

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเพื่อประเมินและจัดการความปวดเฉียบพลันในเด็กที่เข้ารับการผ่าตัด
พันธมนัส กันทวัน, อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

บทคัดย่อ

พยาบาลที่ทำหน้าที่ในการประเมินความปวดเด็กจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความปวดเพื่อให้สามารถเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับเด็กตามบริบทที่แตกต่างกัน เนื่องจากในเด็กเล็กจะไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกปวดออกมาเป็นคำพูดได้รวมทั้งต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นอายุ ประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดที่เคยได้รับ วัฒนธรรม ท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ และการเลี้ยงดูของครอบครัว เป็นต้น ส่วนการจัดการความปวดจะแบ่งออกเป็น การจัดการความปวดแบบใช้ยาและการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาถือเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในการระบุแผนการรักษา ส่วนพยาบาลจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาล และพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลเด็กเพื่อให้การทำกิจกรรมต่างๆ เหมาะสมกับเด็กแต่ละบุคคล ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีการคิดหาวิธีการในการที่จะทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความรู้และความสามารถที่จะมีส่วนร่วมในการประเมินและจัดการความปวดในเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดร่วมกับพยาบาล

บทความนี้ได้รวบรวมผลการวิเคราะห์ห้วงความรู้จากทฤษฎี ข้อมูลทางวิชาการ และผลการวิจัย ซึ่งสรุปได้ตามประเด็นดังนี้ 1) แนวคิดเกี่ยวกับความปวดแบบเฉียบพลัน 2) พัฒนาการการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็กตามช่วงวัย 3) การประเมินและเครื่องมือประเมินความปวด 4) การจัดการความปวดแบบเฉียบพลัน และ 5) บทบาทพยาบาลในการให้ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลเพื่อมีส่วนร่วมในการประเมินและจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันในเด็กที่เข้ารับการผ่าตัด

คำสำคัญ: ความปวดแบบเฉียบพลัน, การประเมินความปวด, การจัดการความปวด, การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล, เด็กที่เข้ารับการผ่าตัด, บทบาทพยาบาล

Participation of caregivers in the assessment and management of acute pain in children undergoing surgery

Pantamanas Kantawan, Lecturer in Child and Adolescent Nursing, Faculty of Nursing Vongchavalitkul University

Abstract

Nurses performing pediatric pain assessments need to have knowledge of pain assessment tools to be able to choose the right tool for children in different contexts. Because in young children is not possible to communicate pain sensations in words. In addition, other factors must be considered such as age, previous pain experiences, inhabited local culture and the upbringing of the family, etc. As for pain management, Pharmacological pain management is the role of the physicians in determining drug treatment, the nurses follow the doctor's treatment plan. Non-pharmacological pain management is the primary role of nurses, and nurses need to rely on the cooperation of the caregivers to make the activities for each child. Therefore, nurses need to come up with a way to provide caregivers with the knowledge and ability to participate in pain assessment and management in children undergoing surgery with nurses.

This article has compiled the results of the knowledge analysis from the theory, academic information and research results. These were summarized as follows: 1) the concept of acute pain; 2) the development of pain perception and response in children by age group; 3) pain assessment and assessment tools; 4) acute pain management. 5) the nursing role to provide information for caregivers to participate in pain assessment and management in children undergoing surgery.

Keyword: Acute pain, Pain assessment, Pain management, Caregiver involvement, Children undergoing surgery, Nurse roles.

บทนำ

ความปวดจากการผ่าตัดจัดอยู่ในกลุ่มความปวดแบบเฉียบพลัน โดยสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความปวดคือแผลผ่าตัด ความปวดนี้อาจเกิดร่วมกับการมีสายระบายจากบาดแผล การเคลื่อนไหวบริเวณตำแหน่งที่มีบาดแผลหรือการทำกิจกรรมประจำวันตามปกติในระยะหลังผ่าตัด¹ และเมื่อเกิดความปวด การรับรู้และการแสดงออกถึงความปวดจะมีความแตกต่างกันเฉพาะบุคคลที่อาจมีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับความปวด หรือความกลัวที่มีต่อความเจ็บปวดจากกระบวนการรักษาหรือการผ่าตัดครั้งก่อน² โดยเฉพาะในเด็กที่การแสดงออกของเด็กเมื่อมีความปวดจะมีความแตกต่างกันตามช่วงอายุ การเจริญเติบโต การเลี้ยงดู บริบทของสังคมและวัฒนธรรมอีกด้วย³

เมื่อเด็กเกิดความปวดจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความปวดของตนเองแตกต่างกัน ซึ่งเด็กตั้งแต่อายุประมาณ 2 ขวบ จะสามารถแสดงออกเพื่อให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความรู้สึกปวดของตนเองได้ ถึงแม้ว่ายังไม่สามารถอธิบายถึงความรู้สึกปวดได้ชัดเจน แต่จะมีการใช้คำง่ายๆ หรือแสดงออกถึงบริเวณที่ปวด เช่น การร้อง “อ๊อ” หรือ ชี้บริเวณที่ปวด เป็นต้น โดยเด็กจะสามารถบอกรายละเอียดหรือแยกระดับความรุนแรงของความปวดได้ตั้งแต่อายุประมาณ 5 ปีขึ้นไป ดังนั้นถ้าหากเป็นการประเมินความปวดในเด็กที่อายุต่ำกว่า 3 ปี จึงจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากบิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็กที่มักจะเป็นผู้ที่สังเกตได้ถึงพฤติกรรมของเด็กเมื่อมีอาการปวด²

จากประสบการณ์ผู้เขียนในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดนั้น จะพบว่าเด็กเล็กมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการสื่อสาร เด็กจะไม่สามารถอธิบายหรือบอกเล่าความรู้สึกของตนเองออกมาเป็นคำพูดได้ ดังนั้นเมื่อเด็กมีความปวดจะมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมอย่างอื่นที่แสดงถึงความไม่สบายต่างๆ เช่น การร้องไห้ คราง ดิ้น เกร็งตัว กัดฟัน หลับพักไม่ได้ เป็นต้น แต่ในบางกรณีการแสดงพฤติกรรมเหล่านี้ก็ไม่ได้เกิดจากสาเหตุความปวดเพียงอย่างเดียว อาจเกิดจากความหิว ความร้อน หรือความไม่คุ้นชินกับสถานที่ สิ่งเหล่านี้ต้องอาศัยการสังเกตและข้อมูลพื้นฐานเฉพาะตัวเด็กซึ่งผู้ที่เลี้ยงดูเด็กจะเป็นผู้เข้าใจถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของเด็กได้ดีที่สุด⁴

ในบางครั้งพยาบาลอาจจะตัดสินระดับความปวดจากพฤติกรรมการแสดงออกของเด็กจากประสบการณ์ส่วนตัว ไม่ว่าจะเป็น การที่เด็กนอนนิ่งไม่ร้องไห้จึงคิดว่าเด็กไม่ปวด หรือเด็กบางรายนอนหลับได้ดีแต่ร้องครางเบาๆ เป็นระยะ ซึ่งขณะที่พยาบาลเข้าทำการประเมินความปวดเด็กในช่วงเวลาสั้นๆ จึงไม่เห็นพฤติกรรมดังกล่าว เป็นต้น เหล่านี้คือปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการประเมินความปวดในเด็ก ที่ถึงแม้จะมีเครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้เป็นเกณฑ์ประเมินความปวดมาตรฐานแล้ว แต่รูปแบบการให้พยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความปวดก็มีความสำคัญมากเช่นกัน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัด จำเป็นต้องมีการร่วมมือกันระหว่างทีมผู้ให้การรักษาและผู้ดูแลของเด็ก เพื่อให้สามารถประเมินความปวดเด็กได้ตรงและวางแผนการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพได้⁵

บทความนี้ได้รวบรวมผลการวิเคราะห์องค์ความรู้จากทฤษฎี ข้อมูลทางวิชาการ และผลการวิจัย ซึ่งสรุปได้ตามประเด็นดังนี้ 1) แนวคิดเกี่ยวกับความปวดแบบเฉียบพลัน 2) พัฒนาการการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็กตามช่วงวัย 3) การประเมินและเครื่องมือประเมินความปวด 4) การจัดการความปวดแบบเฉียบพลัน และ 5) บทบาทพยาบาลในการให้ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลเพื่อมีส่วนร่วมในการประเมินและจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันในเด็กที่เข้ารับการผ่าตัด มีรายละเอียดดังนี้

