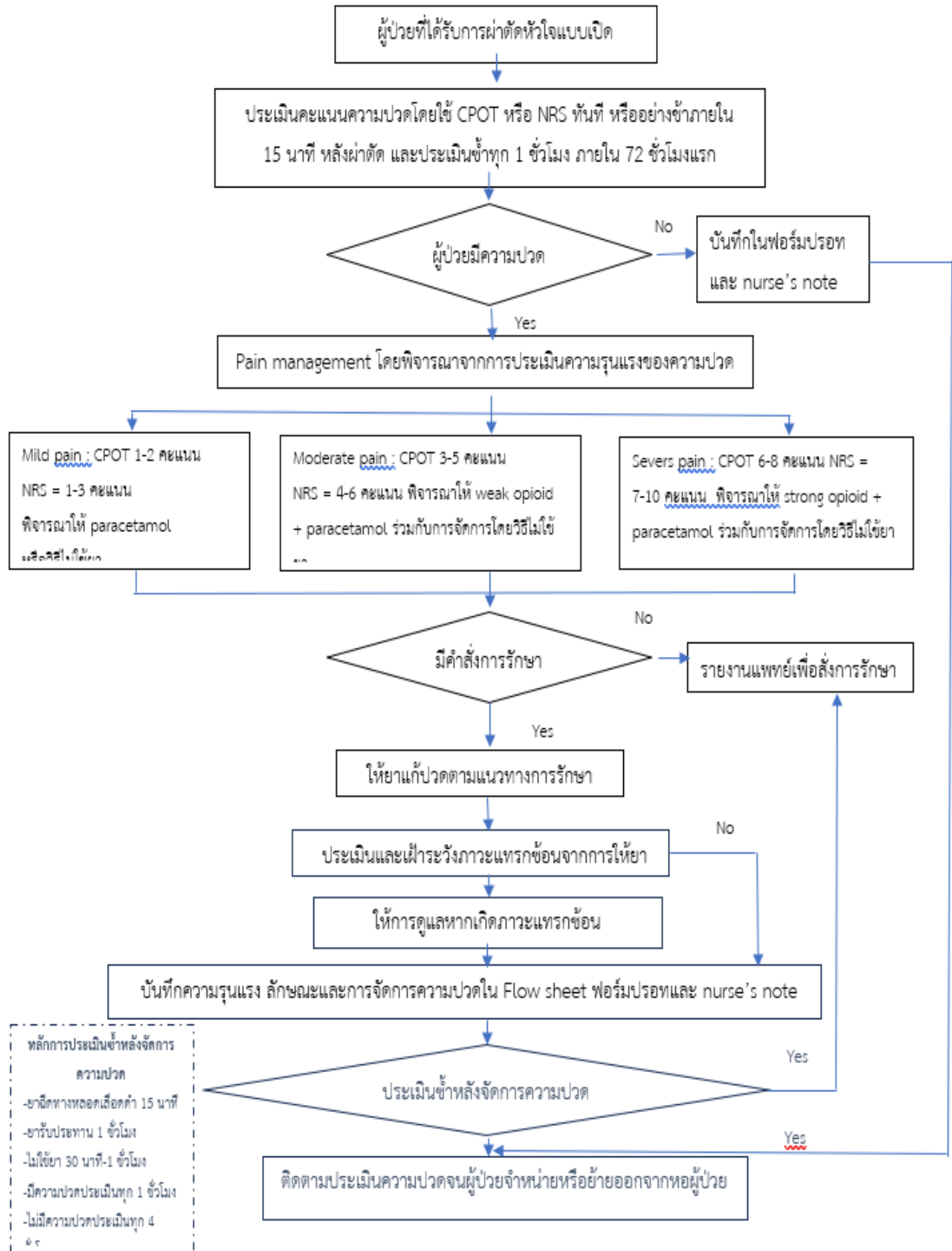
การนำเสนอผลการศึกษาคครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ

วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแบ่งผลการศึกษออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความปวด (CNPG) โดยใช้กรอบแนวคิด Soukup Model¹⁵ ผ่านกระบวนการ 4 ระยะ จนได้แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ที่มีความสำคัญดังนี้ 1) การแก้ไขปัญหา: แนวปฏิบัติใหม่ช่วยแก้ปัญหาความไม่สอดคล้องในการจัดการปวด และการใช้เครื่องมือประเมินที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต (เช่น ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ) 2) จุดเด่นของแนวปฏิบัติ: มีการใช้เครื่องมือ CPOT และ NRS ที่ชัดเจน มีเกณฑ์การให้ยาตามระดับความปวด (Mild, Moderate, Severe) และกำหนดเวลาการประเมินซ้ำที่แน่นอน (15-60 นาทีตามประเภทของยา) และ 3) คุณภาพ: ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดลองใช้ (Pilot Test) แล้วพบว่าพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและมีความมั่นใจมากขึ้น โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด (CNPG) ที่ผ่านการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบ Soukup Model ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญคือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความปวดด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (CPOT/NRS) ขั้นตอนที่ 2 การจัดการความปวดแบบบูรณาการ (การใช้ยาและไม่ใช้ยา) และ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ แสดงดังแผนภาพที่ 1

**แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด(แบบใหม่)**



2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดแบ่งออกเป็น 4 ส่วนสำคัญ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=30) จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 30 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 59.60 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.43) โดยมีสถานภาพสมรสคู่ และนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ในด้านสถานะทางสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) คิดเป็นร้อยละ 96.7 โดยร้อยละ 80.0 มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.0 ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่มาก่อน สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) คิดเป็นร้อยละ 46.7 โดยใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ที่ประมาณ 2 ชั่วโมง และร้อยละ 50.0 ใช้ระยะเวลาในการเข้าเครื่องปอดและหัวใจเทียมอยู่ในช่วง 1-2 ชั่วโมง

2. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n=15) ในส่วนของข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 15 ราย พบว่าเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี

(ร้อยละ 60.0) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 31.47 ปี ทุกรายสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ด้านประสบการณ์วิชาชีพพบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกเป็นเวลา 3 ปี (ร้อยละ 53.3) และที่สำคัญคือพยาบาลทุกราย (ร้อยละ 100.0) ล้วนมีประสบการณ์ตรงในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาก่อน ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมและความเข้าใจในบริบทการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างดี

3. ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย (ระดับคะแนนความปวด)

ระดับความปวด คือ คะแนนความปวดเฉลี่ยของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจนตามลำดับเวลา โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งลดลงจากระดับปานกลาง (ใน 24-48 ชม. แรก) สู่ระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบระดับความปวดหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ดังนี้ 1) ระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก คะแนนความปวดเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 5.70 - 5.96 คะแนน (ระดับ ปานกลาง) ซึ่งผลวิเคราะห์พบว่า ยังไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนใช้แนวปฏิบัติ ($p = .078$) และ 2) ระยะ 72 ชั่วโมง คะแนนความปวดเฉลี่ย ลดลงอย่างเห็นได้ชัดเหลือเพียง 2.50 คะแนน (ระดับน้อย) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับระยะ 48 ชั่วโมง พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (n=30)

ระยะเวลาหลังผ่าตัด	Mean	SD.	ระดับความปวด
24 ชั่วโมงแรก	6.80	0.85	มาก
48 ชั่วโมง	5.70	0.70	ปานกลาง
72 ชั่วโมง	2.50	0.68	น้อย

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ระยะเวลาการประเมินความปวด	Mean	SD.	Wilcoxon (Z)	p
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	5.96	0.55	-	-
หลังใช้แนวปฏิบัติ (48 ชม.)	5.70	0.70	1.76	.078
หลังใช้แนวปฏิบัติ (72 ชม.)	2.50	0.68	4.85	<.001

4. ความพึงพอใจต่อการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการนำใช้แนวปฏิบัติ พบว่า

อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.78) โดยประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ความพึงพอใจต่อการประเมินความปวดที่ได้รับ และผลลัพธ์ของการจัดการปวด แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการจัดการความปวด (n=30)

รายการความพึงพอใจของผู้ป่วย	Mean	SD.	ระดับ
1. การประเมินความปวดที่ได้รับ	4.83	0.37	มาก
2. การได้รับการประเมินซ้ำหลังจัดการปวด	4.83	0.37	มาก
3. ผลลัพธ์จากการจัดการความปวด	4.83	0.37	มาก
4. คำแนะนำในการจัดการความปวด	4.80	0.40	มาก
ภาพรวมความพึงพอใจ	4.78	0.36	มาก

