การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

Development and Evaluation of a Clinical Nursing Practice Guideline for Postoperative Pain Management in Children Age 1 Month – 5 Years

สุธิดา ไชยสงคราม

Suthida Chaisongkram

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Pediatric Nursing)
Prince of Songkla University
2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

ผู้เขียน นางสาวสุธิดา ไชยสงคราม

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์. ดร. วันธณี วิรุฬห์พานิช)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์. ดร.ทัศนีย์ นะแส)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันธณี วิรุฬห์พานิช)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์. ดร.บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์)

.....กรรมการ

(นายแพทย์ ณรงค์ศักดิ์ นาขวัญ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่าผลงานนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ…….....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันธณี วิรุฬห์พานิช)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ……..
(นางสาวสุธิดา ไชยสงคราม)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นอนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....
(นางสาวสุธิดา ไชยสงคราม)
นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

ผู้เขียน นางสาวสุธิดา ไชยสงคราม

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)

ปีการศึกษา 2557

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยใช้แนวทางขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์และจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานตามเกณฑ์ของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ 12 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก จำนวน 15 ราย ทำการทดลองโดยนำแนวปฏิบัติพยาบาล ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 14 ราย เครื่องมือดำเนินการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี (2) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติและ (4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการจัดการความปวด ผลการวิจัยพบว่า

1. แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี ประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติ คือ (1) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัด (3) การจัดการความปวดโดยการใช้ยา (4) การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา และ (5) การติดตามและบันทึกการจัดการความปวด

2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.18, SD = 0.37)

3. ความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.27, SD = 0.45)

4. ความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี อยู่ในระดับสูง (M = 4.35, SD = 0.49)

5. จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาล จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 85.60

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ พยาบาลและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาล

Thesis Title Development and Evaluation of a Clinical Nursing Practice Guideline for Postoperative Pain Management in Children Age 1 Month – 5 Years

Author Miss Suthida Chaisongkram

Major Program Nursing Science (Pediatric Nursing)

Academic Year 2014

ABTRACT

The aims of this study were to develop the clinical practice guidelines for postoperative pain management in children age 1 month – 5 years and to evaluate its outcomes at the pediatric surgery ward, Songklanagarind Hospital. The processes of developing the clinical nursing practice guideline, assessing the level and quality of evidence, and grading the recommendation criteria were conducted according to the National Health and Medical Research Council (NHMRC) . The clinical nursing practice guideline for postoperative pain management in children age 1 month – 5 years included three phases and twelve steps. The samples consisted of 15 registered nurses working at the pediatric surgery ward who implemented the clinical practice guidelines for postoperative pain management in 14 children age 1 month – 5 years post-surgery. The research instruments were validated by 3 experts. They comprised 1) the clinical nursing practice guideline for postoperative pain management in children age 1 month - 5 years, 2 the feasibility of guideline implementation questionnaire, 3) the nurses's satisfaction with using the clinical nursing practice guideline questionnaire, and 4) The parents's satisfaction with the pain management questionnaire. The results were as follow:

1. The clinical nursing practice guideline for postoperative pain management in children age 1 month – 5 years had five components 1) the preparation before surgery, 2) postoperative pain assessment, 3) pharmacological pain management, 4) non-pharmacological pain management, and 5) pain follow up and documentation.

2. The feasibility of the clinical nursing practice guideline implementation for postoperative pain management in children age 1 month – 5 years was high ($M = 4.18$, $SD = 0.37$)

3. The nurses's satisfaction after implementing the clinical nursing practice guideline for postoperative pain management in children age 1 month – 5 years was high ($M = 4.27$, $SD = 0.45$)

4. The parents's satisfaction after implementation the clinical nursing practice guideline for postoperative pain management in children age 1 month – 5 years was high ($M = 4.35$, $SD = 0.49$)

5. Twelve children (85.60%) had the level of pain at 24 hours (score = 0) less than the cut-of-point of 4 after using the clinical nursing practice guideline for postoperative pain management in children age 1 month – 5 years.

The finding shows that the clinical nursing practice guideline for postoperative pain management in children age 1 month – 5 years developed in the study is practical and useful for managing pain. In addition, nurses and parents are satisfied with using the clinical nursing practice guideline for postoperative pain management in children age 1 month – 5 years.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือที่ดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันธณี วิรุฬห์พานิช และรองศาสตราจารย์ ดร.บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและแนวคิด ตลอดจนคอยตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขจุดบกพร่องด้วยดีมาตลอด และยังคอยให้กำลังใจจนผู้วิจัยสามารถทำการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณทีมพัฒนางานวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษา คอยให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก ตลอดจนพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กทุกท่านที่คอยให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาต่อ และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนในการสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายขอขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ สามี ลูกชาย พี่ๆน้องๆ เพื่อนๆ ทุกท่านที่สนับสนุนโอกาสคอยห่วงใย เป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา และท้ายที่สุดกำลังใจจากพี่ๆ เพื่อนๆ ร่วมชั้นปีที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมาให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ขอคุณงามความดีและประโยชน์แห่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มอบแด่บุพการี คณาจารย์และผู้มีส่วนร่วม ทุกท่าน

สุธิดา ไชยสงคราม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(15)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิด.....	7
นิยามศัพท์.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับความปวด.....	12
การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี.....	14
ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็ก.....	15
การผ่าตัดและผลกระทบความปวดหลังผ่าตัด.....	17
การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี.....	19
การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด.....	19
การประเมินความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี.....	20
การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยาในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี.....	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยาในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี……..	31
การบันทึกและการติดตามประเมินผลความปวดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี…….	34
การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี…….	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย……..	45
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย…….	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย……...	46
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ……	49
ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล……...	49
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง…….....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล……	56
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล……..	58
ผลการวิจัย……	59
การอภิปรายผล…….	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ……..	82
สรุปผลการวิจัย…….	83
ข้อจำกัดการวิจัย……	84
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้…….	84
เอกสารอ้างอิง…….....	86
ภาคผนวก……...	100
ก แนวปฏิบัติพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี…….....	101
ข คู่มือการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด……...	131
ค พาวเวอร์พอยท์การจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด……..	148

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล…….. 160

จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ……..... 171

ฉ ใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้มีส่วนร่วมการวิจัย……. 178

ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย……..... 181

ประวัติผู้เขียน……... 182

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี……..	62
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล…….	66
3	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีที่ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีในเรื่อง เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ประวัติการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด และชนิดยาสลบที่ได้รับ……	67
4	ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน- 5 ปีหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลในเรื่องอายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีความปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ดูแล และจำนวนครั้งของวิธีการจัดการความปวด วิธีการจัดการความปวดขณะเด็กอยู่ที่บ้าน ประวัติการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด……...	69
5	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนความเป็นไปได้โดยรวมรายด้านและรายข้อของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีไปใช้ …….	71
6	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจโดยรวมและรายข้อของพยาบาลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี……...	73
7	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจโดยรวมและรายข้อของผู้ดูแลต่อการจัดการความปวดภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี……..	74

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
8	จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดจากการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี……...	75
จ1	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเป็นไปของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีไปใช้…….	172
จ2	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี……...	175
จ3	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี……...	176

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี……...	9
2	เปรียบเทียบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง5 ปี …….	38
3	การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด……...……..	127
4	การประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี….	128

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อได้รับการกระตุ้นเส้นประสาทรับความรู้สึกปวดบริเวณที่ทำการผ่าตัดโดยตรง ส่งผลให้เกิดการอักเสบ และมีการหลั่งสารเคมีหลายชนิดออกมาจากเซลล์ ซึ่งสารเคมีเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดความปวดอย่างรุนแรง (Elsa & Maureen, 2011) การผ่าตัดใหญ่ (major surgery) จะก่อให้เกิดความปวดรุนแรง ทำให้เด็กเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงหรือนอนเกร็งตัวอยู่ท่าเดียวไม่กล้าขยับเขยื้อนหรือพลิกตะแคงตัวจนอาจเกิดการคั่งค้างของเสมหะ ทำให้ปอดอักเสบหรือปอดแฟบได้ อาจมีอาการท้องอืด สาเหตุเกิดจากการสัมผัสอวัยวะภายในช่องท้องขณะผ่าตัดและผลข้างเคียงของยาสลบทั่วร่างกาย ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดน้อยลงหรือหยุดทำงาน จนเกิดการสะสมของแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้ (Gehdoo, 2004; Smelter & Bare, 2004) นอกจากนี้ความปวดส่งผลให้เด็กเกิดความกลัว การปรับตัวเข้ากับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมลดลง มีปฏิกิริยาถอยหนี แสดงอาการขัดขืนและแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนไป (จรัสศรีและคณะ, 2547) ถ้าหากเด็กได้รับความปวดซ้ำหลายๆ ครั้งและไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม หรือถูกละเลยไป จะส่งผลให้เด็กมีความทนต่อความปวดลดลง มีพฤติกรรมก้าวร้าว การรับรู้และความไวต่อความปวดสูงเมื่อเด็กโตหรืออยู่ในวัยผู้ใหญ่ (Jacob, 2011)

การจัดการความปวดที่ถูกต้องเหมาะสม พยาบาลจะต้องประเมินระดับความปวดที่ผู้ป่วยปวดจริงให้ได้ค่าใกล้เคียงที่สุด อย่างไรก็ตามการประเมินความปวดหลังผ่าตัดในเด็กเล็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีให้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงตามการรับรู้ของเด็กเป็นเรื่องยากและท้าทาย เนื่องจากพัฒนาการด้านการสื่อสาร ความคิด และสติปัญญายังพัฒนาไม่เต็มที่ เด็กเล็กจึงไม่สามารถรายงานความปวดด้วยตนเองรวมถึงการบอกตำแหน่งและความรุนแรงของความปวดที่เกิดขึ้นได้ แต่จะแสดงพฤติกรรมออกมาให้ผู้อื่นได้รับรู้ว่ามีความปวด ดังนั้นในช่วงวัยนี้มักถูกละเลยจากการบรรเทาความปวดที่ควรจะได้รับ (Jacob, 2011) จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่นักวิจัยได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการแสดงออกถึงความปวดที่หลากหลายชนิดเพื่อให้เหมาะสมกับวัยและพัฒนาการของเด็กเพื่อให้สามารถประเมินความปวดได้ตรงกับความเป็นจริงที่เด็กปวดมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของนักวิจัยได้เสนอแนะ เครื่องมือประเมินการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน (Face, Legs,

Activity, Cry, Consolability: FLACC scale) สำหรับประเมินความปวดหลังผ่าตัดในเด็ก (Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, & Malviya, 1997) เป็นเครื่องมือแรกในการประเมินความปวดเด็กหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล เนื่องจากง่ายต่อการนำมาใช้ สะดวกรวดเร็ว ใช้เวลาประเมินน้อย ประเมินความปวดหลังการจัดการความปวดทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา นอกจากนี้เครื่องมือนี้มีองค์ประกอบในส่วนของการปลอบโยน (consolability) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินความปวดในเด็กหลังผ่าตัดที่มีระยะเวลาของความปวดยาวนานกว่าความปวดจากการทำหัตถการที่มีความปวดในช่วงสั้นๆ (Von Baeyer & Spagrud, 2007)

การเลือกเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมและถูกต้องมาประเมินความปวดในเด็กจะได้ค่าความปวดที่เป็นจริงและตรงกับเด็กที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมกับอายุของเด็กและชนิดความปวด นอกจากนี้พยาบาลส่วนใหญ่นำเครื่องมือประเมินความปวดมาใช้น้อย (Young, Horton, & Davidhizar, 2005) หรือมักใช้ความรู้สึกของตัวเองมาตัดสินระดับความปวดของเด็กมากกว่าใช้เครื่องมือประเมินความปวด และพยาบาลมีการให้คะแนนความปวดที่แตกต่างกัน (Wiroonpanich & Strickland, 2004) ดังนั้นการประเมินความปวดจำเป็นต้องใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่ได้มาตรฐานและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถวัดระดับความปวดได้ใกล้เคียงกับที่เด็กปวดจริง มีความเหมาะสมกับวัยพัฒนาการของเด็ก มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและความคุ้นเคยของผู้ใช้เครื่องมือประเมินความปวดเพื่อความแม่นยำและรวดเร็วในการประเมินความปวดของเด็ก ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการความปวดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การจัดการความปวดในเด็กอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ คือการจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งการให้ยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่สามารถลดความปวดได้ทันท่วงที การจัดการความปวดโดยการใช้ยามักปฏิบัติตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยกำหนดการบริหารยาตามความรุนแรงของความปวดตามลำดับขั้นบันไดความปวดหลังผ่าตัดซึ่งเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันมีข้อแนะนำให้ใช้การให้ยาโดยบันไดขั้นสูงสุดลงมาสู่ขั้นต่ำสุด (Vargas-Schaffer, 2010) อย่างไรก็ตามการใช้ยาบรรเทาปวดชนิดเสพติดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในเด็กเล็กมากกว่าในเด็กโตและวัยผู้ใหญ่ (Twycross, 2007) ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของยาบรรเทาปวดมีผลทำให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลมีความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยใช้ยาในเด็กไม่ถูกต้อง จากรายงานพบว่า พยาบาลกลัวเด็กติดยาและภาวะกดการหายใจจากการได้ยาลดปวดชนิดเสพติดและการไม่เชื่อว่าเด็กจะมีความปวดเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ (Vincent & Denyes, 2004) ทำให้พยาบาลไม่กล้าให้ยาเด็กส่งผลให้เด็กได้รับยาบรรเทาปวดไม่เพียงพอกับที่เด็กปวดจริงและต้องทุกข์ทรมานกับความปวดที่รุนแรงมากขึ้น หรือได้รับยาขนาดที่น้อยกว่าความต้องการและระยะห่างของการได้รับยานานกว่าที่ควรจะได้ นอกจากนี้พยาบาลบางท่านเชื่อว่าการให้ยาบรรเทาปวดจะบดบังอาการของผู้ป่วย ทำให้รีรอ