I. แนวคิดเกี่ยวกับความปวดแบบเฉียบพลัน

1. นิยามความปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนาของบุคคล สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย และมักเกิดจากการมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความปวด ซึ่งคำนิยามความปวดตามสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain; IASP)⁶ ปีค.ศ. 1979 กล่าวว่า “Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage” หมายความว่า ความปวดคือประสบการณ์ของอารมณ์และความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนา ที่เกิดขึ้นจากการมีปัจจัยกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับการทำลายของเนื้อเยื่อ ความปวดเป็นสิ่งที่เกิดจาก

ความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ และความรู้สึกปวดนั้นจะยังคงมีและปรากฏอยู่ตราบเท่าที่บุคคลนั้นยังรู้สึกได้ถึงความปวด

ในปี ค.ศ. 1989 McCaffery⁷ ได้กล่าวว่า ความทนต่อความปวดจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ระดับความปวดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะมีความซับซ้อนมีหลายมิติและหลายองค์ประกอบ ซึ่งเป็นสิ่งเฉพาะของบุคคลนั้น

ในปี ค.ศ. 2011 American Pain Society⁸ ได้มีการกล่าวถึงความปวดที่เกิดขึ้นในเด็กไว้ ดังนี้ ความรู้สึกปวดสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วัยทารกแรกเกิด ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถแสดงความรู้สึกปวดออกมาได้ชัดเจนถึงความรุนแรงและตำแหน่งที่ปวดก็ตาม ประสพการณ์เกี่ยวกับความปวดของเด็ก เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆ ของเด็ก สภาพร่างกาย สภาพจิตใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

2. ชนิดของความปวดที่มักพบบ่อย แบ่งตามระยะเวลาการเกิดความปวดเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

2.1 ความปวดเฉียบพลัน เป็นความปวดที่เกิดขึ้นจากการมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความปวด มีความรุนแรงก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ซึ่งต้องมีการกำจัดสาเหตุที่เป็นสิ่งกระตุ้น และต้องมีการรักษาจึงจะหายจากอาการปวด หรือสามารถหายไปได้เอง ความปวดชนิดนี้เป็นความปวดที่มักพบได้บ่อยในเด็ก ได้แก่ ความปวดที่เกิดจากการทำหัตถการ หรือความปวดที่เกิดจากการผ่าตัด เป็นต้น⁹

ระดับความปวดหลังผ่าตัดจะมีความรุนแรงมากที่สุดในวันแรกหลังจากการผ่าตัด หลังจากนั้นความปวดจะลดลงตามลำดับภายใน 2-3 วัน แต่ถ้าหากอาการปวดลักษณะนี้ยังคงปรากฏอยู่อาจมีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดความปวด เช่น การอักเสบที่แผล เป็นต้น⁹

2.2 ความปวดเรื้อรัง เป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานมากกว่า 6 เดือน มักมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง อาการปวดจากข้ออักเสบต่างๆ เป็นต้น ซึ่งความปวดเรื้อรังสามารถส่งผลกระทบต่อชีวิตจิตใจ อารมณ์พฤติกรรมและสังคม¹⁰

3. ผลกระทบจากความปวดแบบเฉียบพลันในเด็กที่เข้ารับการผ่าตัด

ความปวดถือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลกระทบต่อ

ร่างกายที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายระบบ ไม่ว่าจะเป็นระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ โดยความปวดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ เหงื่อออก มีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ทำให้หายใจเร็ว ตื้น ปอดมีการขยายตัวน้อยลง อาจมีผลทำให้ปอดแฟบ (lung atelectasis) ระบบต่อมไร้ท่อ ร่างกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวกับความเครียดไม่ว่าจะเป็น catecholamine, cortisol หรือ glucagon ส่งผลให้มีการสลายไขมันมากขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และการสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มขึ้น ระบบกล้ามเนื้อจะมีการหดเกร็ง เมื่อเกิดความปวดผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวลดลง ไม่อยากขยับตัว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง เช่น กล้ามเนื้อลีบ และผลระบบย่อยอาหาร เมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงจะส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงด้วยทำให้มีอาการท้องอืดได้ ระบบทางเดินปัสสาวะความปวดทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำงานน้อยลง ส่งผลให้ปัสสาวะไม่ออกเกิดการคั่งค้างของปัสสาวะ และมีโอกาสติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ ระบบภูมิคุ้มกันความปวดจะเพิ่มการกระตุ้นกระบวนการอักเสบ ลดภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่งผลให้แผลหายช้าลง และมีโอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้น ส่วนผลกระทบด้านจิตใจและสังคม ความปวดทำให้เกิดความวิตกกังวล นอนไม่หลับ และซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะความปวดที่เกิดขึ้นกับเด็กเล็ก ผลกระทบต่อจิตใจมักจะมีผลต่อความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว หรือความทุกข์ทรมานใจของผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากการเห็นเด็กเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานแต่ไม่สามารถให้การช่วยเหลือหรือช่วยบรรเทาความปวดแก่เด็กได้¹¹

จากการที่ผู้นิพนธ์ได้สังเกต ผู้ดูแลเด็กเล็กที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด เมื่อเด็กเกิดความปวดและมีการแสดงอาการที่บ่งบอกถึงความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ผู้ดูแลเด็กมักจะมีพฤติกรรมที่แสดงออกต่างๆ เช่น ผู้ดูแลบางรายร้องไห้เนื่องจากสงสารเด็กที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดในช่วงวันแรกหลังผ่าตัด บางรายร้องขอพยาบาลบรรเทาปวดจากพยาบาลตลอดเวลาเนื่องจากกลัวเด็กปวด ทรมาน บางรายต้องการให้พยาบาลมีการประเมินความปวดเพื่อยืนยันระดับความปวดของเด็กตลอดเวลาถึงแม้เด็กจะสามารถนอนหลับพักได้ หรือบางรายเกิดความกลัวเมื่อต้องมีการ

จับ/สัมผัสตัวเด็กเนื่องจากกลัวจะทำให้เด็กปวดเพิ่มมากยิ่งขึ้น เหล่านี้เป็นสิ่งที่สามารถพบได้ทั่วไปในผู้ดูแลเด็กที่เข้ารับการผ่าตัด ที่ถือเป็นสาเหตุผู้ดูแลเกิดความเครียด ความกลัวหรือวิตกกังวลในการนำเด็กเข้ารับการผ่าตัด และส่งผลให้ประสิทธิภาพการดูแลเด็กของผู้ดูแลลดลง⁴

II. พัฒนาการการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็กตามช่วงวัย

เด็กแต่ละช่วงวัยจะมีพัฒนาการด้านร่างกาย และการรับรู้ทางด้านสติปัญญาที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ ซึ่งช่วงวัยของเด็กถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยบ่งบอกว่าเด็กมีการรับรู้ การทำความเข้าใจและการตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่ได้รับอย่างไร นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของเด็กแต่ละช่วงวัย เช่น ประสิทธิภาพเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่เคยได้รับ วัฒนธรรมแต่ละท้องถิ่น รวมทั้งการอบรมสั่งสอนภายในครอบครัวอีกด้วย เหล่านี้จึงเป็นสาเหตุให้เด็กมีความคิด การรับรู้ และการแสดงออกเมื่อมีความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน ดังนั้นการประเมินอาการปวดและจัดการความปวดในเด็กที่มีประสิทธิภาพพยาบาลจำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการการรับรู้เรื่องความปวดและการตอบสนองต่อความปวดของเด็กในช่วงวัยต่างๆ ซึ่งสามารถอธิบายได้โดยใช้ทฤษฎีพัฒนาการเด็กของเพียเจ (Piaget)¹² ดังนี้