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.70) โดยระบุว่า

แนวปฏิบัติมีความชัดเจน ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ดี แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนำใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด (n=15)

รายการประเมินความพึงพอใจ	Mean	SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของแนวปฏิบัติ	4.80	0.41	มากที่สุด
2. ความสะดวกและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง	4.73	0.45	มากที่สุด
3. ประสิทธิภาพในการช่วยลดความปวดแก่ผู้ป่วย	4.67	0.48	มากที่สุด
รวมเฉลี่ย	4.73	0.45	มากที่สุด

สรุป การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ครั้งนี้ ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากช่วยให้ระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจลดลงอย่างชัดเจน ในระยะ 72 ชั่วโมง และสร้างความพึงพอใจในระดับสูงแก่

ทั้งผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) และผู้ให้บริการ (พยาบาล)

วิจารณ์

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแบ่ง

การอภิปรายผลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวด (CNPG) โดยใช้กรอบแนวคิดของ Soukup¹⁵ พบว่าผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่มีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้สำเร็จ โดยมีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายดังนี้

ประการแรก ด้านกระบวนการพัฒนาที่เป็นระบบการที่แนวปฏิบัติฉบับนี้ผ่านกระบวนการ 4 ระยะตามกรอบ Soukup Model¹⁵ ทำให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือสูงเนื่องจากเริ่มจากการสำรวจปัญหาจริงในหน่วยงาน (Evidence-triggered phase) ซึ่งพบความไม่สอดคล้องในการจัดการปวดและการเลือกใช้เครื่องมือที่ไม่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยวิกฤต (เช่น ผู้ป่วยที่ยังใส่ท่อช่วยหายใจ) การพัฒนาจึงมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดโดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาสังเคราะห์เป็นขั้นตอนที่ชัดเจน 3 ขั้นตอน คือ การประเมินความปวดด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (CPOT/NRS) การจัดการความปวดแบบบูรณาการ และการประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบสอดคล้องกับแนวคิดของ Soukup¹⁵ ที่ระบุว่าการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติจะช่วยให้บุคลากรเกิดการยอมรับและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ

ประการที่สอง ด้านความชัดเจนและคุณภาพของแนวปฏิบัติ จุดเด่นของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นคือการกำหนดเกณฑ์การจัดการความปวดตามระดับความรุนแรง (Mild, Moderate, Severe) และการระบุช่วงเวลาประเมินซ้ำที่แน่นอน (15-60 นาทีตามประเภทของยา) ซึ่งช่วยลดความแปรปรวนในการตัดสินใจของพยาบาล (Nursing judgment) และส่งเสริมให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จงลักษณ์ รสสุมาลชาติ และคณะ¹⁶ ที่พบว่าการพัฒนาแนวทางจัดการความปวดสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

โดยอิงจากปัญหาอุปสรรคในหน่วยงาน ช่วยให้ผลลัพธ์การจัดการความปวดในผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และพยาบาลส่วนใหญ่มีความพร้อมในการปฏิบัติตามแนวทางใหม่เนื่องจากมีความเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ

ประการสุดท้าย ด้านการยอมรับในคุณภาพการที่แนวปฏิบัติผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (IOC = 0.86) และผ่านการทดลองใช้ (Pilot Test) ยืนยันได้ว่าแนวปฏิบัตินี้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่สอดคล้องกับการศึกษาของ สิรินันท์ จันทรชุม และคณะ¹⁷ ที่พบว่าการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติที่ผ่านการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบช่วยให้เกิดผลลัพธ์การจัดการความปวดที่ดีและลดความรุนแรงของความปวดลงได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในระยะเวลาหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญของการฟื้นตัว

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นนี้ ไม่เพียงแต่เป็นคู่มือที่ช่วยให้พยาบาลทำงานได้ง่ายขึ้น แต่ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างมาตรฐานการพยาบาล (Standard of Care) ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้รับการดูแลจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สามารถอภิปรายผลตามตัวชี้วัดที่สำคัญได้ดังนี้