ในการให้ยาบรรเทาปวดแก่เด็ก (Jacob & Puntillo, 1999; Walco, Cassidy, & Schechter, 1994) และยังพบว่าเด็กได้รับยาบรรเทาปวดน้อยกว่าผู้ใหญ่ทั้งๆที่มีความปวด เนื่องจากเด็กยังขาดประสบการณ์การสื่อสารให้พยาบาลรู้ว่าตนเองกำลังทุกข์ทรมานกับความปวด และไม่กล้าที่จะร้องขอแก้ปวดจากพยาบาลเนื่องจากกลัวความปวดจากเข็มฉีดยาทำให้เด็กได้รับการรักษาเพื่อลดปวดไม่ถูกต้อง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การจัดการความปวดโดยการใช้ยาในเด็กไม่มีประสิทธิภาพทั้งๆที่การบรรเทาปวดด้วยยาเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาบรรเทาปวดให้ถูกต้อง ซึ่งการมีแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดโดยการใช้ยาจะทำให้พยาบาลมีแนวทางทางปฏิบัติในเรื่องขนาดและวิธีการให้ยาตามความรุนแรงของความปวด ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา และอาการข้างเคียงของยาบรรเทาปวดได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง

การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยาเป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีรายงานว่าสามารถช่วยบรรเทาปวดในเด็กเมื่อให้ร่วมกับวิธีการบรรเทาปวดโดยการใช้ยา วิธีการนี้เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย สามารถปฏิบัติได้ง่าย ใช้เวลาเพียงเล็กน้อย ทำให้สามารถลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวด และอาการข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด สามารถช่วยให้เด็กมีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่ดี ช่วยลดความเครียดและการแสดงออกของพฤติกรรมความปวดในเด็ก ทำให้เด็กได้รับความสุขสบาย ผ่อนคลาย สามารถควบคุม และเผชิญความปวดได้ (Polkki, Vehvilainen-Julkunen, & Pietila, 2001) จากรายงานการวิจัยการจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันโดยการไม่ใช้ยาจากการทำหัตถการต่างๆ ในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี พบว่าวิธีการบรรเทาความปวดที่สามารถลดความปวดในเด็กวัยนี้คือการได้อยู่กับคนใกล้ชิด การลูบสัมผัส การอุ้มกอด ปลอบโยน (Felt et al., 2000; Sparks, Setlik, & Luhman, 2007) การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการเล่น การเล่านิทาน การดูการ์ตูน (Cohen et al., 2006; MacLaren, & Cohen, 2005; Mason, Johnson, & Woolley, 1999) อย่างไรก็ตามมีรายงานวิจัยพบว่าพยาบาลนำการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยามาใช้ในเด็กน้อยมากและพยาบาลนิยมใช้วิธีบรรเทาปวดโดยการใช้ยาเป็นส่วนใหญ่ (จรัสศรีและคณะ, 2547) เนื่องจากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาไม่เพียงพอประกอบกับไม่มีเวลาเพียงพอในการจัดการความปวดโดยวิธีนี้ พยาบาลเป็นผู้ดูแล ประเมินความปวด และเป็นผู้ตัดสินใจในภาพรวมว่าเด็กมีระดับความปวดที่ต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักและเห็นความสำคัญในการนำวิธีการ โดยการไม่ใช้ยามาใช้ร่วมกับการใช้ยา ซึ่งการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถทำได้โดยอิสระโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์เนื่องจากไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ลดการใช้ยาบรรเทาปวดที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่เด็ก และยังก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับเด็กและผู้ปกครอง เพื่อช่วยให้การจัดการความปวดในเด็กให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีการประเมินระดับความปวดเป็นระยะๆ และต้องจัดการความปวดก่อนที่ความปวดจะทวีความรุนแรงมากขึ้นจะทำให้การจัดการความปวดได้ผลดี จึงควรมีการติดตามประเมินระดับความปวดซ้ำเป็นระยะๆ หลังการให้ยาบรรเทาปวดและบันทึกเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นเนื่องจากช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถติดตามผลการรักษาและให้การช่วยเหลือบรรเทาปวดได้ใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น (ภาณีและคณะ, 2549) นอกจากนี้การจัดการความปวดในเด็กต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดและสามารถประเมินความปวดของเด็กได้ดีเนื่องจากผู้ดูแลจะรู้พฤติกรรมการแสดงออกของเด็ก และมีวิธีการช่วยบรรเทาปวดในเด็ก (Wiroonpanich, 2006) ดังนั้นการให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการบรรเทาปวดในเด็กจะทำให้การจัดการความปวดในเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือบรรเทาปวดให้แก่เด็ก แต่จากรายงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดของบุตร (Kain, Mayes, Caldwell-Andrews, Karas, & McClain, 2006) กลัวบุตรเจ็บจนไม่กล้าลูบสัมผัสหรือแตะบริเวณที่ผ่าตัดเนื่องจากกลัวว่าแผลของเด็กจะเกิดการติดเชื้อหรืออักเสบ ทำให้เด็กไม่ได้รับการช่วยบรรเทาความปวดที่ควรจะได้รับจากผู้ดูแล (Wiroonpanich, 2006) เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการบรรเทาด้วยการไม่ใช้ยา และผู้ดูแลบางคนไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยาแก้ปวด อาการข้างเคียงจากยาบรรเทาปวดและกลัวว่าเด็กจะติดยา ทำให้ไม่กล้ารายงานความปวดที่เป็นจริงและบอกเด็กให้อดทนไว้ ทำให้เด็กทุกข์ทรมานจากความปวดหลังผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ดูแลไม่กล้าขอยาบรรเทาปวดให้กับบุตรเนื่องจากเกรงใจพยาบาลที่มีภาระงานมาก (Wiroonpanich, 2006; Zisk, Grey, MacLaren, & Kain, 2007) ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กกลุ่มนี้ไม่มีประสิทธิภาพ (Gimbler-Berglaund, Ljusegren, & Enskar, 2008) ดังนั้นการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแลโดยการให้ข้อมูลการจัดการความปวดในเด็กจึงมีความจำเป็นและสำคัญอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาปวดแก่เด็ก (Kain et al., 2007)

การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีความปวด มีทักษะในการประเมินความปวด การเลือกเครื่องมือประเมินความปวดและมีความรู้ในการจัดการความปวดทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยาเป็นอย่างดี (Vincent, 2005) ซึ่งจะต้องนำความรู้พื้นฐานจากงานวิจัยที่น่าเชื่อถือมาใช้ในการพยาบาลหรือนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัดมีน้อย ส่วนใหญ่สร้างมาเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่หรือตั้งแต่วัยเรียนขึ้นไป จากการสืบค้นพบงานวิจัย 2 เรื่องที่คล้ายคลึงกันกับการศึกษาครั้งนี้ คือ การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 ถึง 6 ปี (ส่องศรี, วิลาวัลย์ และพัชรี, 2552) มีแนวปฏิบัติ 5 ด้าน ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางสุขภาพและให้ฝึกปฏิบัติ การให้ข้อมูลผู้ปกครองและเด็ก การประเมิน

ความปวด การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา และการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ผลของศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัตินี้ไม่มีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ดังนั้นแนวปฏิบัตินี้ยังต้องการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกต่อไป

ส่วนอีกแนวปฏิบัติหนึ่ง คือการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดสำหรับเด็กอายุ 29 วันถึง 15 ปีที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (ชุลีพร, 2552) มีแนวปฏิบัติ 4 ด้าน ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดระยะก่อนผ่าตัดสำหรับพยาบาล การประเมินความปวดหลังผ่าตัดทันที การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา การบันทึกและการติดตามการประเมินหลังผ่าตัด ผลจากการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติการจัดการความปวดสามารถนำมาใช้ได้ ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจ อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัตินี้ประยุกต์ใช้ในหอเด็กที่อยู่ในภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต ต้องการความช่วยเหลือรีบด่วน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ต้องการการรักษาอย่างใกล้ชิดและรวดเร็ว ขั้นตอนในด้านการเตรียมความพร้อมของเด็กและมารดาก่อนทำหัตถการ เช่น การให้ข้อมูลแก่เด็กหรือมารดายังไม่สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้การนำเครื่องมือประเมินความปวดการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน มาใช้ประเมินความปวดในเด็กที่ไม่รู้สึกตัว ซึ่งเครื่องมือนี้ถูกพัฒนามาใช้ในเด็กที่รู้สึกตัวดี และต้องประเมินพฤติกรรมด้านการปลอบโยน ดังนั้นการนำเครื่องมือนี้มาใช้ประเมินกับเด็กที่ไม่รู้สึกตัวจะทำให้คะแนนความปวดที่ได้ไม่ตรงกับที่เด็กปวดจริง แนวปฏิบัติพยาบาลนี้จึงต้องการมีการปรับปรุงให้เหมาะสมอีกต่อไป

การจัดการความปวดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีการทำงานเป็นทีมโดยการจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) ประกอบด้วยทีมกุมารแพทย์ และพยาบาลจากหอผู้ป่วยเด็ก มีการร่วมประชุมเพื่อหาแนวทางในการจัดการความปวดและได้สร้างข้อปฏิบัติการจัดการความปวด แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ 1) กลุ่มความปวดจากหัตถการ (procedure pain) 2) กลุ่มความปวดหลังผ่าตัด (postoperative pain) 3) กลุ่มความปวดในทารก (infant pain) และ 4) กลุ่มความปวดจากมะเร็ง (cancer pain) แนวปฏิบัติเหล่านี้ใช้เป็นแนวทางในการจัดการความปวดในผู้ป่วยทุกประเภทไม่จำเพาะสำหรับช่วงอายุ 1 เดือนถึง 5 ปีที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งเด็กวัย1 เดือนถึง 1 ปีจะแสดงออกทางพฤติกรรมความปวดโดยการร้อง การแตะขา จิกขา เกร็งหรือบิดตัวไปมาไม่สามารถบอกปวดได้ ส่วนเด็กอายุ 1 ปีถึง 5 ปี วัยนี้จะชี้จุดที่ปวดได้แต่ยังไม่สามารถบอกถึงความรุนแรง และชนิดของความปวดได้ (Jacob, 2011)และวัยนี้จะแสดงพฤติกรรมความปวดโดยการแผดเสียงร้อง อาละวาด ผู้ดูแล ปฏิเสธบุคคลอื่น ยกเว้นผู้ดูแลใกล้ชิด ปฏิเสธอาหาร การขับถ่าย ร้องให้ ทุบตีสิ่งขีดขวาง ทิ้งตัวลงนอน ปฏิเสธทุกอย่าง บอกปวดแต่บอกระดับความปวดไม่ได้ โดยจะใช้คำพูดว่าเจ็บ

(Ballweg, 2007) และจากการศึกษาขององค์กรอนามัยโลกได้ให้ความเห็นว่าควรมีการจัดการความปวดในเด็กที่มีความจำเพาะตามช่วงอายุ โดยเฉพาะในเด็กเล็กซึ่งมักจะถูกละเลยและมีความเข้าใจที่ผิดๆในการจัดการความปวด (Kumar, 2007) ร่วมกับการสำรวจปัญหาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก พบว่ามีประเด็นปัญหาหลายประการดังนี้ 1) การให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการให้คำแนะนำในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมีแบบแผนไม่ชัดเจนในส่วนของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา 2) พยาบาลมีการประเมินความปวดแตกต่างกันโดยการให้คะแนนความปวดในแต่ละองค์ประกอบแตกต่างกัน 3) การจัดการความปวดโดยการใช้ยาแบบครั้งคราว (PRN) เมื่อผู้ป่วยขอมีรูปแบบการให้ยาแตกต่างกัน 4) ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ไม่ถูกต้องในการช่วยบรรเทาความปวด

จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี โดยประยุกต์ขั้นตอนตามแนวคิดการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (Nation Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) เนื่องจากมีขั้นตอนการสร้างอย่างสมบูรณ์มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นที่นิยมใช้ในหลายหน่วยงาน มาเป็นแนวทางในการจัดการความปวด เพื่อช่วยให้เกิดการตัดสินใจในการดูแลและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีขั้นตอนบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการพยาบาล บุคลากรทีมพยาบาลมีความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ เกิดการทำงานเป็นทีม ช่วยลดความหลากหลายในการปฏิบัติ ลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ และทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ (อรพรรณ, 2553; NHMRC, 1998) เพื่อให้เกิดการดูแลบรรเทาความปวดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีที่ได้รับการผ่าตัด อย่างมีประสิทธิภาพ มีทิศทางในแนวเดียวกัน ลดภาวะแทรกซ้อนจากความปวดหลังผ่าตัด ทำให้หายจากโรคเร็วขึ้น เป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาลของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2. เพื่อประเมินผลการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2.1 ประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีไปใช้ ด้านความยากง่ายในการปฏิบัติ

ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประโยชน์ของผู้ใช้บริการ

2.2 ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

2.3 ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

2.4 จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดคะแนนความปวด หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี มีองค์ประกอบอะไรบ้าง

2. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีไปใช้ อยู่ในระดับใด

3. ความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีอยู่ในระดับใด

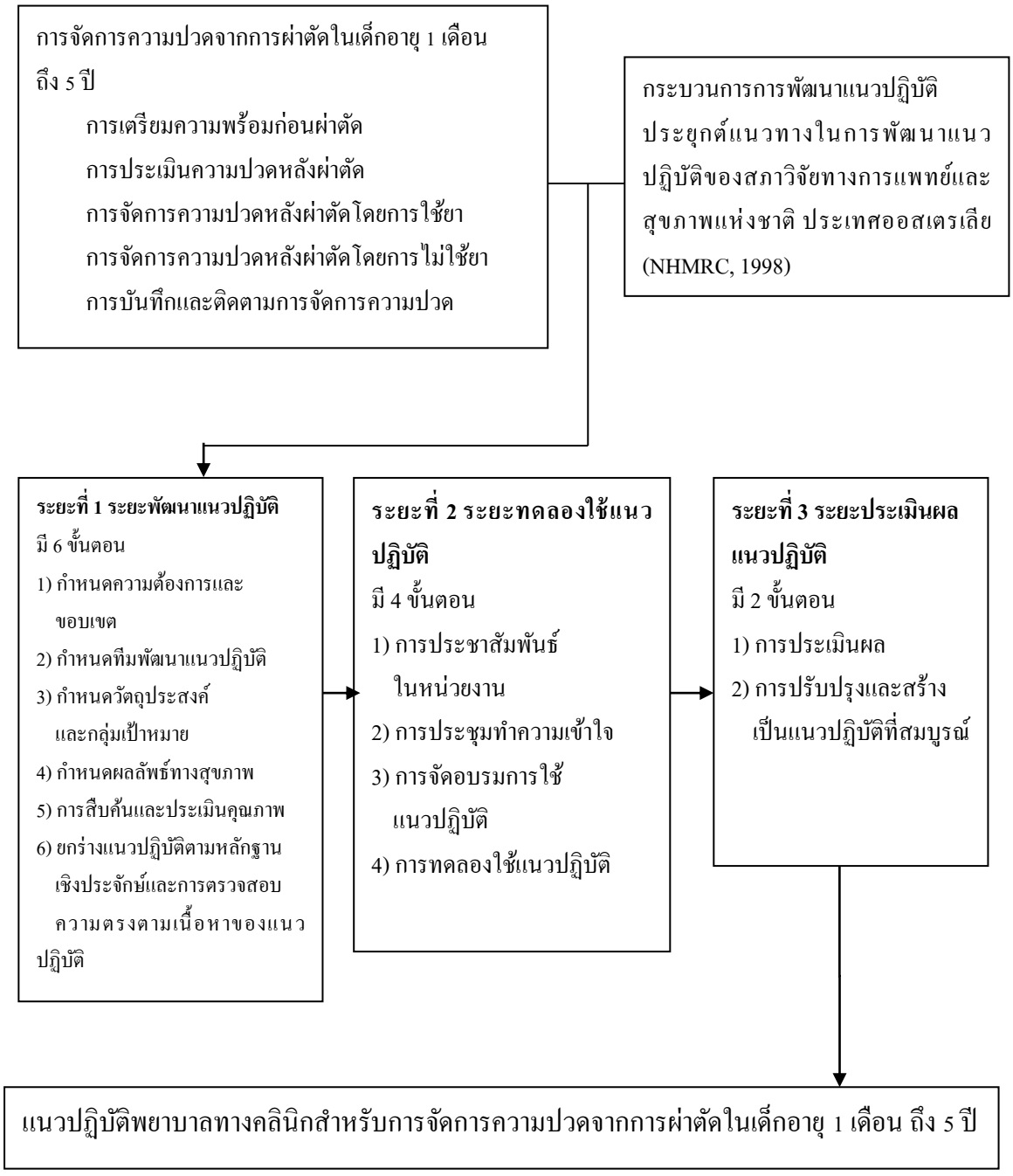
4. ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี อยู่ในระดับใด

5. จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดคะแนนความปวด หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี คิดเป็นร้อยละเท่าใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) เพื่อให้กระชับและสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยแบ่งระยะในการดำเนินการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (12 ขั้นตอน) ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนด

วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ 5) การสืบค้นและประเมินคุณภาพ กำหนดเครื่องมือในการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ รวบรวม คัดเลือกหลักฐาน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งระยะในขั้นตอนนี้ประยุกต์มาจากขั้นตอนที่ 7 ของระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และประยุกต์เพิ่มจากระยะที่ 2 ระยะการเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อให้มีความเหมาะสมและนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน 2) การประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน 3) การจัดอบรมการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล และ4) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลด้านความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้ การประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี และจำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี และ2) การปรับปรุงและสร้างเป็นแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์ซึ่งเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การประเมินความปวดหลังผ่าตัด การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยา การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยา และการบันทึกและติดตามการจัดการความปวด ดังภาพ 1



ภาพ 1. แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีหมายถึง ข้อความที่ระบุกิจกรรมให้พยาบาลปฏิบัติต่อเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีในการจัดการความปวดจากการผ่าตัด ประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติ คือ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดหลังการผ่าตัด 3) การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยา 4) การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยา และ 5) การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) เพื่อให้กระชับและนำไปใช้ได้จริง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ มี 12 ขั้นตอนได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ (6 ขั้นตอน) ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ (4 ขั้นตอน) และระยะที่ 3 คือ ระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ (2 ขั้นตอน)

การประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีหมายถึงการตรวจสอบคุณภาพและผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ดังนี้

1) ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีไปใช้ หมายถึง ระดับความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีต่อข้อเสนอแนะของการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีว่าสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงหรือไม่ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีซึ่งประยุกต์จากเครื่องมือของพนิตนันท์ (2555) ครอบคลุม 4 ด้าน คือ 1) ความยากง่ายในการปฏิบัติ 2) ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี 3) ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 4) ประโยชน์ของผู้ใช้บริการ

2) ความพึงพอใจของพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นทางบวกของของพยาบาลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การประเมินความปวดหลังการผ่าตัด การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยา การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยา และการบันทึกและติดตามการจัดการความปวด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3) ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีหมายถึง ความคิดเห็นทางบวกของผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีที่มีต่อการจัดการความปวดของพยาบาลภายหลังการใช้

แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีต่อการจัดการความปวด

4) จุดตัดคะแนนความปวด หมายถึง จุดตัดที่เด็กแสดงความปวดที่จะต้องให้ยาระงับปวด สำหรับเครื่องมือประเมินการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: FLACC scale) จุดตัดคะแนนความปวดเท่ากับ 4 คะแนน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2558

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีที่ได้รับการผ่าตัดทุกรายที่ได้รับการประเมินและการจัดการความปวดอย่างถูกต้องเหมาะสม

2. พยาบาลมีความมั่นใจในการจัดการความปวดแก่เด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีที่ได้รับการผ่าตัด

3. สามารถนำแนวปฏิบัติไปปรับใช้ในการจัดการความปวดในเด็กช่วงอายุอื่นๆ ที่ได้รับการผ่าตัดได้

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความปวด
    1.1 ความหมายของความปวด
    1.2 ชนิดของความปวด
    1.3 การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี
    1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็ก
    1.5 การผ่าตัดและผลกระทบความปวดหลังผ่าตัด
2. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี
    2.1 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
    2.2 การประเมินความปวดหลังผ่าตัด
    2.3 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยา
    2.4 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยา
    2.5 การบันทึกและการติดตามการจัดการความปวด
3. การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

แนวคิดเกี่ยวกับความปวด

ความหมายของความปวด

ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อน ยากที่จะอธิบายหรือให้ความหมายที่ชัดเจนได้ โดยเฉพาะในเด็กที่มีข้อจำกัดในด้านพัฒนาการทางการพูดและการแสดงออกทำให้การให้ความหมายของความปวดยากมากกว่าวัยอื่นๆ อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้ความหมายของความปวดไว้ ดังนี้

แมคแคฟเฟอรี่ (McCaffery, 1979 อ้างตามส่องศรี,วิลาวัลย์,และพัชรี, 2552) กล่าวว่า ความปวด เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดของการรักษา เป็นคำบอกเล่าจากผู้ป่วย ซึ่งหมายความว่า “ตราบใดที่บุคคลบอกว่าปวด แสดงถึงความปวดนั้นยังคงมีอยู่”

สมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติ (International Association for the Study of Pain, 2004) ให้ความหมายของความปวด หมายถึง ประสบการณ์ทางอารมณ์และความรู้สึกไม่สุขสบายเกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับการทำลายเนื้อเยื่อหรือเปรียบเสมือนหนึ่งว่ามีการทำลายเนื้อเยื่อ

อนันต์ และเครก (Anand & Craig, 1996) กล่าวว่าความปวดในเด็กเป็นสัญญาณที่บ่งบอกว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อ สัญญาณดังกล่าวได้แก่ การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral response) และทางสรีรวิทยา (physiological response) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงความปวดที่ผู้อื่นสามารถรับรู้ได้

กล่าวโดยสรุปความปวดเป็นการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัสที่บอกถึงความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่พึงพอใจ เป็นความรู้สึกที่ซับซ้อนของอารมณ์ เป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่รับรู้ถึงความรู้สึกนั้น โดยการแสดงออกมาทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ที่เกิดจากการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ สำหรับความปวดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี นั้น เนื่องจากเด็กวัยนี้มีข้อจำกัดในการสื่อสารบอกความปวด เด็กจึงแสดงความปวดออกมาทางพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

ชนิดของความปวด

การแบ่งชนิดของความปวดสามารถแบ่งได้หลายชนิด เช่น แบ่งตามความรุนแรงของความปวด แบ่งตามตำแหน่งที่ปวด ตามลักษณะความปวด และระยะเวลาที่ปวด สำหรับการศึกษาครั้งนี้แบ่งตามระยะเวลาที่ปวดของเด็ก ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Carr & Goudas, 1999; Wood, 2002a) คือ

1. ความปวดชนิดเฉียบพลัน (acute pain) เป็นความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆและเกิดขึ้นทันทีทันใด เกิดขึ้นน้อยกว่า 6 เดือน (Carr & Goudas, 1999) ความปวดซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรือการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย ทำให้เกิดการกระตุ้นปลายประสาทรับความปวดและเกิดการตอบสนองต่อความปวดทั้งในระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทส่วนกลาง ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ซึ่งความปวดอาจหายไปได้ด้วยการรักษา หรือหายไปเอง สาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด คือ ความปวดจากการผ่าตัด ความปวดจากหัตถการ การรักษาพยาบาล เช่น การฉีดยา การเจาะเลือด การให้สารน้ำ และการเจาะหลัง เป็นต้น (Charlton, 2005; Elsa & Maureen, 2011)

2. ความปวดชนิดเรื้อรัง (Chronic pain) เป็นความปวดที่ไม่ทราบสาเหตุ ค่อยๆ เกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างช้าๆ ไม่สามารถคาดเดาได้ อาจเกิดขึ้นตลอดเวลาหรือเป็นๆหายๆ เกิดขึ้นระยะเวลายาวนานกว่า 6 เดือน ความปวดชนิดนี้ที่พบบ่อยได้แก่ ความปวดจากโรคมะเร็ง อาการปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดหน้าอก และปวดข้อ ความปวดเรื้อรังเป็นความปวดที่ซับซ้อน อาจส่งผลถึงคุณภาพชีวิตและจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรม จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Frank, Greenberg & Stevens, 2000; Smith, Duel, & Martin, 2008)

การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

การรับรู้ความปวดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เด็กวัยนี้ไม่สามารถบอกถึงความรุนแรง และชนิดของความปวดได้ (Jacob, 2011) เด็กจะแสดงพฤติกรรมความปวดโดยการแผดเสียงร้อง อาละวาดผู้ดูแล ปฏิเสธบุคคลอื่น ยกเว้นผู้ดูแลใกล้ชิด ปฏิเสธอาหาร การขับถ่าย ร้องให้แผดเสียง ในวัย 1-5 ปีสามารถบอกปวดได้แต่บอกระดับความปวดไม่ได้ โดยจะใช้คำพูดว่าเจ็บ (Ballweg, 2007) การตอบสนองต่อความปวดของเด็กเป็นปฏิกิริยาที่ต่อเนื่องกับการรับรู้ต่อความปวดโดยแบ่งการตอบสนองต่อความปวดออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม พฤติกรรมที่แสดงออกมีหลายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านน้ำเสียง พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว และพฤติกรรมด้านการแสดงสีหน้าโดยพฤติกรรมด้านน้ำเสียงในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี คือ การร้องไห้ ครวญคราง แผดเสียง กรีด สะอึกสะอื้น พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ ดิ้นไปมา แตะขาไปมา หรือไม่เคลื่อนไหวอวัยวะใดๆ ถูบริเวณที่ปวดไปมาเป็นจังหวะหรือใช้มือลูบคลำบริเวณที่ปวด ส่วนพฤติกรรมด้านการแสดงสีหน้า เช่น นิ่งเฉย ย่นหน้าทำหน้าเบ้หรือเหยเก หน้านิ่ว คิ้วขมวด เป็นต้น (Bowden & Greenberg, 2010) ซึ่งการแสดงออกทางพฤติกรรมนี้จะนำมาใช้ในการประเมินความปวดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

2. การตอบสนองทางด้านสรีรวิทยา ความปวดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติคือมีปฏิกิริยาการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติค (sympathetic) และพาราซิมพาเธติค (parasympathetic) ซึ่งจะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญอาหาร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผลต่อการตอบสนองความปวดทางสรีรวิทยาไม่แตกต่างกัน นำมาใช้ในการประเมินความความปวดเพียงอย่างเดียวมิได้แต่สามารถนำมาสนับสนุนความปวดในเด็กได้ (Hatfield, 2008)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

การรับรู้และตอบสนองต่อความปวดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังต่อไปนี้ (Abdalrahim, Majali, Stromberg, & Bergbom, 2010; Bowden & Greenberg, 2010)

1. บริเวณผ่าตัด การผ่าตัดบริเวณที่แตกต่างกันจะมีการทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ประสาทส่งผลต่อความรุนแรงของความปวดที่แตกต่างกัน เช่น การผ่าตัดบริเวณช่องท้อง เป็นการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อท้อง และเยื่อบุช่องท้องเข้าไปเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาสภาพต่างๆที่เกิดกับอวัยวะในช่องท้อง (Ngamprasert et al., 2005)

2. ชนิด ความกว้างของแผลผ่าตัดและการชอกช้ำหลังผ่าตัด การลงมีดตามแนวเฉียงหรือแนวตั้ง ทำให้ผู้ป่วยปวดแผลมากกว่าตามแนวขวางของลำตัว เนื่องจากเป็นแผลที่มีกล้ามเนื้อและเส้นประสาททอดผ่านจำนวนมาก นอกจากนี้ความชำนาญของแพทย์ เทคนิค และระยะเวลาในการผ่าตัด ยังมีผลต่อการบาดเจ็บชอกช้ำของเนื้อเยื่อและใยประสาท ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการหลั่งสารสื่อประสาทที่กระตุ้นให้เกิดความปวดทำให้ความรุนแรง ลักษณะ และระยะเวลาของความปวดแตกต่างกัน (เกศินี, และชนกพร, 2550)

3. การใช้ยาระงับความรู้สึก ระดับการรู้สติจะมีผลต่อการรับรู้ความปวด และพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจะรับรู้ต่อความปวดแต่ไม่สามารถแสดงทางพฤติกรรมได้ หรือผู้ป่วยที่ได้รับยากดประสาทส่วนกลางจะรู้สึกซึมเซา ง่วงนอน ระดับความรู้สึกตัวลดลง การรับรู้ความปวดจะลดลงด้วย ถ้าเด็กอยู่ในภาวะรู้สึกตัวดี การรับความรู้สึก และการแปลความหมายจะตรงกับความเป็นจริง (Mackenzie, 2008)

4. ความรุนแรง และระยะเวลาของความปวด ถ้าความปวดเกิดขึ้นในระยะสั้นและมีความรุนแรงไม่มาก พฤติกรรมการตอบสนองอาจมีเพียงเล็กน้อย แต่ถ้าเด็กต้องเผชิญกับความเจ็บปวดระยะสั้นๆ หลายๆ ครั้ง อาจมีการสะสมของความปวดจนกลายเป็นความปวดเรื้อรัง และในความปวดระยะสั้นๆ ที่เด็กได้รับ เด็กอาจมีการตอบสนองที่รุนแรง และยาวนานขึ้นถ้าพัฒนาการทางความคิดยังไม่สมบูรณ์ (Whitten, Donovan & Cristobal, 2005)