วัยทารก (อายุ 0-1 ปี) ช่วงวัยนี้เป็นช่วงวัยที่เด็กเริ่มทำความรู้จักสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการการตอบสนองทางด้านร่างกายเพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ทำให้เกิดความไว้วางใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งผู้ที่มีส่วนสำคัญในการทำให้เด็กวัยนี้เกิดความรู้สึกเหล่านี้คือ พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดู ความปวดที่เกิดกับวัยทารกนั้นสามารถรับรู้ความปวดผ่านทางเส้นใยประสาทรับความรู้สึกที่กระจายอยู่ทั่วผิวหนัง พฤติกรรมการแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อความปวดของทารกจะเป็นการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น การร้องไห้ การชักแขนขาหนี การขมวดคิ้วหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณริมฝีปาก ในวัยนี้หากต้องอยู่ในเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ผู้ดูแลจำเป็นต้องตอบสนองต่อการแสดงออกทางกายของทารกอย่างใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัส การอุ้ม โอบกอด การปลอบโยน หรือการใช้น้ำเสียงพูดคุยกับเด็กด้วยความอ่อนโยน เพื่อให้ทารกเกิด

ความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัย ช่วยลดอาการตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นโดยเร็ว รวมทั้งการควบคุมความรุนแรงของความรู้สึกปวดให้หายไปโดยเร็วด้วย โดยประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดที่เกิดขึ้นในวัยนี้จะส่งผลต่อการรับรู้ที่มีต่อความปวดในวัยต่อไป

วัยเตาะแตะและวัยก่อนเรียน (อายุ 2-7 ปี) เด็กในวัยนี้เป็นวัยที่มีความผูกพันกับมารดาหรือผู้ดูแล เนื่องจากเด็กเกิดการเรียนรู้ว่ามารดาหรือผู้ดูแลคือผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานต่างๆ และเป็นผู้ที่คอยปกป้องคุ้มครองทำให้เด็กเกิดความรู้สึกมั่นคง เด็กวัยนี้จะยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ขาดความอดทน ซึ่งเด็กจะมีพัฒนาการที่แตกต่างกัน แบ่งออกเป็น 2 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 2-5 ปี และช่วงอายุ 5-7 ปี การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็กช่วงอายุ 2-5 ปี เด็กจะมีการแสดงออกทางด้านร่างกายเมื่อเจ็บปวด เช่น ร้องไห้ กรีดร้อง ดิ้น ตอสู สามารถสื่อสารเกี่ยวกับความรู้สึกปวดได้ในระดับหนึ่ง เช่น สามารถชี้จุดที่ปวดแต่ไม่สามารถบอกความรุนแรงหรือลักษณะความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้นได้ เด็กจะมีความคิดต่อความปวดว่า ความปวดจะสามารถหายได้เองหรือการใช้เวทมนต์ในการทำให้อาการปวด เช่น การเป่าบริเวณที่ปวดก็จะหายปวด

เด็กช่วงอายุ 5-7 ปี เด็กช่วงวัยนี้สามารถอธิบายความรู้สึกปวดของตนเองให้ผู้อื่นฟังได้มากขึ้น แต่ยังไม่สามารถอธิบายเชื่อมโยงเหตุผลของการเกิดความปวดได้ เมื่อเกิดความปวดเด็กมักจะอธิบายความรู้สึก เช่น เจ็บบริเวณ (ระบุตำแหน่งที่รู้สึกปวดเฉพาะอวัยวะภายนอกที่จับสัมผัสได้) รู้สึกเจ็บเล็กน้อย หรือรู้สึกเจ็บมาก และเด็กในช่วงวัยนี้ให้คำคะแนนเพื่อบอกระดับของความปวดได้ นอกจากนั้นเด็กในวัยนี้จะมีแนวคิดที่ว่า ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนเองมีสาเหตุจากการทำความผิดของตนเองจึงถูกลงโทษ ดังนั้นการดูแลความปวดในเด็กวัยนี้จำเป็นต้องมีการอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น และผู้ดูแลเด็กสามารถช่วยเหลือเด็กเมื่อเกิดความเจ็บปวดโดยการอยู่เป็นเพื่อน ปลอบโยน ให้กำลังใจเมื่อเด็กเกิดความรู้สึกเจ็บปวด

วัยเรียนช่วงต้น (อายุ 7-10 ปี) วัยนี้เป็นวัยที่มีความเข้าใจสิ่งต่างๆ เป็นรูปธรรม สามารถรับรู้ความปวดและอธิบายบอกความปวดและตำแหน่งที่เกิดความปวดออกมาเป็นคำพูดได้ โดยตำแหน่งที่เกิดความปวดจะ

สามารถบอกได้ทั้งอวัยวะที่อยู่ภายนอกและภายใน วัยนี้เด็กจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียงลำดับตัวเลข การให้ค่าคะแนนมากน้อย ดังนั้นการประเมินระดับความปวดในเด็กวัยนี้จึงสามารถใช้มาตราวัดที่เป็นระดับตัวเลขได้ เด็กวัยนี้จะมีความคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับตนเองคือความกลัว มักคิดว่าความเจ็บปวดจะก่อให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ ดังนั้นจึงควรให้การพยาบาลที่มีการอธิบายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อเด็กต้องเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างละเอียดตรงไปตรงมา และผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กต้องไม่หลอกเด็กเกี่ยวกับการจะสูญเสียอวัยวะขณะที่เด็กเกิดความเจ็บปวด

วัยเรียนช่วงปลาย (อายุ 10-12 ปี) เด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีความเข้าใจเหตุผล มีความเข้าใจแนวคิดและความเชื่อมโยงของเงื่อนไขต่างๆ เด็กวัยนี้จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดคือ การปิดบังความเจ็บปวด การแสดงออกถึงความกล้าหาญเพื่อปกปิดความเจ็บปวดเพื่อให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความกล้าหาญ เด็กอาจมีพฤติกรรมต่อความเจ็บปวดเช่น การกัดฟัน การเกร็ง เม้มริมฝีปาก เด็กวัยนี้สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้วิธีการลดความปวดแบบไม่ใช้ยาได้ แต่ต้องมีการอธิบายวิธีการปฏิบัติอย่างละเอียดหรือช่วยปฏิบัติ

วัยรุ่น (อายุ 12-18 ปี) เด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีความเข้าใจและการรับรู้ใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ สามารถแก้ปัญหาหรือมีวิธีคิดเพื่อแก้ไขปัญหาได้แต่ยังไม่สมบูรณ์เท่ากับผู้ใหญ่ ดังนั้นในสาเหตุความเจ็บปวดชนิดเดียวกัน เด็กวัยนี้จะมีจินตนาการถึงความกลัวต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการดูแลเด็กที่มีความเจ็บปวดในวัยนี้จำเป็นต้องมีการอธิบายถึงลักษณะความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้น หรือสาเหตุที่มาที่ไปของความเจ็บปวด เพื่อให้เด็กลดความกลัวหรือความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้น การแสดงออกถึงความเจ็บปวดในเด็กวัยนี้ จะมีความแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมประเพณีในพื้นที่ที่เด็กเติบโตมา การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว เช่น เด็กบางรายเมื่อเกิดความเจ็บปวดจะร้องดินทุรนทุรายเพื่อแสดงให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความทรมานในการที่ต้องเผชิญต่อความเจ็บปวดของตนเอง บางรายอาจแสดงออกถึงความเจ็บปวดด้วยการนอนนิ่งอดทนต่อความเจ็บปวดหรือแสร้งทำเหมือนไม่มีอาการปวดเนื่องจากกลัวอับอายที่ไม่สามารถอดทนได้ หรือแม้กระทั่งการเลือกแสดงออกถึงความเจ็บปวดเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้ที่ไวใจที่คิดว่าตนเองสามารถแสดงความอ่อนแอด้วยได้ การ

ประเมินความเจ็บปวดในเด็กวัยนี้จึงจะมีความคลาดเคลื่อนได้มาก จากการแสดงออกของแต่ละบุคคล ดังนั้นจึงควรมีการอธิบายเกี่ยวกับการบอกเล่าความรู้สึกเจ็บปวดของตนเองอย่างตรงไปตรงมา และบอกเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดที่สามารถปฏิบัติได้ทั้งในรูปแบบการจัดการความปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา

III. การประเมินและเครื่องมือประเมินความปวด

1. การประเมินความปวดในเด็ก

หลักการประเมินความปวดวิธีที่ดีและตรงที่สุดคือการรายงานความปวดด้วยตนเอง (Self-report)¹³ แต่ความปวดที่เกิดขึ้นในเด็ก โดยเฉพาะเด็กเล็กที่ยังไม่สามารถสื่อสารหรือบอกเล่าความปวดออกมาเป็นคำพูดได้นั้นการประเมินความปวดในเด็กวัยนี้ทำได้ยากกว่าการประเมินความปวดในเด็กโตหรือวัยผู้ใหญ่ จึงทำให้เด็กมีโอกาสนुकถูกละเลยการจัดการความปวดเนื่องจากการประเมินที่ไม่ตรงกับความปวดที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้นในเด็กเล็กที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารจำเป็นต้องประเมินความปวดโดยวิธีการอื่น คือการประเมินความปวดที่ได้จากการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยา และการตอบสนองด้านการแสดงออกของพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติจะไม่สามารถประเมินความปวดได้จากวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว บางครั้งต้องใช้วิธีการประเมินจากหลายวิธีรวมกัน ดังนั้นจึงมีการจัดกลุ่มเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินความปวดในเด็กไว้ดังนี้

1.1 การประเมินความปวดด้วยตนเอง (Self-report) การประเมินความปวดด้วยตนเองในเด็กจะเป็นลักษณะการตั้งคำถามเพื่อให้เด็กมีการตอบหรือบอกถึงความรู้สึกปวดของตนเอง โดยการตอบอาจเป็นคำพูดตอบรับ/ปฏิเสธอาการปวด หรือคำอธิบายความรู้สึกปวดของตนเอง รวมทั้งการใช้สัญลักษณ์ในการบอกถึงความปวดในกรณีที่เด็กไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดก็ได้ เช่น การยกหน้า/ส่ายหน้า การกระพริบตา การบีบมือผู้ถาม การชูจำนวนนิ้ว และการกางนิ้วระหว่างนิ้วโป้งกับนิ้วชี้เพื่อบอกปริมาณความปวด เป็นต้น ทั้งนี้การประเมินความปวดด้วยตนเอง การตั้งคำถามเพื่อประเมินความปวดจะต้องมีการคำนึงถึงช่วงวัยของเด็ก ในเด็กเล็กคำถามที่ใช้ถามจะเป็นลักษณะคำถามสั้น ปลายปิด เช่น ถาม “ปวด/เจ็บแผลหรือไม่” “ปวด/เจ็บตรงไหน” ปวด/เจ็บมากหรือน้อย ถ้า

เด็กที่โตขึ้นสามารถเข้าใจภาษาได้ดีมากขึ้นจะสามารถใช้คำถามปลายเปิดที่กระตุ้นให้เด็กมีการตอบรายละเอียดความปวดของตนเองได้มากขึ้นด้วย

1.2 การประเมินการตอบสนองด้านสรีรวิทยา (Physiological assessment) ความปวดที่เกิดขึ้นแบบรุนแรงและเฉียบพลัน ดังเช่นความปวดที่เกิดจากการผ่าตัด จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ซึ่งการตอบสนองทางสรีรวิทยาที่เป็นตัวบ่งชี้เมื่อร่างกายเกิดความเจ็บปวด ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) โดยเมื่อร่างกายเกิดการบาดเจ็บหรือมีความปวดที่รุนแรงจะส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต (blood pressure) จะมีการเปลี่ยนแปลงที่สูงขึ้นเมื่อร่างกายเกิดความปวดอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนทางด้านสรีรวิทยาดังกล่าว อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้จากปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความเครียด (stress) ความกลัว (fear) หรือความวิตกกังวล (anxiety) ต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เด็กได้รับ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เด็กไม่คุ้นเคยด้วย นอกจากนี้ยังเคยมีการศึกษาที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต จะมีการตอบสนองที่สัมพันธ์กับความปวดในระยะเวลานั้นๆ แต่เมื่อเวลาผ่านไปการตอบสนองดังกล่าวจะไม่คงที่ ส่งผลให้การประเมินความปวดไม่ตรงกับความปวดที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้นในเครื่องมือประเมินความปวดในเด็กจึงไม่นิยมใช้การตอบสนองทางสรีรวิทยามาเป็นตัวบ่งชี้ความปวดในเครื่องมือ โดยเฉพาะเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดชนิดเฉียบพลันจากการผ่าตัด

1.3 การประเมินการตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral assessment) เป็นการประเมินที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของเด็กเมื่อได้รับความเจ็บปวด ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมที่นำมาใช้ในการประเมินความปวดในเด็กที่มีความปวดแบบเฉียบพลันและไม่สามารถอธิบายความปวดของตนเองออกมาเป็นคำพูดได้ ไม่ว่าจะเป็นการประเมินความปวดในเด็กเล็ก หรือผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจในระยะหลังผ่าตัด เป็นต้น โดยการสังเกตพฤติกรรมที่นำมาใช้ประเมินความปวดมีองค์ประกอบ คือ พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายหรือการเคลื่อนไหว (physical move-

ment/ motor response) พฤติกรรมการแสดงออกทางใบหน้า/ความตึงตัวของใบหน้า (facial expression/ facial tension) ความตื่นตัว/ระดับความรู้สึกตัว (alertness/ level of consciousness) ความสงบ/กระสับกระส่าย (calmness/ agitation) ลักษณะท่าทาง/ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (posture/ muscle tone) การแสดงออกทางใบหน้า/การร้องไห้ (crying) การปลอบโยน (consolability) และการตอบสนองต่อการหายใจ (respiratory response) ได้แก่ รูปแบบการหายใจ การตอบสนองต่อเครื่องช่วยหายใจ หรือการไอ เป็นต้น)

อย่างไรก็ตามถึงแม้การประเมินความปวดจากการตอบสนองด้านพฤติกรรมจะเป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้ในการประเมินความปวดในเด็ก แต่พบว่ามีข้อจำกัดในการใช้ เช่น การประเมินจากการแสดงออกทางใบหน้า จะมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณใบหน้า หรือผู้ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและมีการแปะพลาสติกเพื่อช่วยยึดตรึงท่อช่วยหายใจ การประเมินจากการเคลื่อนไหวของร่างกาย จะมีข้อจำกัดในเด็กที่ถูกยึดตรึงหรือห่อตัวเพื่อจำกัดการเคลื่อนไหว รวมทั้งในเด็กมีความกลัวต่อความเจ็บปวดที่ไม่กล้าขยับตัวเนื่องจากกลัวเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น และการประเมินจากการปลอบโยน (consolability) ในเด็กจะมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลที่ปลอบโยนเด็ก ถ้าหากเป็นบุคคลใกล้ชิดคุ้นเคยจะสามารถปลอบโยนเด็กได้ง่าย แต่ถ้าหากเป็นบุคคลแปลกหน้า เช่น พยาบาล จะทำให้การปลอบโยนเด็กทำได้ยากขึ้น³

2. เครื่องมือประเมินความปวดในเด็ก

การประเมินความปวดในเด็กที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นเด็กเล็ก หรือเด็กโตที่ได้รับการผ่าตัดและไม่สามารถพูดสื่อสารได้ในช่วงหลังผ่าตัด เครื่องมือประเมินความปวดที่ใช้จะเป็นเครื่องมือที่สร้างจากการตอบสนองด้านสรีรวิทยา และตัวชี้วัดด้านพฤติกรรม การแสดงออกที่ตอบสนองต่อความปวด แต่การตอบสนองด้านสรีรวิทยาจะยังไม่สามารถวัดความปวดตรงกับความปวดที่เกิดขึ้นจริงได้นานจนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกหายใจปวดหรือความปวดหมดไป ดังนั้นเครื่องมือประเมินความปวดจึงแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) เครื่องมือประเมินความปวดจากพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวด และ (2) เครื่องมือประเมินความปวดจากการ

เปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาและพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวด³ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 เครื่องมือประเมินความปวดจากพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวด³

2.1.1 เครื่องมือประเมินความปวดคอมฟอร์ทบี (COMFORT-B scale)