ประการแรก ด้านประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการลดระดับความปวด พบว่าระดับความปวดของผู้ป่วยลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระยะ 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องมาจากแนวปฏิบัติการจัดการความปวดที่เป็นระบบ (CNPG) เน้นการประเมินที่รวดเร็วภายใน 15 นาทีแรกหลังผ่าตัด และใช้เครื่องมือ

ประเมินที่เป็นมาตรฐานทั้ง CPOT และ NRS ทำให้พยาบาลสามารถคัดกรองความรุนแรงของความปวดและตัดสินใจเลือกวิธีการบรรเทาปวดที่เหมาะสมตามลำดับขั้น (Pain Scale Step) ทั้งการให้ยาแก้ปวดและการจัดการแบบไม่ใช้ยาร่วมกันได้อย่างทันที่ ทั้งนี้ นอกจากนั้น การกำหนดรอบการประเมินซ้ำที่ชัดเจนสอดคล้องกับคุณสมบัติของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนระดับความปวดลดลงจากระดับปานกลางสู่ระดับน้อยในระยะ 72 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิรานันท์ จันทรขุม และคณะ¹⁷ ที่พบว่าการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติช่วยลดความรุนแรงของความปวดลงเป็นระดับเล็กน้อยในระยะ 72 ชั่วโมง และสอดคล้องกับทศากร สุทธิประภา¹⁸ ที่ยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการอาการส่งผลให้ระดับความปวดลดลงได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ

ประการที่สอง ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในภาพรวมระดับมาก (Mean = 4.78) โดยเฉพาะในด้านการได้รับการประเมินซ้ำและการติดตามผล (Mean = 4.83) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์และเฝ้าระวังอาการปวดอย่างใกล้ชิด การสื่อสารข้อมูลและคำแนะนำในการจัดการความปวดด้วยท่าที่ที่เป็นมิตรและนุ่มนวลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในระบบการดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของจรรยา หิมนรังสี และคณะ¹⁹ ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPGs) มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มปกติเนื่องจากได้รับการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพและเป็นระบบ

ประการสุดท้าย ด้านความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก (Mean = 4.70) โดยให้คะแนนสูงสุดในด้านความง่ายและความสะดวกในการนำไปใช้จริง (Mean = 4.73) อภิปรายได้ว่าเนื่องจากแนวปฏิบัติฉบับนี้ถูกพัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและการระดมสมองของพยาบาล

ในหน่วยงานร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย ทำให้ขั้นตอนในแผนผังการตัดสินใจ (Algorithm) ไม่ซับซ้อนและสอดคล้องกับบริบทการทำงานจริงในหอผู้ป่วยหนัก (Feasibility) ส่งผลให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและลดความคลาดเคลื่อนในการจัดการความปวด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จงลักษณ์รสสุขุมลชาติ และคณะ¹⁶ ที่พบว่าแนวทางการจัดการความปวดที่เน้นความเป็นไปได้นในการปฏิบัติ จะได้รับการยอมรับจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่และนำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน

โดยสรุป การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโดยตรงในการลดความเจ็บปวด แต่ยังส่งเสริมคุณภาพบริการพยาบาลและความเป็นมืออาชีพของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้เป็นอย่างดี

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย

จุดเด่นของการวิจัย งานวิจัยนี้มีจุดเด่นสำคัญ คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน (Participatory Approach) ร่วมกับการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย (Evidence-based) ทำให้แนวปฏิบัติที่ได้มีความจำเพาะต่อบริบทของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ดอย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังมีการใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เป็นมาตรฐานสากล (CPOT และ NRS) ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการประเมินและส่งผลให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพและวัดผลได้ชัดเจน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ขอบเขตของกลุ่มตัวอย่าง: เนื่องด้วยเป็นการศึกษาในบริบทเฉพาะของหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลที่มีระดับศักยภาพหรือทรัพยากรที่แตกต่างกัน

2. ระยะเวลาในการประเมินผล: การศึกษานี้มุ่งเน้นผลลัพธ์ในระยะเฉียบพลัน 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดซึ่งเป็นช่วง

ที่ผู้ป่วยวิกฤตที่สุด แต่อาจยังไม่ครอบคลุมถึงผลลัพธ์ในระยะยาวหลังการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมนำทางคลินิกควรนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปจัดทำเป็นแนวทางการดูแลมาตรฐาน (Standard of Care) ของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการปฏิบัติงานของพยาบาลทุกคน