5. ประสบการณ์ความปวด มีผลต่อการแสดงออกต่อความปวดโดยเด็กจะนำวิธีการเผชิญความปวดในอดีตมาใช้ เพื่อเผชิญต่อเหตุการณ์ใหม่ ในกรณีที่เด็กมีประสบการณ์ความปวดหลายครั้ง และเป็นระยะเวลานานจะมีความวิตกกังวล อดทนต่อความปวดได้มากกว่าเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์ความปวด แต่ถ้าเด็กเคยได้รับความปวดที่รุนแรงและไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอจะเกิดความกลัวความปวด เมื่อได้รับความปวดครั้งใหม่ จะมีความอดทนต่อความปวดน้อยลงและรับรู้ต่อความปวดมากขึ้น (van Dijk, Peter, Bouwmeester, & Tibboel, 2002)

6. สภาพสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน จะมีผลทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมต่อความปวดแตกต่างกัน เมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีเสียงดัง แสงจ้ามากเกินไป ต้องอยู่ในโรงพยาบาลสิ่งแวดล้อมแตกต่างจากที่เคยอยู่อาศัย ต้องแยกจากครอบครัวสิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเครียดทำให้เด็กรับรู้ต่อความปวดมากขึ้น (Wiroonpanich & Strickland, 2004)

7. เพศ ในเด็กเล็กพบว่าเพศไม่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวด (Ipp, Goldbach, David, & Koren, 2004) แต่ในเด็กโตโดยส่วนใหญ่เด็กผู้หญิงมีอิสระในการแสดงออกทางความรู้สึก และมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความปวดมากกว่าเด็กผู้ชาย (Frank, Greenberg, & Steven, 2000) เนื่องจากเด็กผู้ชายถูกสอนให้อดทน และเผชิญกับความปวดอย่างกล้าหาญและไม่ร้องเมื่อได้รับความปวด เกือบทุกสังคมวัฒนธรรมเชื่อและยอมรับว่าเพศชายมีความทนต่อความปวดมากกว่าเพศหญิง

8. ครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญต่อการตอบสนองความปวดของเด็ก เด็กจะต้องการความใกล้ชิด ความช่วยเหลือและการปกป้องจากคนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัว ความรักจากคนในครอบครัวจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความกลัวของเด็ก ส่งผลให้มีความทนต่อความปวดเพิ่มขึ้น ช่วยให้เด็กเผชิญความปวดได้ หากครอบครัวมีความวิตกกังวลเรื่องความปวดในเด็กและมีความกลัวจะส่งผลต่อความปวดและความกลัวมากขึ้น ขณะเดียวกันหากเด็กไม่ได้รับการดูแลจากคนคุ้นเคยหรือสมาชิกในครอบครัว จะทำให้เด็กเกิดความเครียดทำให้การรับรู้ความปวดเพิ่มขึ้น และความทนต่อความปวดลดลงเช่นกัน ซึ่งครอบครัวมีบทบาทเป็นผู้ให้ข้อมูลในการจัดการความปวดแก่เด็ก หรือรายงานความปวดของเด็กให้พยาบาลทราบเพื่อให้เด็กได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม (Bell & Duffy, 2009) เพราะเด็กในวัยนี้จะเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบิดามารดา ทั้งพฤติกรรมการตอบสนองต่อความปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของคนในครอบครัว (Frank, Greenberg & Stevens, 2000)

9. วัฒนธรรม มีผลต่อการรับรู้และตอบสนองต่อความปวด (Finley, Kristjánsdóttir, & Forgeron, 2009) ทำให้การตอบสนองต่อความปวดแตกต่างกัน เช่น เด็กไทย เพศชายมักจะถูกสอนให้อดทนต่อความปวด ไม่ร้อง ทำให้เด็กไม่กล้าร้องเมื่อปวด หรือการสอนที่ว่าปวดนิดเดียวเหมือนถูกมดกัด มีผลทำให้เด็กไม่กล้าแสดงความปวดออกมา (Wiroonpanich & Strickland, 2004) ดังการศึกษาในเด็กมุสลิมภาคใต้ตอนล่าง พบว่าคำพูดที่เด็กใช้อธิบายลักษณะความเจ็บปวดสามารถจำแนกตามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับความปวดเล็กน้อยเด็กจะใช้คำว่า ซาเกะซีกิ (เจ็บนิดหน่อย) ซาเกะซูปอซือมุกือเตะ (เจ็บเหมือนมดกัด) คำพูดที่เด็กใช้บอกระดับความรุนแรงปานกลาง คือ ซาเกะ (เจ็บ) และ ซาเกะซูปอซือมุกือเตะ (เจ็บเหมือนมดกัด) และคำพูดที่เด็กใช้บอกระดับความปวดที่รุนแรงคือ ซาเกะ (เจ็บ) ซาเกะบาเญาะ (เจ็บมาก) และ เนาะตีเยาะ (อยากร้องไห้) (วรรณลี, จรัสศรี, และวิมล, 2550) ดังนั้นถ้าพยาบาลไม่เข้าใจความหมายของคำพูดที่ใช้สื่อระดับความปวด จะทำให้การประเมินและการจัดการความปวดไม่ตรงกับที่เด็กปวดจริงได้

10. ศาสนา ขึ้นอยู่กับหลักคำสั่งสอนของแต่ละศาสนาในเรื่องความหมายของความปวดว่าอย่างไร และแต่ละศาสนาจะให้ความหมายต่างกัน ในเด็กชาวไทยมุสลิมมีความเชื่อว่าเมื่อมีความเจ็บป่วยถือว่าเป็นสิ่งที่ทดสอบความศรัทธาของพระเจ้า เพราะทรงสอนให้มีความหนักแน่นและอดทน ทรงรักและอยู่กับผู้ที่มีความอดทนเสมอ นอกจากนี้ประเพณีถือศีลอดซึ่งเป็นการฝึกฝนความอดทนอดกลั้นทั้งทางร่างกาย วาจาและจิตใจ จึงอาจทำให้เด็กไทยมุสลิมมีความอดทนต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นและอาจมีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมการตอบสนองความปวดของเด็กได้ (วรรณลี, จรัสศรี, และวิมล, 2550)

การผ่าตัดและผลกระทบความปวดหลังผ่าตัด

การผ่าตัดมีหลายชนิดแตกต่างกันทั้งตำแหน่งและขนาดของการผ่าตัดรวมทั้งระดับความรุนแรงของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกปวดแผลผ่าตัดมากน้อยต่างกัน เช่น แผลผ่าตัดบริเวณทรวงอก หน้าท้องส่วนบนและช่องท้อง จะก่อให้เกิดความปวดระดับรุนแรงเนื่องจากเป็นบริเวณที่อยู่ใกล้กับการเคลื่อนไหวจากการหายใจ มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณที่อยู่รอบ แผลผ่าตัด และหลังผ่าตัดเมื่อมีการเคลื่อนไหวจะทำให้เกิดความปวดแผลผ่าตัดมากเช่นกัน ส่วนแผลผ่าตัดที่พื้นผิวบริเวณศีรษะ คอ ผนังทรวงอก หรือ ส่วนแขนขา จะมีความปวดแผลผ่าตัดระดับน้อยกว่า นอกจากนี้วิธีการผ่าตัดที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บน้อยกว่า ขนาดของแผลผ่าตัดเล็กกว่า เช่น การผ่าตัดโดยผ่านการส่องกล้อง (Laparoscopy) ก็จะทำให้เกิดอาการปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่าแผลผ่าตัดแบบเปิดที่มีขนาดใหญ่ (Hartwig & Wilson, 2003; Polomano & Keane, 1999) ในการศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดทุกประเภท หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะเกิดความปวดเฉียบพลัน 24-48 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายต่างๆ (Wood, 2002a) ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางสรีรวิทยาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการที่เนื้อเยื่อได้รับการถูกทำลายจากการใช้มีดกรีดผ่านเนื้อเยื่อ เมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายร่างกายจะตอบสนองต่อความปวดจากการผ่าตัด ตั้งแต่ระดับเฉพาะที่จนถึงระดับเปลือกสมอง (Charlton, 2005) ความปวดหลังการผ่าตัด ที่เกิดขึ้นถ้าหากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความปวดทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้ (Potter & Perry, 1999)

1.1 ระบบทางเดินหายใจ ความปวดทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และกล้ามเนื้อทรวงอกหดเกร็ง ยืดขยายไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วตื้นส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ทำให้เกิดภาวะเลือดพร่องออกซิเจน นอกจากนี้การตึงตัวของกล้ามเนื้อทำให้มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เกิดกรดแลคติคเพิ่มขึ้น มีอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ส่งผลให้การหายใจไม่สะดวก เด็กบางคน กลัวว่า

การหายใจลึกๆหรือการไอจะทำให้ปวดแผลมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจลึกๆ ได้เต็มที่หรือไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการคั่งค้างของเสมหะ นำไปสู่ภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบ (Jacob & Puntillo, 1999)

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความปวดกระตุ้นเซลล์ประสาทในระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติค ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจทำงานเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น (Potter & Perry, 1999)

1.3 ระบบทางเดินอาหาร ความปวดกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติค ทำให้กล้ามเนื้อเรียบบริเวณหูรูดของลำไส้หดตัว น้ำย่อยในลำไส้ถูกหลั่งเพิ่มขึ้นมีการคั่งของกรดในทางเดินอาหาร การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด ปวดท้องจากแก๊สคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด (Potter & Perry, 1999)

1.4 ระบบประสาท ความปวดที่รุนแรงจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติค ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เหงื่อออก ม่านตาขยายในระยะแรก หากความปวดยังคงรุนแรงอยู่อย่างต่อเนื่องจะกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติค ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตลดต่ำลง หายใจเร็วเหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน และเป็นลม นอกจากนี้ยังพบว่าความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในระยะเวลานานตั้งแต่ 20 นาทีขึ้นไป จะทำให้ยีนของเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่รับรู้ความปวดมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและการทำงานอย่างถาวร เป็นสาเหตุให้เกิดความปวดเรื้อรัง แม้ว่าเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บจะหายเป็นปกติแล้วก็ตาม (Bowden & Greenberg, 2010)

1.5 ระบบทางเดินปัสสาวะ ความปวดกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติค ทำให้กล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะหดเกร็งมากขึ้น เกิดปัสสาวะคั่งหรือปัสสาวะลำบาก หากความปวดยังคงอยู่นาน จะทำให้การไหลเวียนโลหิตลดลงส่งผลให้เลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง (Bowden & Greenberg, 2010)

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ ผลการผ่าตัดและความปวดทำให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเรนนิน แองจิโอเทนซิน (ranin agiotencin) ทำให้หลอดเลือดหดตัว อัลโดสเตอโรน (aldosterone) และแอนติไดยูเรติคฮอร์โมน (antidiuratic hormone) ทำให้ไตดูดน้ำ และโซเดียมกลับมากขึ้น เกิดการคั่งของน้ำเกลือโซเดียมในหลอดเลือดการไหลเวียนกลับของเลือดดำมีการเปลี่ยนแปลง เกล็ดเลือดเกาะกันเป็นลิ่มเลือด และเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอุดตันได้ นอกจากนี้ความปวดยังทำให้มีการหลั่งอินซูลินลดลง เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลที่เพิ่มขึ้น จะไปกดการทำงานของระบบคุ้มกัน เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ทำให้แผลหายช้า (Bowden & Greenberg, 2010)

2. ด้านจิตใจ เด็กที่มีความปวดต่อเนื่องเป็นเวลานานและไม่ได้รับการจัดการความปวดอย่างเพียงพอจึงมีโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไปในทางลบ จะมีพฤติกรรมการแสดงออกทางด้านความรู้สึก เช่น กลัว โกรธ ไม่พอใจ ทำให้ความปวดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และความทนต่อความปวดของผู้ป่วยลดลง (ปิลันธน์, 2546) ถ้าความปวดได้รับการจัดการที่ไม่เพียงพอจะทำให้ความปวดเฉียบพลันกลายเป็นความปวดเรื้อรังได้ (อัจฉรา, 2551)

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีความปวด การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวด ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดในเด็กเป็นเรื่องที่สำคัญมากและจำเป็นสำหรับพยาบาลและผู้ดูแลที่จะช่วยให้สามารถวางแผนในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ มีผลทำให้การฟื้นสภาพหลังการผ่าตัดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ ทำให้ใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพมากขึ้น ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลยาวนานขึ้นและครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

การให้ข้อมูลแก่เด็กและผู้ดูแล ทบทวนงานวิจัยในเด็กคาบเกี่ยวช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เป็นการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยเริ่มให้ข้อมูลตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามาในโรงพยาบาล (Huth, Broome, Mussatto, & Morgan, 2003) ประกอบด้วย ขั้นตอนในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การให้ดูวีดีโอเกี่ยวกับการผ่าตัดและสถานที่ผ่าตัด (McEwen, Moorthy, Quantock, Rose, & Kavanagh, 2006) การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดที่เหมาะสมกับเด็กวัยนี้คือ การให้เล่นอุปกรณ์ทางการแพทย์ การแสดงบทบาทสมมติโดยใช้ตุ๊กตาแสดงขั้นตอนในการเตรียมผ่าตัด ใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที (Kain, Mayes, & Caramio, 1996; Kain et al., 1998) ซึ่งโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งการเล่นอุปกรณ์ทางการแพทย์ การแสดงบทบาทสมมติ ช่วยให้เด็กและผู้ปกครองมีความวิตกกังวลลดลง (Hatava, Olsson, & Lagerkranser, 2000) นอกจากนี้ควรให้คำแนะนำร่วมกับคู่มือการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดซึ่งอธิบายด้วยภาพการ์ตูนเกี่ยวกับการผ่าตัด (Felder-Puig et al., 2002) ซึ่งช่วยให้พ่อแม่มีความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ถูกต้อง และควรมีการให้ข้อมูลที่พ่อแม่สามารถเลือกใช้วิธีการบรรเทาปวดและนำมาใช้ในเด็กที่ไม่สามารถรายงานความปวดด้วยตนเอง (Huth, Broome, Mussatto, & Morgan, 2003) การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าเด็กและผู้ดูแลมีความเข้าใจอย่างถูกต้อง

สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญทั้งก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด ช่วยให้ลดความเครียด ความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ดูแลและเด็กได้ (Kain et al., 2007; Wakimizu, Kamagata, Kuwabara, & Kamibeppu, 2009) ดังนั้นการจัดการความปวดหลังผ่าตัดจำเป็นต้องให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินและจัดการช่วยเหลือบรรเทาปวดในเด็กเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่กับเด็กตลอดเวลาและใกล้ชิดเด็ก การให้ดูวีดีโอทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ในการจัดการความปวดในเด็กเพิ่มขึ้น สามารถช่วยเหลือในการบรรเทาปวดหลังผ่าตัดในเด็กได้ (Greenberg, Billett, Zahurak, Yaster, 1999)

สำหรับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดควรมีแนวทางการให้ข้อมูลในการเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินถึงความคาดหวังของผู้ดูแลและเด็กโตถึงความปวดที่จะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด และวางแผนการให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง ตลอดจนให้ผู้ปกครองและเด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการเพื่อบรรเทาความปวด ควรเริ่มตั้งแต่เด็กมีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพต้องมีการวางแผนในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัด ลักษณะของแผลผ่าตัด และแนวทางบรรเทาความปวด (Health Care Association of New Jersey: HCANJ, 2006) โดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะแผลผ่าตัดและวิธีการจัดการความปวดที่จะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด สอนการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินระดับ ความรุนแรงความปวด และวิธีการสื่อสารกับพยาบาลถึงความปวดที่กำลังประสบ และวิธีการเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา (Department of Veterans & Department of Defence [VA/DoD], 2002)

การประเมินความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

การประเมินความปวดเป็นการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะความปวด ปัจจัยต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยที่เกิดจากความปวด ประเมินผลกระทบจากความปวด และผลจากการบรรเทาปวด เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและสามารถให้การจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินความปวดให้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงตามการรับรู้ของเด็กเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่ยังมีข้อจำกัดในด้านการสื่อสาร ด้านความคิด และด้านสติปัญญา พยาบาลจึงต้องไวต่อการรับรู้ความปวดของเด็กวัยนี้ ช่างสังเกต การถามเรื่องความปวดเด็กอาจไม่เข้าใจคำถาม กลัวหรือตกใจจากการผ่าตัด จากการอยู่ในโรงพยาบาลและคนแปลกหน้า เป็นต้น นอกจากนี้ข้อมูลจากญาติที่ดูแลใกล้ชิดก็เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากญาติจะรู้นิสัยและพฤติกรรมการแสดงออกของเด็ก การประเมินความปวดในเด็กจึงแตกต่างกันในแต่ละวัยขึ้นอยู่กับพัฒนาการของเด็ก ในเด็กจึงต้องใช้วิธีในการประเมินความปวดผสมผสานกันโดยสอบถามจากญาติหรือผู้ดูแลร่วมด้วยในการประเมินความปวด ผู้ประเมินต้องทำ

การบันทึกข้อมูลความปวดที่เป็นจริงอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน สามารถสื่อสารให้บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ตรงกันและสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการจัดการความปวดในเด็กได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ (American Academy of Pediatrics and American Pain Society, 2001)

การประเมินความปวดที่พยาบาลต้องเก็บข้อมูลเพื่อใช้ประกอบในการจัดการความปวดมีดังนี้

1. ตำแหน่งและขอบเขตที่ปวด (localization) ซึ่งจะช่วยบอกตำแหน่งของพยาธิสภาพได้ เช่น ปวดเฉพาะที่ หรือปวดตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ ปวดลึกๆหรือปวดตื้นๆซึ่งในเด็กเล็กการบอกตำแหน่งปวดนี้ยังไม่สามารถบอกได้แต่อาจสอบถามจากผู้ดูแลได้ (Smelter & Bare, 2000)

2. ลักษณะความปวด (quality) เช่น ปวดเสียว ปวดแปล๊บ ปวดแสบปวดร้อน หรือปวดชา ส่วนใหญ่เกิดจากเส้นประสาทได้รับการบาดเจ็บ (Smelter & Bare, 2000)

3. ความรุนแรงของความปวด (intensity) โดยเริ่มจากไม่ปวดเลยจนถึงปวดระดับมากที่สุด ซึ่งระดับความทนต่อความปวด (pain tolerance) ซึ่งในเด็กแต่ละคนมีแตกต่างกัน (Smelter & Bare, 2000)

4. ปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวดมากขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ส่วนกิจกรรมที่ทำให้ความปวดลดลง ได้แก่ การปลอบโยน การอุ้มกอด การจัดท่า การลูบสัมผัส การเล่น (Smelter & Bare, 2000)

5. ระยะเวลา และลักษณะการเริ่มของความปวด (duration and onset) เช่นปวดตลอดเวลา ปวดเป็นพักๆ เกิดขึ้นทันที หรือค่อยๆ เกิดขึ้น การประเมินความปวดต้องเริ่มตั้งแต่เด็กเข้ามาโรงพยาบาล การประเมินความปวดหลังผ่าตัดสิ่งสำคัญคือการประเมินความรุนแรงของความปวด ควรประเมินทั้งขณะนอนพัก และระหว่างที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดควรประเมินความปวดครั้งแรกร่วมกับการวัดสัญญาณชีพ และต่อมาอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมง เวลาที่เหมาะสมในการประเมินความปวดขึ้นกับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย ถ้ามีความปวดรุนแรงอาจประเมินทุก 15 นาที -30 นาทีภายหลังฉีดยาระงับปวดและประเมินความปวดหลังจากรับประทานยา 1 ชั่วโมง หลังได้รับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 30 นาที ทั้งนี้ในระหว่าง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดควรประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมง และถ้าสามารถควบคุมความรุนแรงของความปวดได้อาจประเมินพร้อมกับการวัดสัญญาณชีพ การประเมินความปวดซ้ำทุกครั้งเมื่อมีการรายงานความปวดใหม่ ความรุนแรงเพิ่มขึ้น และเมื่อความปวดไม่บรรเทาลงหลังจากที่ได้รับการจัดการความปวดแล้ว โดยเฉพาะกรณีที่ความรุนแรงความปวดเกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์มาก่อน เกิดขึ้นทันทีทันใด หรือร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพจะต้องประเมินทันที (Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR], 1992)

6. ผลกระทบจากความปวด ควรประเมินว่าความปวดส่งผลต่อผู้ป่วยอย่างไรบ้างต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินข้อมูลดังกล่าวจะนำมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลอื่นๆ เพื่อทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดและเป็นประโยชน์ในการจัดการความปวดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, 2006)

วิธีการประเมินความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัด

การประเมินความปวดในเด็ก เพื่อให้สามารถประเมินความปวดให้ได้ค่าใกล้เคียงกับความปวดที่เด็กปวดจริงในขณะนั้นมากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมได้แบ่งวิธีการประเมินความปวดเป็น 3 ประเภท คือ

1. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measures of pain) ความเจ็บปวดกระตุ้นร่างกายให้มีความเปลี่ยนแปลงหลายอย่างซึ่งสามารถวัดได้โดยผู้ประเมินและอ่านเป็นตัวเลขได้ชัดเจน เช่น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ความดันเลือดเพิ่มขึ้น ชีพจรเร็วและเหงื่อออกที่ฝ่ามือ ความเปลี่ยนแปลงค่าความออกซิเจนส่วนปลาย สารเคมี และฮอร์โมนต่างๆ ในเลือด เช่น แคทติโคลามีน (catecholamines) ฮอร์โมนเจริญเติบโต (growth hormone) กลูคากอน (glucagon) และ คอร์ติซอล (cortisol) เป็นต้น อาการต่าง ๆ นี้มีประโยชน์ในการประเมินความปวดเด็ก หรือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือได้รับยาสลบ แต่มีข้อเสียคือ อาการดังกล่าวจะแยกยากจากภาวะอื่นๆ ที่ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดเช่น ความหิว ความเครียด และ การติดเชื้อ เป็นต้น (Ghai, Makkar, & Wig, 2008) การประเมินความปวดจึงต้องหาสาเหตุอื่นๆ ร่วมด้วยนอกเหนือความปวดจากแผลผ่าตัดเพียงอย่างเดียวแล้วจึงแก้ไขสาเหตุเหล่านั้นก่อนจัดการ ความปวดต่อไป

2. การประเมินจากการสังเกตทางพฤติกรรม (behavioral measures of pain) เมื่อได้รับความปวด ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองขึ้นกับระยะเวลาที่ได้รับความปวดนั้นๆ ปฏิกิริยาที่เด่นชัดที่สุดพบทันทีในขณะที่ได้รับการกระตุ้น ได้แก่ การถอยหนี หน้าตาบิดเบี้ยวเหยเก การร้องไห้ เป็นต้น หลังจากนั้นจะพบปฏิกิริยาที่ติดตามมาในระยะกลางเป็นลักษณะของการนิ่งเฉยไม่ตอบสนอง สำหรับการตอบสนองต่อความปวดระยะยาวจะมีลักษณะของการซึมเศร้า สำหรับความปวดเมื่อถูกแทงเข็มหรือหลังผ่าตัดใหม่ๆ ในห้องพักฟื้นซึ่งผู้ป่วยจะมีความปวดที่รุนแรงความปวดหลังผ่าตัดจะคงอยู่นานหลายชั่วโมงต่อมา พฤติกรรมที่แสดงออกสังเกตได้จาก สีหน้า เสียงร้อง การเคลื่อนไหวของแขนขา ปฏิกิริยาต่อสังคม เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปเกี่ยวกับการกิน การนอน การเล่น (Ghai, Makkar, &Wig, 2008)

3. การประเมินจากการรายงานความปวดด้วยตนเอง (self-report measures of pain) การประเมินโดยวิธีนี้เป็นวิธีที่ดีที่สุดเนื่องจากบอกความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามการบอกความรุนแรงของความปวดยังขึ้นกับประสบการณ์ความปวดที่เคยได้รับ การเรียนรู้

ขนบธรรมเนียมประเพณี อารมณ์และแรงจูงใจหลาย ๆอย่างรวมกันวิธีการนี้เหมาะสำหรับใช้ในเด็กที่สามารถสื่อภาษาได้รู้เรื่อง คือ อายุประมาณ 3 หรือ 4 ปีขึ้นไป ซึ่งในเด็กอายุ 1 เดือน - 1 ปี ไม่สามารถบอกได้แต่ในช่วงอายุ 1-5 ปี วัยนี้ไม่สามารถบอกความรุนแรงหรือตำแหน่งของความปวดได้แน่ชัด เนื่องจากพัฒนาการด้านการสื่อสารยังพัฒนาไม่เต็มที่ แต่บอกปวดได้ (Wood, 2002b)

เครื่องมือประเมินความปวดในเด็กหลังผ่าตัดอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

เครื่องมือประเมินความปวดพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรม ลักษณะทางสรีรวิทยา หรือการรายงานความปวดด้วยตนเองของเด็ก สำหรับในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ใช้วิธีการประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรมเป็นส่วนใหญ่ ส่วนลักษณะทางสรีรวิทยามักใช้เป็นข้อมูลสนับสนุน การเลือกเครื่องมือประเมินความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดควรคำนึงถึงความเฉพาะของเครื่องมือที่วัด อายุ และพัฒนาการของเด็ก เครื่องมือประเมินความปวดที่ควรเลือกใช้ในเด็กที่ได้รับการผ่าตัด ตามข้อเสนอแนะของเพ็ด-อิมแพค (ped-IMMPACT: the pediatric initiative on methods, messurement, and pain assessment in clinical trials; www.immpact.org) ควรเป็นเครื่องมือที่ดี มีการทบทวนวิธีการพัฒนา/สร้างเครื่องมือ มีการทดสอบความตรงความเที่ยง มีการนำมาใช้จริงสะดวกและง่ายต่อการนำมาใช้ (Von Bayer, & Spagrud, 2007)

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรมความปวด เครื่องมือประเมินความปวดหลังผ่าตัดที่แนะนำให้เลือกใช้ในเด็กที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก คือ

1. เครื่องมือประเมินการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: FLACC scale) ประเมินความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 2 เดือนถึง 7 ปี (Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, & Malviya, 1997) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 89 ราย โดยวัดพฤติกรรมการแสดงออก 5 ด้าน คือ สีหน้า ขา กิจกรรม/การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน คะแนนในแต่ละด้านมีตั้งแต่ 0-2 คะแนน และคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-10 คะแนน 0 คือไม่ปวด 10 คือปวดมาก การแปลผล 0 = ไม่ปวด, 1-3 = ปวดน้อย, 4-6 = ปวดปานกลาง, 7-10 = ปวดมาก ผลการศึกษาการหาความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกตสูง (inter-rater reliability) ($r = 0.94$, $p < 0.001$) และมีความตรงเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินการสังเกตพฤติกรรม (objective pain scale: OPS) ($r = 0.80$, $p < 0.001$) เครื่องมือนี้สามารถนำมาใช้ง่าย สะดวกรวดเร็ว ใช้เวลาประเมินน้อย ใช้ประเมินความปวดหลังการจัดการความปวดทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา (Merkel et al., 1997) นอกจากนี้เครื่องมือนี้มีองค์ประกอบในส่วนของการปลอบโยน (consolability) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินความปวดในเด็กหลังผ่าตัดที่มีระยะเวลาของความปวดยาวนานกว่าความปวดจากการทำหัตถการที่มี

ความปวดในช่วงสั้นๆ มีความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ระดับปานกลางกับเครื่องมือการแสดงออกทางสีหน้าและระดับดีกับเครื่องมือการบอกคะแนนความปวดด้วยตนเอง ใช้ในเด็กที่ยังไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูด ประเมินความปวดในเด็กหลังผ่าตัด อุบัติเหตุ โรคมะเร็งหรือจากโรคอื่นๆได้ดี สามารถช่วยทำให้การตัดสินใจของพยาบาลที่จะแยกแยะความเจ็บปวดเพื่อให้ยาระงับปวดได้ดี (Von Baeyer & Spagrud, 2007)