เครื่องมือประเมินความปวดนี้เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับใช้ประเมินความปวดในเด็กช่วงวัย 0-3 ปี เป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านพฤติกรรมความปวด 6 ด้าน คือ 1) ความตื่นตัว (alertness) 2) ความสงบ/ กระสับกระส่าย (calmness-agitation) 3) การตอบสนองต่อการหายใจ (respiratory response ใช้ประเมินสำหรับเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ), การร้องไห้ (crying ใช้ประเมินสำหรับเด็กที่หายใจเอง) 4) การเคลื่อนไหว (physical movement) 5) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) และ 6) ความตึงตัวของใบหน้า (facial tension)

การให้คะแนนของเครื่องมือนี้ แต่ละตัวชี้วัดจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน การประเมินคะแนนที่ได้จะมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-30 คะแนน และจุดตัดความปวด (cut of scores) ที่ต้องมีการพิจารณาให้ยาแก้ปวดคือ ตั้งแต่ 17 คะแนนเป็นต้นไป

2.1.2 เครื่องมือประเมินความปวดแฟลค (FLACC scale)

เครื่องมือประเมินความปวดนี้เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับใช้ประเมินความปวดในเด็กช่วงวัย 0-7 ปี เป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านการแสดงออก 5 ด้าน คือ 1) ใบหน้า (face) 2) ขา (legs) 3) กิจกรรม/การเคลื่อนไหว (Activity) 4) การร้องไห้ (Crying) และ 5) การปลอบโยน (Consolability)

การให้คะแนนของเครื่องมือนี้ แต่ละตัวชี้วัดจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน การประเมินคะแนนที่ได้จะมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน และจุดตัดความปวด (cut of scores) ที่ต้องมีการพิจารณาให้ยาแก้ปวดคือ ตั้งแต่ 4 คะแนนเป็นต้นไป

2.1.3 เครื่องมือประเมินความปวดแฟลคฉบับปรับปรุง (The modified FLACC scale)

เครื่องมือประเมินความปวดนี้เป็นเครื่องมือที่มีการพัฒนามาจากเครื่องมือประเมินความปวดแฟลค (FLACC scale) เนื่องจากเครื่องมือประเมินความปวดแฟลค

(FLACC scale) เดิมนั้นพบว่าตัวชี้วัดด้านการร้องไห้ (Crying) มีผลทำให้ความสัมพันธ์ของความสอดคล้องภายในของเครื่องมืออยู่ในระดับต่ำเมื่อนำไปใช้ประเมินความปวดในเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดแฟลคฉบับปรับปรุง (The modified FLACC scale) โดยมีการเพิ่มตัวชี้วัดด้านการแสดงออกทางสีหน้า (cry face/ facial expression) แทนตัวชี้วัดด้านการร้องไห้ (crying) เมื่อต้องใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ จึงเห็นได้ว่าเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้มีตัวชี้วัดด้านพฤติกรรมแสดงออก 5 ด้าน ดังนี้ 1) ใบหน้า (face) 2) ขา (legs) 3) กิจกรรม/การเคลื่อนไหว (Activity) 4) การแสดงออกทางสีหน้าของการร้องไห้ โดยที่สีหน้า cry face/ facial expression ใช้เมื่อประเมินเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนการร้องไห้ (Crying) ใช้เมื่อประเมินเด็กที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ 5) การปลอบโยน (Consolability)

การให้คะแนนของเครื่องมือนี้ แต่ละตัวชี้วัดจะมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน การประเมินคะแนนที่ได้จะมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน และจุดตัดความปวด (cut of scores) ที่ต้องมีการพิจารณาให้ยาแก้ปวดคือ ตั้งแต่ 4 คะแนน เป็นต้นไป รายละเอียดความหมายของระดับคะแนนดังนี้ความปวด 0-3 คะแนน คือ ไม่มีความปวด/ปวดเล็กน้อย ความปวด 4-7 คะแนน คือ ปวดปานกลาง และ ความปวด 8-10 คะแนน คือ ปวดมาก³

2.2 เครื่องมือประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาและพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวด³

2.2.1 เครื่องมือประเมินความปวด The Cardiac Analgesic Assessment Scale (CAAS)

เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสำหรับประเมินความปวดในเด็กช่วงอายุ 0-16 ปีภายหลังการผ่าตัดหัวใจ ที่ถูกจำกัดการสื่อสารด้วยท่อช่วยหายใจและได้รับยาระงับปวด รวมทั้งยาคลายกล้ามเนื้อ เครื่องมือนี้ประกอบด้วยตัวชี้วัด 2 ด้านคือ ตัวชี้วัดด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ขนาดรูม่านตา (pupil size) อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) ความดันโลหิต (blood pressure) และการตอบสนองต่อการหายใจ (respiratory response) ส่วนตัวชี้วัดด้านพฤติกรรมมีเพียงด้านเดียวคือ การเคลื่อนไหว (motor tone/ gross motor movement)

การให้คะแนนของเครื่องมือนี้ คะแนนแต่ละรายการจะมีระดับค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุดคือ 0 คะแนน ถึงคะแนนรวมสูงสุดคือ 8 คะแนน จุดตัดความปวด (cut of scores) ที่ต้องมีการพิจารณาให้ยาแก้ปวดคือตั้งแต่ 4 คะแนนเป็นต้นไป โดยมีรายละเอียดความหมายของระดับคะแนนดังนี้

ความปวด 0-3 คะแนน คือ ไม่มีความปวด/ปวดเล็กน้อย
ความปวด 4-8 คะแนน คือ มีความปวด

2.2.2 เครื่องมือประเมินความปวด The Multidimensional Assessment of Pain Scale-Revised (MAPS-Revised)

เครื่องมือประเมินความปวดนี้เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสำหรับประเมินความปวดในเด็กช่วงอายุ 0-36 เดือน ภายหลังการผ่าตัดหัวใจ ทั้งที่ใส่และไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องมือนี้ประกอบด้วยตัวชี้วัด 2 ด้านคือ ตัวชี้วัดด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและด้านพฤติกรรมการแสดงอาการปวด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ อัตราการเต้นหัวใจและ/หรือความดันโลหิต (heart rate and/or BP), แบบแผนการหายใจ (breathing pattern), การแสดงออกทางใบหน้า (facial expression), การเคลื่อนไหวของร่างกาย (body movement) และภาวะการตื่นปลุกตื่น (state of arousal)

การให้คะแนนของเครื่องมือนี้ คะแนนแต่ละรายการจะมีระดับค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุดคือ 0 คะแนน ถึงคะแนนรวมสูงสุดคือ 10 คะแนน จุดตัดความปวด (cut of scores) ที่ต้องมีการพิจารณาให้ยาแก้ปวดคือตั้งแต่ 4 คะแนนเป็นต้นไป โดยมีรายละเอียดความหมายของระดับคะแนนดังนี้ ความปวด 0 คะแนน คือ ไม่มีความปวดและความปวด 10 คะแนน คือ มีความปวดมากที่สุด

IV. การจัดการความปวดแบบเฉียบพลัน

การจัดการความปวดแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ การจัดการความปวดแบบใช้ยา และการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา โดยในเด็กที่เข้ารับการผ่าตัด ในช่วงวันแรกหลังผ่าตัดจะมีความปวดมากและลดลงตามลำดับ ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด ดังนั้นในช่วงแรกการจัดการความปวดมักเป็นรูปแบบของการใช้ยาเป็นหลัก หลังจากนั้นอาจเลือกใช้วิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา หรือใช้ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาร่วมกันก็ได้

1. การจัดการความปวดแบบใช้ยา (pharmacologic pain management)