1.2 หน่วยงานควรส่งเสริมให้พยาบาลทุกคนได้รับการอบรมการจัดการความปวดอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะทักษะการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยวาจา (CPOT) เพื่อสร้างมาตรฐานเดียวกันและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

1.3 ควรนำแนวปฏิบัตินี้ไปแลกเปลี่ยนเรียนร่วมกับทีมศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ เพื่อจัดทำแนวทางการบริหารยาแก้ปวดที่สอดคล้องกับกระบวนการประเมินของพยาบาล ช่วยลดความล่าช้าและเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจรักษา

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ในระยะที่ยาวขึ้น เช่น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Length of Stay), อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ (Readmission Rate) หรือระดับความปวดเรื้อรังหลังจำหน่าย เพื่อวัดความยั่งยืนของแนวปฏิบัติ

2.2 ควรนำแนวปฏิบัติไปศึกษาทดลองใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ที่มีการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่หรือขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมโรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีความเป็นสากลมากยิ่งขึ้น

2.3 ควรพัฒนารูปแบบการวิจัยสู่การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) โดยมีกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวปฏิบัติเทียบกับการพยาบาลปกติให้มีความน่าเชื่อถือทางสถิติสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอบพระคุณ ดร.พว. มะลิวรรณ อังคนิตย ที่กรุณาให้คำปรึกษาจนรายงานวิจัยสมบูรณ์ และขอขอบคุณโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คณะกรรมการจริยธรรม ผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนเพื่อนพยาบาลและผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สนับสนุนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่ง คุณค่าของงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและวิชาชีพพยาบาลสืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
2. Health Data Center. Cardiovascular disease statistics 2023. Bangkok: Ministry of Public Health; 2566.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข: รายงานการผ่าตัดหัวใจประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. แนวทางการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Clinical Practice Guidelines for Open Heart Surgery). กรุงเทพฯ: สมาคมฯ; 2566.
5. กนกวรรณ สว่างศรี. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดทรวงอก. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2560;28(1):15-27.
6. Ho A M, Ng C W, Chan P C. Acute pain management after cardiac surgery. J Card Surg. 2021;36(5):1842-50.
7. Fayaz M K, Abel M F, Shaban M A. Postoperative pain in cardiac surgery. J Clin Anesth. 2022;78:110667.
8. Nguyen V, Gauthier M. Neuropathic pain after cardiac surgery. Pain Med. 2020;21(9):1890-905.

9. Khan S, Smith J. Inflammatory response and pain sensitivity. *Ann Thorac Surg.* 2023;115(2):440-48.
10. Thai Anesthesia Journal. Pain management challenges in cardiac patients. 2565;48(2):112-25.
11. Momeni M, Mazloom S R, Lyne M E, Esmaeili H, Salehabadi S, Smetana GW, et al. Evidence-based pain management. *J Clin Nurs.* 2019;28(13-14):2341-52.
12. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานสถิติผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจประจำปี 2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2567. (เอกสารอัดสำเนา).
13. ยุทธ ไกยวรรณ. การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
14. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
15. Soukup MJ. The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-Based Practice Model: Promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am.* 2000;35(2):301-9.
16. จงลักษณ์ รสสุกมาลชาติ, ศรุตยา สถาปนศิริ, อุทัยวรรณ ขจรเนติยุทธ. การพัฒนาแนวทางการจัดการความปวดสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2566;32(4):685-94.
17. สิรินันท์ จันทร์ชุม, มยุรี เจริญพรไพศาล, ณัฐริกา สาสีผล. การปฏิบัติการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการจัดการความปวดของพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอกหรือช่องท้องในระยะ 72 ชั่วโมง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.* 2565;42(2):1-12.
18. ทิศากร สุทธิประภา. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความปวดขณะทำกิจกรรมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
19. จรรยา หมั่นรังสี, ประคอง อินทรสมบัติ, สุจินดา

จารุพัฒน์ มารูโอ, รัตนาภรณ์ แซ่ตั้ง, สมคิด รักษาสัตย์, พรเพ็ญ อามระดิษฐ์, และคนอื่นๆ. ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.* 2556;31(2):45-56.