2. เครื่องมืออีกชนิดหนึ่งที่นิยมใช้ประเมินความปวดในประเทศไทย คือ เครื่องมือประเมินความปวดของโรงพยาบาลเด็กออนทาริโอตะวันออก (Children's hospital of Eastern Ontario Pain Scale: CHEOPS) ใช้ประเมินความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1-7 ปี (McGrath, Johnson, Goodman et al., 1985) จำนวน 26 คน ประเมินพฤติกรรมการประเมิน มี 6 ด้าน คือ การร้องไห้ การแสดงสีหน้า การส่งเสียง การเคลื่อนไหวลำตัว การสัมผัส และขา คะแนนรวมตั้งแต่ 4 คะแนน ถึง 13 คะแนน แต่ละพฤติกรรมให้คะแนน 4 ระดับ คือ 0 1 2 และ 3 โดยการสังเกตพฤติกรรมของเด็กเป็นเวลา 5 วินาทีแล้วบันทึกภายใน 25 วินาที เป็นการประเมินความตรงตามสภาพการณ์และหาข้อสรุปของผู้สังเกตที่ใช้ เครื่องมือประเมินความปวดของโรงพยาบาลเด็กออนตาริโอตะวันออก (CHEOPS) และพยาบาลประเมินความปวดโดยใช้การบอกคะแนนความปวดด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ระดับสูง (0.91) ส่วนความตรงตามโครงสร้างเป็นการสร้างเครื่องที่อธิบายระดับคะแนนก่อนและหลังการให้ยาบรรเทาปวด ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อมั่นภายในอยู่ในระดับปานกลางส่วนความตรงตามสภาพการณ์มีความเที่ยงสูง r =0.81 (McGrath, Johnson, Goodman et al., 1985) นอกจากนี้เครื่องมือนี้ได้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือประเมินความปวดสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ศึกษาในเด็กอายุ 1-5.5 ปี จำนวน 167 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความตรงเชิงทำนายที่ห้องพักฟื้นพบว่าเครื่องมือ OPS และ FLACC มีความจำเพาะและไวสูงมากกว่า 90% ส่วนการเปรียบเทียบความตรงตามสภาพการณ์กับ CHEOPS พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับดีที่ห้องผู้ป่วย ($r = 0.757-0.827$, $p<0.001$) และสำหรับการนำไปใช้พบว่าเสียเวลามากที่สุด (Suraseranivongse, Santawat, Kraiprasit, Petcharatana, & Muntraporn, 2001) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบได้ให้ข้อเสนอแนะในการเลือกใช้เครื่องมือนี้เหมาะในการใช้ประเมินความปวดที่เกิดจากการทำหัตถการและเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความปวดในช่วงสั้นๆเท่านั้น เนื่องจากเครื่องมือนี้มีองค์ประกอบที่ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของเด็กโดยตรง ไม่มีองค์ประกอบของการปลอบโยน ซึ่งต้องอาศัยความพยายามและเวลาในการปลอบโยนหลังจากการทำหัตถการ นอกจากนี้ระดับคะแนนที่ให้ในแต่ละองค์ประกอบ เริ่มจาก 0 ถึง 1, 2 หรือ 3 ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 4 ถึง 13 คะแนน ทำให้เกิดความผิดพลาดในการให้คะแนนได้ เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือประเมินการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน (FLACC scale) ที่มีการให้คะแนนในแต่ละ

องค์ประกอบ 0 ถึง 2 และคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนนทำให้ง่ายในการประเมินค่าระดับความปวด (Von Baeyer & Spagrud, 2007)

3. เครื่องมือประเมินความปวดคอมฟอร์ท (The COMFORT Scale) ในเด็กอายุ 0 ถึง 18 ปี (Ambuel et al., 1992; van Dijk et al., 2000) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมความปวดในเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และมีความจำกัดการเคลื่อนไหว มีค่าความสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ประเมิน และความสอดคล้องภายในระดับมาก คะแนนแต่ละด้านตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 8-40 คะแนน และมีการประเมินความดันโลหิตจากค่าพื้นฐานของผู้ป่วยซึ่งในหากไม่มีค่าพื้นฐานทำให้ประเมินได้ยาก คะแนนที่สูงสุดเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวอย่างรุนแรง รวมถึงการสั่นศีรษะไปมา ซึ่งอาจจะไม่ใช่ลักษณะการตอบสนองต่อความปวดที่มีการปกป้องหรือการสะดุ้งเมื่อมีความปวด (Von Baeyer & Spagrud, 2007) นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือที่สามารถประเมินพฤติกรรมความปวดชนิดเฉียบพลันในเด็กอีกหลายชนิด อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเครื่องมือเหล่านี้ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาและต้องใช้เวลาในการประเมินความปวดหลังผ่าตัดและไม่สะดวก แต่สามารถใช้ประเมินความปวด จากหัตถการได้ (Von Baeyer & Spagrud, 2007)

การเลือกเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมและถูกต้องมาประเมินความปวดในเด็กจะให้ค่าความปวดที่เป็นจริงและตรงกับเด็กที่สุด ควรเลือกให้เหมาะสมกับอายุ พัฒนาการ ชนิดและความรุนแรงของความปวดที่เด็กได้รับ สำหรับการศึกษาในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดในครั้งนี้ ได้เลือกใช้เครื่องมือประเมินการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน เป็นเครื่องมือแรกในการประเมินความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ซึ่งมีความเหมาะสมต่อการประเมินความปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล นำมาใช้ ง่าย สะดวกรวดเร็ว

การให้คะแนนความปวดด้วยเครื่องมือการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน ในแต่ละด้านมีคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน และคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-10 คะแนน แปลผลได้ดังนี้

0 คะแนน คือ ไม่ปวด

1-3 คะแนน คือ ปวดระดับน้อย

4-6 คะแนน คือ ปวดระดับปานกลาง

7-10 คะแนน คือ ปวดระดับรุนแรง

การประเมินระดับคะแนนความปวดแบ่งตามความรุนแรงการประเมินความปวดปฏิบัติดังนี้ (จรัสศรีและคณะ, 2547 level III-1/Grade A; สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2554 level II/Grade A)

1. กรณี ไม่ปวด มีแนวทางประเมินความปวดซ้ำ ดังนี้

- ประเมินทุก 4 ชั่วโมงใน 72 ชั่วโมง

- ภายหลัง 72 ชั่วโมง ประเมินทุก 8 ชั่วโมง/หรือเวรละครั้ง จนกระทั่งจำหน่าย

2. กรณี ปวด ซึ่งการให้คะแนนระดับความปวดใช้ค่าคะแนนเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย (Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, & Malviya, 1997: level III-1/Grade B) มีแนวทางประเมินความปวด ดังนี้

- ความปวดระดับเล็กน้อย 1-3 คะแนน ให้จัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา

- ความปวดระดับปานกลาง 4-6 คะแนน ค้นหาสาเหตุความปวดอื่นนอกเหนือการผ่าตัด ถ้ามี จัดการสาเหตุที่เกิดขึ้น เช่น ร้องหิว มีไข้ กลัว ปวดจากสายระบายต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ฯลฯ จากนั้นประเมินความปวดซ้ำ ถ้าไม่มี ให้จัดการความปวดโดยการใช้ยารับประทานและ/ หรือชนิดฉีดเมื่อผู้ป่วยร้องขอตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

- ความปวดระดับรุนแรง 7-10 คะแนน ค้นหาสาเหตุความปวดอื่นนอกเหนือการผ่าตัด ถ้ามี จัดการสาเหตุที่เกิดขึ้น เช่น ร้องหิว มีไข้ กลัว ปวดจากสายระบายต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ฯลฯ จากนั้นประเมินความปวดซ้ำ แล้วจึงให้จัดการความปวดโดยการใช้ยาชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเลือกตามความชอบของผู้ป่วย ถ้าไม่มีสาเหตุอื่นให้จัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา โดยเลือกตามความชอบของผู้ป่วย

3. กรณีผู้ป่วย งดน้ำและอาหารทุกชนิดควรพิจารณาให้ยาฉีดตามแผนการรักษาของแพทย์

4. กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมงและเมื่อปวด

5. กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดชนิดฉีดตามเวลา (around the clock) มีการประเมิน ดังนี้

- ประเมินความปวดและระดับความรู้สึกตัว (sedation score) ก่อนให้ยาทุกครั้ง

- ประเมินเมื่อปวด

6. การประเมินความปวดหลังจัดการความปวด มีแนวทางการประเมิน ดังนี้

- กรณีได้รับยาระงับปวดแบบฉีดทางหลอดเลือดดำให้ประเมินความปวดหลังได้รับยา 30 นาที

- กรณีได้รับยาระงับปวดชนิดรับประทานให้ประเมินความปวดหลังได้รับยา 60 นาที

- กรณีจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ให้ประเมินหลังจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 30 นาที

7. ประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- ประเมินทุกครั้งเมื่อปวด

- ประเมินทุก 4 ชั่วโมงใน 72 ชั่วโมงแรก หลัง 72 ชั่วโมง ประเมินทุก 8 ชั่วโมง/เวรละครั้งจนกระทั่งจำหน่าย

ดังนั้นการประเมินความปวดในเด็กหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่ต้องประเมินเพื่อให้เด็กได้รับการช่วยเหลือในการจัดการความปวดที่เหมาะสมต่อไป

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยาในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่สามารถลดความปวดได้ในระดับความปวดที่รุนแรง ในการให้ยานั้นพยาบาลจำเป็นต้องประเมินระดับความปวดก่อนและหลังให้ยา พยาบาลควรซักประวัติความปวดในอดีตของเด็ก ทราบระยะเวลาในการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่ให้ (Twycross, 2007) และหลักการใช้ยาบรรเทาความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ยาบรรเทาความปวดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (Lin, & Wang, 2005; Mackenzie, 2008)

1. ยาบรรเทาปวดกลุ่มเสพติดหรือโอปิออยด์ (narcoticanalgesics or opioids) เป็นยาที่สกัดจากธรรมชาติหรือสังเคราะห์ให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือคล้ายมอร์ฟีน ยากลุ่มนี้ใช้บรรเทาความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยอาจใช้ชนิดเดียวหรือใช้ร่วมกับยาบรรเทาปวด กลุ่มไม่เสพติด หรือยาเสริมอื่นๆ (Bouwmeester, van den Anker, Hop, Anand, & Tibboel, 2003) ยากลุ่มนี้ได้แก่ มอร์ฟีน (morphine) เพธิดีน (pethidine) เฟนตานิล (fentanyl) ไฮโดรมอร์โฟน (hydromorphone) การออกฤทธิ์ของยาโดยจับกับตัวรับมิว (mu receptors) ที่บริเวณสมองและไขสันหลัง ทำให้มีผลบรรเทาอาการปวดได้ อาการข้างเคียง ได้แก่ ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก คันตามผิวหนัง กล้ามเนื้อกระตุก อาจเกิดการชักได้ความดันโลหิตต่ำ และกดการทำงานของระบบหายใจ และภาวะกดการหายใจ (Fields, 2004) ซึ่งสำคัญมากภายหลังได้ยาจึงควรมีการประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัว (sedative score) (Jarzyna et al., 2011; van Dijk et al, 2002)

การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Sedation score) ตามเกณฑ์การประเมินระดับความรู้สึกตัวมีแนวทางการประเมิน (ศศิกานต์, 2547) ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน ระดับความรู้สึกตัว (Sedation score)

0 คะแนน = หลับ ปลุกตื่น

1 คะแนน = ง่วงเล็กน้อย ปลุกตื่นง่าย

2 คะแนน = ง่วงนอนปานกลาง ค่อนข้างบ่อย ปลุกตื่นง่าย

3 คะแนน = ง่วงมาก ปลุกตื่นยาก

แนวทางการให้ยาบรรเทาปวดกับระดับความรู้สึกตัว โดยมีแนวทางการประเมินดังนี้

- กรณีให้ยาระงับปวดระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์แบบครั้งคราว ประเมินอัตราการหายใจ และระดับความรู้สึกตัวหลังให้ยา 10-15 นาที

- กรณีให้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ประเมินอัตราการหายใจ และระดับความรู้สึกตัวทุก 4 ชั่วโมง

- รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือตรวจพบ อาการดังต่อไปนี้

- ง่วงซึมมาก (sedation score= 2)

- อัตราการหายใจ < 10 ครั้งต่อนาที

- ความดันโลหิตซิสโตลิคต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

- ไม่สามารถขยับขาหรือนิ้วเท้าได้

- รายงานวิสัญญีแพทย์ด่วนเมื่อผู้ป่วยมีอาการ/ตรวจพบมีอาการเขียว ระดับความรู้สึกตัว (sedation score) = 3 อัตราการหายใจน้อยกว่า 15 ครั้งต่อนาทีในเด็ก หรือหยุดหายใจ ให้ นาลอคโซน (naloxone) 0.1 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทันทีและให้ซ้ำอีก 0.1 มิลลิกรัม ถ้าไม่ดีขึ้นใน 5 นาที หรือมีความดันโลหิตซิสโตลิคต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

2. ยาบรรเทาปวดชนิดกลุ่มไม่เสพติดหรือนอนโอปิออยด์ (nonnarcotic analgesics or nonopioids) ได้แก่ ยากลุ่มไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDs]) และยากลุ่มอะเซตามิโนเฟน (acetaminophen) (Gazal, & Mackie, 2007) ยากลุ่มไม่ใช่สเตียรอยด์ จะออกฤทธิ์บรรเทาปวดโดยลดการตอบสนองของเซลล์ต่อสารก่อความปวด และยับยั้งการส่งผ่านสัญญาณประสาทนำความรู้สึกปวด ลดการอักเสบและลดไข้ (Fields, 2004) และหากนำมาใช้ร่วมกับยาจำพวกโอปิออยด์ จะออกฤทธิ์เสริมกัน (Gazal, & Mackie, 2007) ทำให้สามารถลดขนาดของยาและหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ของโอปิออยด์ได้ และยากลุ่มไม่ใช่สเตอรอยด์ ได้แก่ แอสไพริน (aspirin) ไอบูโปรเฟน (ibuprophen) นาโปรเซน (naproxen) และคีโตโรแลค (ketorolac) ข้อดีของยากลุ่มนี้ คือไม่ทำให้ง่วงหรือกดการทำงานของระบบหายใจ ส่วนอาการข้างเคียง คือทำให้ระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหาร การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ทำให้ใช้เวลาในการแข็งตัวนานขึ้น เป็นพิษต่อไตสำหรับเด็กเล็กไม่นิยมให้ยาประเภทนี้ (Fields, 2004)

ยากลุ่มอะเซตามิโนเฟน มีกลไกบรรเทาปวดต่างจากเอนเซดส์โดยจะมีฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดินในระบบประสาทส่วนกลาง มากกว่าฤทธิ์ต้านการอักเสบ โดยการออกฤทธิ์ยับยั้งเอมไซม์ไซโครออกจิเนส(cyclooxygenase)ที่สมอง ยับยั้งการเดินทางของบันโบสไปนอล ซีโรโทนิจิค (bulbospinal serotonergic pathway) โดยออกฤทธิ์ใน 15-30 นาที อยู่นาน 4-6 ชั่วโมง ออกฤทธิ์สูงสุดใน 2 ชั่วโมง เมื่อใช้ชนิดเดียว มีฤทธิ์อ่อน ควรเสริมกับ ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่โอปิออยด์ชนิดอื่น จึงมีฤทธิ์บรรเทาความปวดและลดไข้ มีผลข้างเคียงต่อเนื้อเยื่อ