ยาที่นิยมใช้ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดมีหลายกลุ่ม ได้แก่ ยาระงับปวดกลุ่มยาเสพติดโอปิออยด์ (opioids), ยาต้านการอักเสบกลุ่มไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) ที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ลดไข้ และลดปวด นอกจากนั้นคือยาในกลุ่มอื่นๆ ที่นิยมให้เพื่อระงับความปวด ได้แก่ ยาชาเฉพาะที่ ใช้เพื่อให้อาการปวดและความรู้สึกในบริเวณที่ไม่ต้องการให้เกิดความเจ็บปวด และยาที่ออกฤทธิ์กดประสาท หรือให้อาการปวดความรู้สึกผ่อนคลายให้ผู้ป่วยสามารถหลับพักได้ เช่น ยาในกลุ่มมิดาโซแลม (midazolam) นิยมใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่อยู่ในระยะวิกฤติที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ¹³ ซึ่งการจัดการความปวดแบบใช้ยา การเลือกชนิดของยาที่ใช้จะขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์ บทบาทของพยาบาลในการจัดการความปวดวิธีนี้คือ การประเมินระดับความปวดของผู้ป่วย การบริหารยาตามแผนการรักษา และการสังเกตอาการของผู้ป่วยภายหลังได้รับยาแต่ละชนิด ในที่นี้จึงขอกล่าวถึงเฉพาะยาระงับปวดในกลุ่มยาเสพติดหรือโอปิออยด์เกี่ยวกับชนิดของยาที่นิยมใช้ในเด็ก และการบริหารยา ดังนี้

1.1 ชนิดของยาระงับปวดในกลุ่มยาเสพติดหรือโอปิออยด์ที่นิยมใช้ในเด็กหลังผ่าตัด

ยามอร์ฟีน (morphine) เป็นยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่สกัดได้จากฝิ่น ออกฤทธิ์ในการลดปวด นับเป็นยาลดปวดที่มีฤทธิ์แรง ระยะเวลาออกฤทธิ์ 3-5 นาที ระยะเวลาในการควบคุมความปวด 2-3 ชั่วโมงขนาดที่เหมาะสมคือ 0.05 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำได้ทุก 2-4 ชั่วโมง หรือหยดเข้าหลอดเลือดดำต่อเนื่องขนาด 5-15 ไมโครกรัม/น้ำหนักตัว(กิโลกรัม)/ชั่วโมงในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 1 ปี และขนาด 10-30 ไมโครกรัม/น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)/ชั่วโมง ในเด็กอายุมากกว่า 1 ปี ยานี้นอกจากจะออกฤทธิ์ลดปวดแล้วยังทำให้เกิดอาการเคลิ้ม ง่วงนอน ไม่รู้สึกตัว กดการหายใจ ยับยั้งการทำงานของศูนย์ควบคุมการไอ ลดการทำงานของลำไส้ เพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบ มีผลทำให้เกิดการคั่งของปัสสาวะ การอาเจียน และรูม่านตาเล็กลง จากการออกฤทธิ์ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ การสังเกตอาการหลังให้ยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการให้ยาในเด็กอายุต่ำกว่า

1 ปี ที่เด็กจะมีความไวต่อยาแต่กระบวนการทำลายยาจะใช้เวลานาน

ยาเฟนทานิล (fentanyl) เป็นยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่ได้จากการสังเคราะห์ ออกฤทธิ์เร็วและแรงกว่ายา morphine ระยะเวลาออกฤทธิ์ 5-10 นาที ระยะเวลาในการควบคุมความปวด 2-4 ชั่วโมง นิยมใช้กับเด็กในทุกช่วงวัย ขนาดที่เหมาะสมคือ 0.5-1 ไมโครกรัม/น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ฉีดเข้าหลอดเลือดดำได้ทุก 0.5-1 ชั่วโมง หรือหยดเข้าหลอดเลือดดำต่อเนื่องขนาด 1-3 ไมโครกรัม/น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)/ชั่วโมง ผลข้างเคียงที่สามารถเกิดขึ้นได้จากยานี้ ได้แก่ การกดการหายใจ มีโอกาสทำให้เกิดการหยุดหายใจ หรือหายใจลดลง กดการทำงานของสมอง ทำให้เกิดอาการง่วงซึม เป็นต้น

1.2 การบริหารยาระงับปวดในกลุ่มยาเสพติดหรือโอปิออยด์

การบริหารยาถือเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ยาเสพติดกลุ่มยาเสพติดหรือโอปิออยด์นั้นเป็นยาที่ให้ผลข้างเคียงความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะการออกฤทธิ์กดการหายใจ ดังนั้นการบริหารยาในกลุ่มนี้แก่ผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการบริหารยาอย่างเคร่งครัด คือ ก่อนให้ยา พยาบาลต้องประเมินระดับความปวดของผู้ป่วย ระดับความง่วงซึม (sedation score) อัตราการหายใจและความเข้มข้นของออกซิเจน (O_2 saturation) แล้วจึงพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนในระยะหลังให้ยา พยาบาลจะต้องมีการประเมินความปวดซ้ำในครึ่งชั่วโมง รวมทั้งประเมินระดับความง่วงซึมใน 15 นาที เพื่อติดตามผลภายหลังการให้ยา

ระดับความง่วงซึมแบ่งเป็นคะแนน ดังนี้ 0 = ตื่น 1 = ตื่นแต่ง่วง 2 = หลับลุกตื่น 3 = หลับลุกตื่นยาก ในผู้ป่วยที่มีระดับความง่วงซึม 0-1 คะแนนถือว่า ปกติ หรือในกรณีประเมินก่อนให้ยา คือสามารถให้ยาได้ตามปกติ ระดับความง่วงซึมมากกว่า 2 คะแนน ถือว่าได้รับยามากเกินขนาดที่เหมาะสม (over Sedative) ต้องมีการรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาในการปรับลดยา รวมทั้งต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน โดยเฉพาะการเตรียมยา naloxone ให้อยู่ในบริเวณที่สามารถหยิบใช้ได้ง่าย ในกรณีที่ผู้ได้รับยามากจนกระทั่งกดการหายใจ

2. การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacologic pain management)

การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา เป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มความสบายให้กับเด็กและจะทำให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย แต่ไม่สามารถนำมาใช้ทดแทนการจัดการความปวดแบบใช้ยาได้ แต่สามารถใช้ร่วมกันจะทำให้ประสิทธิภาพการลดปวดดีขึ้น โดยเทคนิคการจัดการความปวดที่นิยมใช้ในการจัดการความปวดเด็ก¹⁴ มีดังนี้

การให้พ่อแม่อยู่ด้วย (parent presence) ในระยะหลังผ่าตัด การให้พ่อแม่ หรือผู้ที่เลี้ยงดูใกล้ชิดกับเด็กอยู่กับเด็ก จะทำให้เด็กลดความรู้สึกหวาดกลัว เด็กจะเกิดความรู้สึกมั่นใจ อ่อนโยนมากขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและอยู่ในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย นอกจากนั้นพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กมักมีวิธีการเฉพาะที่จะใช้ในการจัดการเมื่อเด็กเกิดความเจ็บปวดที่เฉพาะบุคคล เช่น การเสกมนต์หรือเป่าที่เจ็บ/ปวดให้หาย การกอด การจับมือ การพูดปลอบโยน การเล่านิทาน การเปิดเพลงหรือดนตรีที่เด็กชอบ การชวนเล่นเกม หรือการนำตุ๊กตาหรือผ้าห่มนอนกอด เป็นต้น

การลูบสัมผัสเทคนิคนี้เมื่อนำมาใช้ในเด็ก ผู้ที่จะทำหน้าที่ลูบสัมผัสตัวเด็กควรจะเป็นพ่อแม่ หรือผู้ดูแลใกล้ชิดเด็ก เนื่องจากเด็กจะเกิดความไว้วางใจ ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้คำแนะนำพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กในวิธีการทำที่เหมาะสม โดยมีเทคนิคคือ จัดท่าให้เด็กนอนในท่าทางที่สบาย ใช้ฝ่ามือหรือปลายนิ้วลูบผิวหนังเด็กเบาๆ เป็นจังหวะช้าๆ สม่ำเสมอบริเวณแขน ขา ลำตัว ศีรษะ ผิวหนังรอบแผลผ่าตัด โดยระวังไม่ให้กระทบต่อบาดแผล ให้ลูบเป็นจังหวะช้าๆ 20 ครั้ง สลับไปมานาน 2 นาทีหรือเท่าที่เด็กต้องการ ส่วนในกรณีที่เด็กแสดงอาการปวดจากบาดแผลหรือเกิดความปวดจากการทำหัตถการ การบีบมือหรือจับมือเบาๆ จะช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