กระเพาะอาหารน้อยกว่ากลุ่มไม่ใช่สเตียรอยด์ ไม่มีผลต่อการเกาะกันของเกล็ดเลือด แต่อาจมีพิษต่อตับ ไม่ควรให้รับประทานเกิน 90 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ดังนั้น จึงควรระมัดระวังในผู้ป่วยทารกหรือผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ (Gazal, & Mackie, 2007)

3. ยาเสริมอื่นๆ (adjuvant medications) เป็นยาที่ใช้เพื่อเสริมฤทธิ์ในการบรรเทาปวด เมื่อให้พร้อมกับยาบรรเทาปวด ทำให้ปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดลดลง การเกิดพิษหรืออาการข้างเคียงลดลง ยาเสริมกลุ่มนี้ ได้แก่ ยากันชัก ยาแก้อาการซึมเศร้า ยาคลายกล้ามเนื้อ ยานอนหลับ และสเตียรอยด์ เป็นต้น ซึ่งในกลุ่มนี้ไม่นิยมใช้ (Khalil et al., 2003; Van Dijk et al., 2002)

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดแนวทางการใช้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้ป่วยเพื่อควบคุมความรุนแรงของความปวดเป็นลำดับขั้นบันได (Vargas-Schaffer, 2010) ดังนี้

บันไดขั้นที่ 1: กรณีที่ความปวดมีระดับน้อย (mild pain) คือประเมินความรุนแรงของความปวดได้ระดับ 1-3 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน เป็นความปวดระดับเล็กน้อย สามารถเลือกใช้ยาบรรเทาปวดโดยใช้ยากลุ่มไม่เสพติด ดังนี้ (Perrott et al., 2004; Romej, Voepel-Lewis, Merkel, Reynolds, & Quinn, 1996)

ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) 10-15 มิลลิกรัม/กิโลกรัม /ครั้ง รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง หรือเมื่อจำเป็น

บันไดขั้นที่ 2: กรณีที่ความปวดมีระดับปานกลาง (moderate pain) คือประเมินความรุนแรงของความปวดได้ระดับ 4-6 จากคะแนนเต็ม 10 หรือความปวดระดับปานกลาง ขั้นนี้จะเริ่มให้ใช้ยากลุ่มเสพติดร่วมด้วย ให้เลือกใช้ยาบรรเทาปวดได้สองชนิดร่วมกันได้ (Multiple model) ดังนี้

ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) 10-15 มิลลิกรัม/กิโลกรัม /ครั้ง รับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง หรือเมื่อจำเป็น

ยาเฟนทานิล (Fentanyl) 0.5-1 ไมโครกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 2 ชั่วโมง (Taheri et al., 2011)

บันไดขั้นที่ 3: กรณีที่ความปวดรุนแรง (severe pain) ซึ่งประเมินความรุนแรงของความปวดได้ระดับ 7-10 หรือเมื่อการใช้ยาในขั้นที่ 2 ไม่ได้ผลยังมีความปวดหรือมีความปวดเพิ่มขึ้น ให้เพิ่มการใช้ยากลุ่มเสพติดที่แรงขึ้น เช่น มอร์ฟีน เพทธีดีน (Bouwmeester et al., 2001) แต่ไม่ควรใช้ในเด็กเพราะเป็นพิษต่อระบบประสาท การประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติดังกล่าวในการจัดการความปวดจากการผ่าตัด โดยเลือกการให้ยาบรรเทาปวดที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงความปวดหรือจนกว่าจะสามารถควบคุมความปวดได้ การใช้ยาในแต่ละขั้นร่วมกันจะช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Aninci et al., 2005) ช่วยลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงจากการใช้ยาอีกด้วยแนวปฏิบัติในการเลือกใช้ยาบรรเทาปวดมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับ

สภาพของผู้ป่วย และแพทย์ผู้ให้การรักษา ซึ่งความปวดระดับรุนแรง (คะแนน7-10) จำเป็นต้องให้ยากลุ่มโอปิออยด์ ดังต่อไปนี้ (Duedahl, & Hansen, 2007)

ยาเฟนทานิล (Fentanyl) 0.5-1 ไมโครกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 30 ถึง 60 นาที

ยามอร์ฟีน (Morphine) 0.05-0.1 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง ฉีดทางหลอดเลือดดำทุก 3-4 ชั่วโมงหรือเมื่อจำเป็น

การจัดการความปวดโดยการใช้ยา พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการระยะเวลาออกฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น (Eltzschig et al., 2002) โดยเลือกการให้ยาบรรเทาปวดที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงความปวดของผู้ป่วยจากบันไดขั้นบนลงสู่บันไดขั้นล่าง หรือจนกว่าจะสามารถควบคุมความปวดได้ การใช้ยาในแต่ละขั้นร่วมกันจะช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงจากการใช้ยาอีกด้วย พยาบาลจึงควรคำนึงวิธีการในการให้ยาดังต่อไปนี้ (Smeltzer & Bare, 2004; Srouji, Ratnapalan, & Schneeweiss, 2010)

1. ตามเวลา ถ้าเป็นยาที่กำหนดเวลาเฉพาะเจาะจง ควรให้ตามเวลาที่กำหนดเช่น ทุก 4 ชั่วโมงหรือ 6 ชั่วโมงไม่ควรรอให้ผู้ป่วยบอกว่าปวดก่อนจึงให้ยา และการให้ยาเมื่อความรุนแรงของความปวดน้อยจะได้ผลดีกว่ารอให้ปวดมากจนควบคุมไม่ได้ เช่น หลังผ่าตัดอาจให้ ตามเวลาไปก่อนไม่ต้องรอให้ปวดมากจึงให้ ผู้ป่วยอาจเกิดอาการปวดก่อนเวลาที่กำหนด โดยทั่วไปสามารถให้ซ้ำได้เลยเพราะขบวนการเผาผลาญยาไม่เหมือนกันในเด็กแต่ละคน ถ้ามียาตัวอื่นที่แพทย์มีแผนการรักษาไว้ให้สลับ ก็สามารถให้ได้เลย ถ้ายังไม่ได้ผลควรรายงานแพทย์ผู้รักษาเพื่อพิจารณาเปลี่ยนยา

2. พิจารณาสภาพเด็ก ถ้าเด็กสามารถรับประทานยาทางปากได้ควรให้เป็นอันดับแรกเพราะมีความปลอดภัยสูงกว่ายาฉีด ไม่ควรฉีดยาแก้ปวดทางกล้ามเนื้อให้แก่เด็ก เพราะเด็กมักกลัวการฉีดยาจนอาจไม่บอกเกี่ยวกับการความปวดที่เป็นอยู่อีกต่อไป

3. ประเมินติดตามผลการใช้ยา ตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาแต่ละตัวเพื่อดูว่าเด็กได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาปวดเพียงพอหรือยัง โดยใช้เครื่องมือในการประเมินความปวด และเปรียบเทียบกับก่อนการให้ยา แม้ว่าในปัจจุบันการบรรเทาความปวดแผลผ่าตัด จะใช้วิธีการให้ยาเป็นหลักแต่ทีมผู้รักษาควรต้องมีความระมัดระวังในการใช้ยา และต้องตระหนักถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นนอกจากนี้การบรรเทาความปวดยังต้องมีแผนการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาก่อน พยาบาลจึงจะสามารถให้ได้

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยาในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ปฏิบัติได้ง่าย ใช้เวลาเพียงเล็กน้อย ทำให้สามารถลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวดและอาการข้างเคียงจากยาบรรเทาปวด สามารถช่วยให้เด็กมีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่ดี ลดความวิตกกังวล ทำให้เด็กได้รับความสุขสบาย ผ่อนคลาย สามารถควบคุม และเผชิญความปวดได้ (Chambers, Taddio, Uman, & McMurtry, 2009; Polkki, Vehvilainen-Julkunen, & Pietila, 2001) จากการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาในเด็กหลังผ่าตัดอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดชนิดเฉียบพลันโดยไม่ใช้ยาในเด็กเล็กที่คาบเกี่ยวกลุ่มอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จากการทำหัตการที่มีความปวดเฉียบพลันเป็นส่วนใหญ่ (Riddell, Racine, Turcotte et al., 2011; Stinson et al., 2008; Uman, Chamber, McGrath, & Kisely, 2008) จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) ได้ข้อเสนอแนะในการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ดังนี้

1. การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นเทคนิคที่ใช้หลักการการเปลี่ยนแปลงอารมณ์หรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความปวด ด้วยการหันเหความสนใจของเด็กให้ไปจากจุดที่ได้รับความปวดไปสู่การกระตุ้นอื่นที่น่าสนใจกว่า และสร้างความรู้สึกพึงพอใจ เมื่อเด็กรับรู้สิ่งกระตุ้นจะไปปรับเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ความจำ และประสบการณ์ ที่สมองส่วนคอร์เทกซ์ แล้วส่งผ่านไปเรติคิวล่าฟอร์เมชั่นเพื่อไปยับยั้งสัญญาณประสาท ทำให้เกิดประตูปิดกั้นความปวด ทำให้ความปวดลดลง (วิลาวัลย์, 2548)

วิธีการที่ใช้เบี่ยงเบนความสนใจในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี (Uman et al., 2008) การเล่นของเล่นมีเสียงในเด็กเล็ก การเล่นตุ๊กตา (Dahlquist et al., 2002) การเล่านิทาน (Mason et .al, 1999) การดูวีดีโอการ์ตูน (Cohen et al., 2006; MacLaren, & Cohen, 2005) การเล่นเป่าฟอง (สุนทรี, 2552; Fanurik, Koh, & Schmitz, 2000; Hedén, von Essen, & Ljungman, 2009) การใช้ศิลปะรักษา (Favara-Scacco, Smirne, Schiliro, & Di Catado, 2001) การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยภาพและเสียง (สายฝน, สุธิศา, และเกสรา, 2553) ผลการศึกษาพบว่าการเบี่ยงเบนความสนใจช่วยลดความปวดและความเครียดในเด็ก

2. การโอบกอด ปลอบโยนและการลูบสัมผัส การให้พ่อแม่สัมผัส พูดคุยและสบตากับลูก วิธีการโดยการการสอนให้พ่อแม่ช่วยเหลือในการเบี่ยงเบนความสนใจในเด็ก เช่น การลูบสัมผัส การอุ้มกอดปลอบโยนมักใช้ร่วมกับการให้เด็กเล่นของเล่นที่ใช้มือจับ จากผลการวิจัยพบว่าช่วยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กมากยิ่งขึ้นและเด็กมีพฤติกรรมแสดงความปวดลดลง (Hillgrove, 2008)

การลูบสัมผัส เป็นการใช้มือหรือปลายนิ้วลูบผิวหนังไปมาตามส่วนของร่างกาย บริเวณ แขน ขา ลำตัว และศีรษะเพื่อกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่และจะบรรเทาปวด ทำให้เด็กรู้สึกสบายและผ่อนคลายเป็นการเบี่ยงเบนความปวดจากการผ่าตัด โดยให้ผู้ดูแลใช้มือหรือ ปลายนิ้วลูบสัมผัสไปมาอย่างนุ่มนวลบริเวณผิวหนังของเด็ก

อุปกรณ์ หมอนใบเล็กๆ

วิธีการ

1) ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่หรือเจลล้างมือ

2) เตรียมจิตใจให้สงบ ทำด้วยความเต็มใจ และมั่นใจ ปรารถนาจะช่วยเหลือให้เด็กได้รับการบรรเทาความปวด

3) บอกเด็กก่อนลงมือทำ

4) จัดท่าให้เด็กนอนในท่าสบายหรืออุ้มกอด

5) ใช้ฝ่ามือหรือปลายนิ้วโดยใช้มือข้างถนัดลูบผิวหนังเด็กเบาๆเป็นจังหวะช้าๆ สม่ำเสมอบริเวณแขน ขา ลำตัว ศีรษะ หรือผิวหนังรอบๆ บริเวณผ่าตัด (หลีกเลี่ยงบริเวณผ่าตัดเพื่อไม่ให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อแผลผ่าตัด) โดยลูบเป็นจังหวะช้าๆ ประมาณ 20 ครั้ง รวมเป็นเวลา 2 นาที หรือนานเท่าที่เด็กชอบและต้องการ

6) สามารถลูบสัมผัสเด็กได้บ่อยครั้งตามความต้องการของเด็กและตามความเหมาะสม

3. การจัดท่า จากการศึกษาพบว่าการจัดท่าในเด็กที่ได้รับการผ่าตัด มีดังนี้

3.1 กรณีเด็กที่ผ่าตัดช่องท้อง ให้นอนหงาย ศีรษะสูง 20-30 องศา งอข้อเข่าเล็กน้อย โดยนำหมอนใบเล็กๆ รองใต้เข่าถึงปลายเท้าทั้งสองข้าง การจัดท่านอนหงายยกหัวสูง 20-30 องศาและงอขาโดยใช้หมอนหนุนเล็กน้อยในเด็กที่ได้รับการผ่าตัด และจากงานวิจัยพบว่าการจัดท่านอนในเด็กหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องไม่ตึงตัว ปอดขยายตัวได้มากขึ้น ทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สดีขึ้น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงเพิ่มขึ้นอัตราการเต้นของหัวใจลดลง และคะแนนพฤติกรรมการแสดงออกความปวดลดลง นอกจากนี้ยังลดขนาดและความถี่ของการใช้ยาลดปวดลง ระยะเวลาการร้องสั้นลง และนอนได้นาน การจัดท่าศีรษะสูงในผู้ป่วยหลังผ่าตัดควรทำภายหลังจากที่เด็กรู้สึกตัวดีก่อน และควรเปลี่ยนท่าทุก 2-3 ชั่วโมงและอาจใช้เก้าอี้ (baby-sit) เพื่อให้เด็กอยู่ในท่าศีรษะสูงการจัดท่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดควรจัดให้นอนศีรษะสูงเพื่อ ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และข้อตะโพกงอสามารถลดการตึงของแผลผ่าตัดทำให้ความปวดน้อยลง จากการศึกษาในเด็กอายุ 9 เดือน-4 ปี พบว่าการให้เด็กอยู่ในท่านั่งกอดมารดาไว้ทำให้เด็กมีความเครียดวิตกกังวลลดลง (Sparks, Setlik, & Luhman, 2007) และจากรายงานพบว่าเมื่อจัดให้ทารกในระยะหลังผ่าตัดช่องท้องมากกว่า 24 ชั่วโมง นอนในท่าศีรษะสูงเป็นเวลา 5 - 10 นาที และ 15 นาที จะมีค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่า อัตราการเต้นของหัวใจและปวดน้อยกว่า

ทารกที่จัดให้นอนหงายราบ นอกจากนี้ทารกยังมีความสุขสบายและนอนหลับนานกว่า (สุดาภรณ์, 2545)