การจัดท่าและการจัดสิ่งแวดล้อมส่งเสริมการพักผ่อน การจัดท่านอนหลังผ่าตัดใช้หลักการคือ การจัดท่าให้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณที่ผ่าตัด ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย เช่น การผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ควรจัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30-45 องศา งอเข่าเล็กน้อย นอกจากนั้นจะต้องมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความสงบ ลดความถี่ในการรบกวนเด็กเพื่อทำหัตถการหรือกิจกรรมที่ไม่จำเป็น ลดแสง เสียงในบริเวณใกล้เคียงผู้ป่วย เนื่องจาก

การนอนหลับพักผ่อนในระยะหลังผ่าตัดจะช่วยลดการเคลื่อนไหวและการใช้ออกซิเจน ทำให้ลดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้

5) บทบาทพยาบาลในการให้ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลเพื่อมีส่วนร่วมในการประเมินและจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันในเด็กที่เข้ารับการผ่าตัด

การพยาบาลเพื่อประเมินและจัดการความปวดในเด็กจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ เด็ก ผู้ดูแล พยาบาล และสิ่งแวดล้อม³ เหล่านี้ถือเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการพยาบาลเด็กดังนี้

เด็ก เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความปวดโดยตรงและเป็นผู้ที่รับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความปวดที่เกิดขึ้น เป็นองค์ประกอบที่ถือเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดรูปแบบการพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความปวดที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวด แต่การสื่อสารถึงความปวดหรือการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวดในเด็กยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น อายุ พัฒนาการ โรคที่เด็กเจ็บป่วยหรือลักษณะการผ่าตัด ระดับความรู้สึกตัว และประสบการณ์ความปวดที่เคยได้รับ ดังนั้นในเด็กเล็กที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารจึงสามารถดูความรุนแรงของความปวดที่เกิดขึ้นกับเด็กได้จากพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก และการการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกวิธีการจัดการความปวดต้องอาศัยผู้ดูแลที่จะทำหน้าที่เป็นตัวแทนของเด็กในการเลือกวิธีการจัดการความปวด²

ผู้ดูแล เป็นบุคคลที่เด็กไว้วางใจ เป็นบุคคลใกล้ชิดเด็กที่ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัยเมื่อต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเมื่อเด็กเกิดความรู้สึกเจ็บปวด เด็กจะคาดหวังให้ผู้ดูแลช่วยเหลือให้ตนเองหายปวด บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเมื่อเด็กเกิดความรู้สึกเจ็บปวดจากบาดแผลผ่าตัดแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) ส่วนที่เป็นบทบาทของผู้สื่อสารแทนเด็ก เนื่องจากผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกถึงความต้องการหรือความรู้สึกของเด็ก ผู้ดูแลจะมีหน้าที่ประเมินและติดตามระดับความปวดที่เกิดขึ้นและสื่อสารกับพยาบาลเพื่อขอความช่วยเหลือในการจัดการความปวด 2) ส่วนที่เป็นผู้จัดการความปวดแก่เด็ก การจัดการความปวดใน

ที่นี้หมายถึงการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ที่ผู้ดูแลมักจะมีวิธีการหรือเทคนิคต่างๆ ในการปฏิบัติแก่เด็กที่มีความเฉพาะเจาะจง เป็นกลยุทธ์เฉพาะที่ใช้จัดการเมื่อเด็กเกิดความรู้สึกเจ็บปวด แต่การแสดงออกถึงบทบาทของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมสำหรับการประเมินและจัดการความปวดนั้นจะทำได้มากน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ด้วย ไม่ว่าจะเป็น ความวิตกกังวล ความกลัว หรือความเครียดต่อกระบวนการรักษาของเด็ก เป็นต้น ซึ่งการลดปัจจัยรบกวนเหล่านี้สามารถทำได้จากข้อมูลที่ผู้ดูแลได้รับ ดังนั้น การให้ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลจะต้องมีการอธิบายและการฝึกปฏิบัติให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ รวมทั้งผู้ดูแลต้องสามารถตัดสินใจขอความช่วยเหลือหรือแจ้งต่อพยาบาลที่ให้การดูแลเมื่อต้องการอีกด้วย¹⁵

พยาบาล เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการประเมินและจัดการความปวดที่เกิดขึ้น พยาบาลจำเป็นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องมือที่ประเมินความปวดจากพฤติกรรมหรือการแสดงออกที่มักจะใช้ในเด็กที่ยังไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกของตนเองออกมาเป็นคำพูดได้ ก่อนที่จะพิจารณาแนวทางการจัดการความปวด ทั้งนี้หมายถึงการจัดการความปวดแบบใช้ยาที่สอดคล้องตามแนวทางการรักษาของแพทย์และการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่พยาบาลจะต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการจัดการความปวดนี้ด้วย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลจะขึ้นอยู่กับความเต็มใจ ความรู้/ความสามารถของผู้ดูแลเด็กแต่ละรายด้วย ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดของผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดของผู้ดูแล ต่อมาจึงประเมินเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมจัดการความปวดในเด็ก และต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ด้วย ไม่ว่าจะเป็น ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ดูแล รวมทั้งประสบการณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กที่อาจมีเฉพาะหรือแตกต่างกันไปในแต่ละราย แล้วจึงวางแผนการจัดการความปวดที่เหมาะสม โดยให้ผู้ดูแลมีโอกาสเลือกวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเองเป็นหลัก⁵

สิ่งแวดล้อม จัดเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความปวดของเด็ก ไม่ว่าจะเป็น แสง สี เสียง กลิ่น หรือ

บุคคลที่อยู่ล้อมรอบตัวเด็ก ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเงียบสงบ และอากาศถ่ายเทสะดวกจะช่วยให้เด็กสามารถหลับพักผ่อนได้ซึ่งจะทำให้ความปวดลดลงได้ นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยเด็กควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เด็กคุ้นเคยไม่ว่าจะเป็น มุมเล่นหรือนั่งพักผ่อน มีของเล่น หนังสือนิทาน หรือโทรทัศน์ เพื่อให้เด็กเกิดความผ่อนคลายและเกิดความมั่นใจต่อสถานที่ และรู้สึกว่าเป็นสถานที่ปลอดภัย จะช่วยให้เด็กสามารถลดความเครียดที่ถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความปวด⁶

แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับความปวดในเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดจะแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยระยะก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลจะเกี่ยวข้องและรายละเอียดที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลเพื่อนำไปใช้วางแผนในการดูแลเด็กเมื่อมีความปวดเกิดขึ้นหรือความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องกระทำเพื่อช่วยในการจัดการต่อความปวดของเด็ก ส่วนในระยะหลังผ่าตัด ผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวแทนของเด็กเพื่อสื่อสารให้บุคคลอื่นสามารถรับรู้ถึงความปวดที่เกิดขึ้นและเด็กจำเป็นต้องได้รับการจัดการเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวด เนื่องจากมีสายสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับเด็กมีความคุ้นเคยและเข้าถึงความต้องการของเด็ก รวมทั้งมีความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเด็กเมื่อมีความปวดได้ลึกซึ้งมากกว่า¹⁵ โดยการจัดการความปวดนี้หมายถึงรูปแบบการจัดการความปวดแบบใช้ยา หรือแบบไม่ใช้ยา หรือทั้ง 2 ชนิดร่วมกัน โดยที่กิจกรรมต่างๆ ของการจัดการความปวดแบบไม่ใช้นั้น จะเป็นส่วนที่ผู้ดูแลสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดอย่างชัดเจน ดังนั้นพยาบาลที่มีหน้าที่ในการให้ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ต้องมีการให้ข้อมูลที่น่าสนใจ¹¹ มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ดูแลจัดการความปวดของเด็กในสถานการณ์จริงได้ ถ้าหากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดของเด็กและมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดของเด็กจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจมากกว่าการที่ให้นุคลากรแพทย์ พยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่จัดการความปวดเด็กเพียงฝ่ายเดียว²

ตัวอย่างรูปแบบการให้ข้อมูลผู้ดูแลจะเห็นได้จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจที่มีต่อ

พฤติกรรมการจัดการความปวดของครอบครัว¹⁶ โดยมีการแบ่งกระบวนการให้ข้อมูลเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เป็นช่วงของการให้โปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด มีการให้รับชมวิดีโอทัศนการณ์ฝึกทักษะด้านการประเมินและรายงานความปวด ขั้นตอนที่ 2 การให้รับชมวิดีโอทัศนการณ์วิธีป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดและวิธีบรรเทาความปวด ขั้นตอนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมจัดการความปวดในแต่ละด้านประกอบด้วย การประเมินและรายงานความปวด วิธีป้องกัน สิ่งกระตุ้นความปวด และวิธีบรรเทาความปวด โดยผลการศึกษาพบว่าครอบครัวที่ได้รับการเตรียมความพร้อมมีคะแนนพฤติกรรมจัดการความปวดมากกว่าครอบครัวที่ไม่ได้รับการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด หรือจากการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กเล็กโรคทางตา หู คอ จมูก¹⁷ ที่กล่าวถึงรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการประเมินความปวดและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด วิธีการช่วยจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ โดยการใช้เครื่องมือที่ช่วยในการเบี่ยงเบนความสนใจในเด็ก ซึ่งเหล่านี้จะเป็นข้อมูลที่พยาบาลให้แก่ผู้ดูแลตั้งแต่วันที่รับเด็กเพื่อเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลเพื่อรอการผ่าตัด ผลการศึกษารูปแบบการให้ข้อมูลเช่นนี้พบว่าทำให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดได้ระยะหลังผ่าตัดมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในการที่เด็กเข้ารับการผ่าตัด เด็กบางรายจะยังคงมีความปวดที่บริเวณผ่าตัดอยู่ถึงแม้แพทย์จะให้มีการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ดังนั้นการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมการจำหน่ายเรื่องการจัดการความปวดต่อเนืองที่บ้านก็มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องประเมินความปวดของเด็กให้ได้ด้วยตนเอง ก่อนที่จะพิจารณาเลือกวิธีการจัดการความปวด ผู้ดูแลเด็กจะต้องได้รับการอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของเครื่องมือการประเมินความปวดที่จะนำไปใช้ในการประเมินความปวด และต้องได้รับการสาธิต และให้ได้มีการทดลองใช้ในการประเมินความปวดของเด็กจริงก่อนที่จะมีการจำหน่ายจากโรงพยาบาล การให้ข้อมูลรายละเอียดของยาลดปวดที่เด็กจะได้รับเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจะต้องมี การระบุขนาดยา วิธีการใช้ยาอย่างละเอียด โดยใช้ภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องสามารถตัดสินใจในการขอความช่วยเหลือ หรือแจ้งต่อ

พยาบาลที่ให้การดูแล ในกรณีที่ไม่สามารถจัดการต่อความปวดที่เกิดขึ้นกับเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน หรือผู้ดูแลต้องให้หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้กับทีมสุขภาพที่ให้การรักษา(พยาบาล) เพื่อให้ติดตามอาการเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านอีกด้วย¹⁵

สรุป

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวดที่ถือว่าน่าเชื่อถือและมีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ วิธีการที่让孩子มีการรายงานระดับความรู้สึกปวดด้วยตนเอง (Self-report) แต่จะมีข้อจำกัดสำหรับการประเมินความปวดในเด็กเล็ก (อายุต่ำกว่า 5 ปี) ที่ยังไม่สามารถพูดสื่อสารความรู้สึกของตนเองเป็นคำพูดได้ ดังนั้นในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพในเด็กแต่ละช่วงวัยนั้น จำเป็นจะต้องมีรูปแบบหรือวิธีการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการเลือกเครื่องมือประเมินความปวดจากพฤติกรรม การตอบสนองต่อความปวดสำหรับเด็กหลังผ่าตัดที่ตื่นรู้สึกตัวดี สามารถตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ อย่างเป็นปกติ แต่ในเด็กหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกหรือต้องใส่เครื่องช่วยหายใจนั้น พฤติกรรม การตอบสนองต่อความปวดจะไม่ใช่ชัดเจนนัก ดังนั้นควรเลือกเครื่องมือประเมินความปวดจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ร่วมกับพฤติกรรม การตอบสนองต่อความปวดจะทำให้การประเมินความปวดมีประสิทธิภาพมากกว่า โดยการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดแต่ละชนิด พยาบาลจะต้องมีความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายที่เป็นตัวชี้วัดแต่ละองค์ประกอบที่ใช้ในการประเมินความปวด รวมทั้งขั้นตอนการประเมิน การให้คะแนน เจือ้นไขหรือข้อจำกัดในการเลือกใช้เครื่องมือแต่ละชนิดเสมอ เพื่อให้การวางแผนการพยาบาล การประเมินและจัดการความปวดในเด็กได้³ และต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลเด็กด้วย ดังนั้นพยาบาลที่มีหน้าที่ในการดูแลเด็กที่ได้รับการผ่าตัด ควรต้องให้ความสำคัญกับวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินความปวด เช่นเดียวกับตนเอง รวมทั้งการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ร่วมกับวิธีการจัดการความปวดของพยาบาล จึงจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการความปวดในเด็กมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด. กรุงเทพฯ: สมาคมการศึกษา; 2554.
2. ปิยศักดิ์ วิทยาบูรณานนท์, หฤทัย โชติสุขรัตน์. ความปวดในเด็ก. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2559; 60(2): 135-145.
3. วันธนี วิรุฬห์พานิช. การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในเด็กที่ได้รับผ่าตัดและถูกจำกัดการสื่อสารด้วยท่อช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2561.
4. พันธมนัส ปัตตังทานัง. ผลของนวัตกรรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่เข้ารับการผ่าตัดแก้ไขเพดานโหว่ [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
5. ดาราวรรณ อักษรวรรณ, พันธมนัส ปัตตังทานัง, กฤษณา พิขุนทด, พลากร สุรกุลประภา. ความปวดหลังผ่าตัดผู้ป่วยเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. J Med Assoc Thai 2011; 94(6): 118-123.
6. International Association for the Study of Pain. Pain terminology [Internet]. 1979 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <http://www.iasp-pain.org>
7. McCaffery M. Pain: clinical manual for nursing practice. St. Louis: Mosby; 1989.
8. American Pain Society. The assessment and management of acute pain in infants, children and adolescents [Internet]. 2011 [cited 2021 May 15]. Available from: <http://www.ampainsoc.org/advocacy/pediatric>.
9. Vittinghoff M, Lönngqvist PA., Mossetti V, Heschl S, Simic D, Colovic Vesna, et al. Postoperative pain management in children: Guidance from the pain committee of the European Society for Paediatric anaesthesiology. Paediatr Anaesth 2018; 28(6): 493-506.

10. ดารุณี จงอุดมการณ์. ปวดในเด็ก: การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.

11. เจือกุล อโนธารมณ. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันอาการปวดจากการผ่าตัด. ว.พยาบาลศาสตร์. 2550; 25(1): 14-23.

12. Ricci SS. Essentials of maternity, newborn, & women's health nursing. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

13. Gai N, Naser B, Hanley J, Peliowski A, Hayes J, Aoyama K. A practical guide to acute pain management in children. Journal of Anesthesia 2020; 24(3): 421-433.

14. Bergomi P, Scudeller L, Pintaldi S, Dal MA. Efficacy of non-pharmacological methods of pain management in children undergoing venipuncture in a pediatric outpatient clinic: a randomized controlled trial of audiovisual distraction and external cold and vibration. Journal of Pediatric Nursing 2018; 42: 66-72.

15. He H, Zhu L, Chan W, Xiao C, Klainin-Yobas P, Wang W, et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of an educational intervention on outcomes of parents and their children undergoing inpatient elective surgery. Journal of Advanced Nursing 2015; 71(3): 665-675.

16. จริยา ชัยจันทร์. ผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจต่อพฤติกรรมจัดการความปวดของครอบครัว [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

17. ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์, ณัฐสุตา เสมทรัพย์. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กเล็กโรคทางตา หู คอ จมูก. ว.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 2556; 29 (1): 96-109.