3.2 กรณีเด็กผ่าตัดช่องปากและใบหน้าให้นอนตะแคงหน้าด้านใด ด้านหนึ่ง ห้ามนอนทับแผลหรืออยู่ในท่าผู้ดูแลอุ้มกอด (Augsornwan, Pattangtanang, & Pikhunthod, 2011)

3.3 กรณีผ่าตัดตกแต่งท่อปัสสาวะและอวัยวะเพศ จัดให้เด็กนอนในท่าตะแคง หรือนอนหงายงอเข่าเล็กน้อย ดูแลให้สายระบายไม่ให้ถูกดึงรั้งหัก พับ (McLorie et al., 2001)

5. การเล่นของเล่น การจัดของเล่นให้เด็กเล่นควรจะจัดในเวลาที่เหมาะสมคือเด็กต้องมีความอยากเล่น ในขณะที่เด็กปวดมากภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกเด็กยังอาจจะปวดมากและไม่อยากจะเล่น แต่หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เด็กบางคนสามารถที่จะเล่นได้ ดังนั้นการจัดของเล่นให้เล่นในเวลานี้จะช่วยเบี่ยงเบนความปวดได้ โดยเมื่อเด็กเริ่มแสดงพฤติกรรมความปวดให้ผู้ป่วยเลือกของเล่นเอง เช่น ต่อบล็อก เล่นตุ๊กตา เล่นหุ่นยนต์ รถ ของเล่นมีเสียงดนตรี ระยะเวลาในการเล่น 15-30 นาที (Dahlquist et al., 2002: level III-1/Grade C)

6. การฟังนิทาน สื่ออารมณ์ขันด้วยการให้ผู้ดูแลเล่านิทานหนังสือมีรูปภาพประกอบ หรือสื่ออารมณ์ขัน เลือกตามความชอบของเด็ก (Mason, Johnson, & Woolley, 1999: level III-1/Grade C)

ชนิดของการเล่านิทาน มี 2 ชนิด คือ

1) การเล่าแบบปากเปล่า

2) การเล่าโดยใช้สื่อประกอบ เช่น หนังสือที่มีภาพประกอบ การเล่านิทานที่มีหุ่นมือประกอบหรือการเล่านิทานจากเทปที่มีภาพประกอบ เด็กชอบการเล่านิทานที่มีสื่อประกอบมาก เนื่องจากสนุกจากการได้มองเห็นภาพทางตาและได้ยินทางหู มีผลทำให้ลดปวด

หลักการเลือกนิทานสำหรับเด็กวัยเรียน ต้องคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้

1) เป็นเรื่องง่ายๆ เน้นเหตุการณ์อย่างเดียว ให้เด็กคาดคะเนเรื่องได้บ้าง

2) มีการดำเนินเรื่องรวดเร็ว

3) ตัวละครน้อย มีลักษณะเด่นที่จำง่าย

4) มีบทสนทนามากๆ

5) ใช้ภาษาง่ายๆ ประโยคสั้นๆ

6) เป็นเรื่องใกล้ตัว เช่น ครอบครัว เพื่อให้เด็กจินตนาการได้ง่าย

7) สร้างความรู้สึกพอใจให้เด็ก

8) ความยาวไม่เกิน 25-30นาที

7. การให้พ่อแม่อยู่ด้วยตลอดเวลา ช่วยให้เด็กคลายความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียดจากการอยู่ในโรงพยาบาล และเผชิญกับความปวดได้อย่างเหมาะสม พ่อแม่สามารถช่วยในการลดความปวดในเด็กได้ (Dick, Psych, & Crawford, 2010)

8. การดูการ์ตูน (Cohen et al., 2006; MacLaren, & Cohen, 2005) เป็นการให้เด็กดูการ์ตูนจากแผ่นซีดีหรือแท็ปเล็ตที่มีภาพเคลื่อนไหวเพื่อเบี่ยงเบนความปวด อุปกรณ์ได้แก่ เครื่องเล่นแผ่นซีดีหรือแท็ปเล็ต แผ่นซีดีการ์ตูนเรื่องที่เด็กสนใจ โดยมีหลักการเลือกการ์ตูนจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับวัย ตามความชอบและพัฒนาการของเด็ก วิธีการคือเปิดการ์ตูนจากแผ่นซีดีหรือแทปเล็ตให้เด็กดู สำหรับระยะเวลาการดูการ์ตูนครั้งละไม่เกิน 15-30 นาที หรือตามความเหมาะสมกับเด็กแต่ละราย

การบันทึกและการติดตามประเมินความปวดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

การบันทึกความปวดหลังผ่าตัดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 มีความสำคัญเพราะช่วยให้ทีมงานดูแลผู้ป่วยสามารถติดตามผลการรักษาได้ใกล้ชิดขึ้น (ภาณีและคณะ, 2548) การบันทึกเกี่ยวกับความปวด เช่น ตำแหน่ง ลักษณะความปวด ความถี่ ในแบบบันทึกทางการพยาบาล และบันทึกคะแนนความปวดในแบบบันทึกสัญญาณชีพ และการการติดตามหลังได้ยาแก้ปวดโดยประเมินความปวดหลังได้ยาฉีด 15 -30 นาที ประเมินหลังได้ยากิน 30 นาที ต้องมีการติดตามจนอาการปวดดีขึ้นประเมินต่อไปทุก 2-4 ชั่วโมง และติดตามผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น รวมถึงการประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัว (ส่องศรี, วิลาวัลย์, พัชรี, 2552) ซึ่งในปัจจุบันได้มีการบันทึกข้อมูลความปวดลงในคอมพิวเตอร์ซึ่งสะดวกและรวดเร็ว สามารถลงข้อมูลที่ประเมินได้ทันที ช่วยให้การจัดการความปวดในเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยองค์กรด้านความปวดแห่งสหรัฐอเมริกา (The American of Pain Management) ได้กำหนดให้มีการบันทึกผลการประเมินความปวดในรายงานการรักษาทุกครั้ง และประกาศให้เป็นนโยบาย มีวิธีการปฏิบัติกำหนดให้มีการทบทวนนโยบายทุก 3 ปี (Stomberg, Lorentzen, Lindguist, & Haljamae, 2003)

ดังนั้นการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัดที่ดีมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับทฤษฎีและกลไกการเกิดความปวด การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อจะได้นำไปวางแผนในการช่วยเหลือเด็กให้สามารถเผชิญความปวดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่ทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีประสบการณ์ที่ดีต่อการรับรู้ความปวดจากการผ่าตัด พร้อมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจขึ้นภายหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และกลับสู่ชีวิตปกติได้เร็วขึ้น (Mackenzie, 2008)

การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์ และการศึกษาทดลองความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพต้องศึกษาค้นคว้าทบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ที่ได้รับการยืนยันหรือผ่านการทดลองในทางปฏิบัติมาแล้วว่าได้ผลจริงแล้วนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อให้ได้ความรู้ที่น่าเชื่อถือ แม่นตรง และเหมาะสมในการนำมาใช้ในแต่ละหน่วยงานหรือองค์กร เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (ฉวีวรรณ, 2548) ความรู้ดังกล่าวรวมถึงประสบการณ์ทางคลินิก สามารถนำมาปรับปรุงการให้บริการตามเหตุการณ์ ตามความเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ ความพึงพอใจ ร่วมกับใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างประหยัด คุ้มค่าคุ้มทุน ไม่ยุ่งยาก และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (NHMRC, 1998) การจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นวิธีการหนึ่งที่สร้างขึ้นจากการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือและนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีคุณภาพในการให้บริการที่เป็นรูปธรรม ช่วยลดความหลากหลายของการปฏิบัติ ลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ เพิ่มคุณภาพการดูแลที่มีปัญหา เป็นการยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติ ทำให้สามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพมากที่สุด (NHMRC, 2009) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ต้องมีการปฏิบัติตามขั้นตอนของการสร้างและพัฒนาอย่างเคร่งครัด หลังจากได้แนวปฏิบัติดังกล่าวพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่ดี ที่ถูกต้องไม่เกิดอันตราย และเป็นการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล

ความหมายของแนวปฏิบัติพยาบาล

สภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) ได้ให้ความหมาย แนวปฏิบัติเป็นข้อกำหนดที่จัดทำอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการวิเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญในหลายสาขาวิชาชีพ และได้ข้อสรุปที่เหมาะสมในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติทีมสุขภาพ และผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมตามสถานการณ์ปัญหา

อรพรรณ (2553) ได้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก คือ เครื่องมือที่ใช้กำหนดวิธีการปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถให้การบริการไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อ

เป้าหมายในการประกันคุณภาพการบริการ ปกป้องสิทธิของผู้รับบริการและส่งเสริมให้ผู้รับบริการทางสุขภาพได้รับการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด การปฏิบัติตามข้อแนะนำ (recommendations) ที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติ เป็นวิถีทางที่ช่วยปกป้องผู้ให้บริการจากการถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียนได้

สรุปแนวปฏิบัติพยาบาล คือ ข้อความที่ถูกพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบโดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยตัดสินใจในการปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามสถานการณ์ปัญหา ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ เพื่อเป้าหมายในการประกันคุณภาพการบริการและปกป้องสิทธิของผู้รับบริการ

ประโยชน์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล

การพัฒนาแนวปฏิบัติจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีระบบ ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลทำให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีมาตรฐาน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา มีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ลดความหลากหลาย เนื่องจากแนวปฏิบัติเป็นตัวชี้แนวทางในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติใช้ความรู้ความชำนาญในการวิเคราะห์พิจารณาในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม มีโอกาสร่วมปรึกษาหารือและทบทวนความรู้ซึ่งกันและกัน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน เป็นแนวทางที่ช่วยในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำให้มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการ เพิ่มคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการได้ ส่งเสริมความมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพลดค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล

จากการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติพบว่ามีองค์กรด้านสุขภาพหลายองค์กรที่ได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกขึ้นทั้งระดับชาติ ระดับหน่วยงานหรือสมาคมบริการสุขภาพเฉพาะทาง เช่น แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Counsil [NHMRC]) เครือข่ายแนวปฏิบัติทางคลินิกของกลุ่มสกอตแลนด์ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN]) สถาบันวิจัยทางการดูแลสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Health Care Research and Quality [AHRQ]) สมาคมพยาบาลแห่งออนตาริโอ (Registered Nurse Association of Ontario [RNAO])

ราชวิทยาลัยพยาบาล (Royal College of Nurse [RCN]) สถาบันวิจัยที่เป็นเลิศทางคลินิกแห่งชาติ (National Institute for Clinical Excellence [NICE]) เป็นต้น (ฉวีวรรณ, 2548) ทั้งนี้การกำหนดแนวทางการจัดทำแนวปฏิบัติของแต่ละองค์กรมีความหลากหลายขั้นตอนตั้งแต่ 4-5 ขั้นตอน ถึง 17-18 ขั้นตอน แต่มีหลักการคล้ายคลึงกัน และใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีกระบวนการเริ่มตั้งแต่ การกำหนดทีมสหวิชาชีพ การสืบค้นและประเมินหลักฐานอย่างเป็นระบบ การบูรณาการความคิดเห็นและประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ การทดลองใช้ การประเมินผลและปรับปรุง

การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลมีหลากหลายแนวคิดที่คล้ายคลึงกันในแต่ละสถาบัน การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) เนื่องจากเป็นสถาบันที่ได้รับการยอมรับ มีความน่าเชื่อถือขององค์กรทางด้านสุขภาพ ได้มีการจัดทำแนวปฏิบัติและเผยแพร่ไว้มากมาย มีขั้นตอนการสร้างอย่างสมบูรณ์ มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นที่นิยมใช้ในหลายหน่วยงาน ในการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกประกอบด้วย 3 ระยะ (17 ขั้นตอน) ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ มี 12 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ 5) การสืบค้นและประเมินคุณภาพ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติ 7) นำร่างแนวปฏิบัติไปเผยแพร่และทดลองใช้ 8) ประเมินผลร่างแนวปฏิบัติและปรับปรุงแก้ไข 9) สร้างแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์ 10) รายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 11) ประเมินเนื้อหาของแนวปฏิบัติและ12) สรุปเป็นแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์ ระยะที่ 2 ระยะเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติไปใช้ มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การเผยแพร่แนวปฏิบัติ 2) การทดลองใช้แนวปฏิบัติและ 3) การปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ระยะที่ 3 คือ ระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ มี 2 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินผลของแนวปฏิบัติ และ 2) การปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ

การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวทางในการดำเนินการของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) เพื่อให้กระชับและสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง โดยแบ่งระยะในการดำเนินการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (12 ขั้นตอน) ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ 5) การสืบค้นและประเมินคุณภาพ กำหนดเครื่องมือในการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ รวบรวม คัดเลือกหลักฐาน วิเคราะห์

สังเคราะห์ และสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน 2) การประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน 3) การจัดอบรมการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล 4) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 1) การประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลด้านความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้ การประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี การประเมินผลความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี และ 2) การปรับปรุงและสร้างเป็นแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์ (ภาพ 2)

ระยะและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998)	**ระยะและขั้นตอน การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี**
ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ มี 12 ขั้นตอน	**ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล** มี 6 ขั้นตอน
1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ	1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ
2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ	2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ
3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย	3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย
4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ	4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ
5) การสืบค้นและประเมินคุณภาพ	5) การสืบค้นและประเมินคุณภาพ กำหนดเครื่องมือในการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ รวบรวม คัดเลือกหลักฐาน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998)	**ระยะและขั้นตอน การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี**
6) ยกร่างแนวปฏิบัติ	6) ยกร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดหลังการผ่าตัด 3) การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยา 4) การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยา 5) การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด
7) นำร่างแนวปฏิบัติไปเผยแพร่และทดลองใช้	
8) ประเมินผลร่างแนวปฏิบัติและปรับปรุงแก้ไข	
9) สร้างแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์	
10) รายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ	
11) ประเมินเนื้อหาของแนวปฏิบัติ	
12) สรุปเป็นแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์	
ระยะที่ 2 ระยะเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติไปใช้ มี 3 ขั้นตอน	**ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ** มี 4 ขั้นตอน
13) การเผยแพร่แนวปฏิบัติ	1) การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน
14) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ	2) การประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน
15) การปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ	3) การจัดอบรมการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล
	4) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ
ระยะที่ 3 คือ ระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ มี 3 ขั้นตอน	**ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ** มี 2 ขั้นตอน
16) การประเมินผลของแนวปฏิบัติ	1) การประเมินผลของแนวปฏิบัติพยาบาล
17) การปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ	2) การปรับปรุงและสร้างเป็นแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์

ภาพ 2. เปรียบเทียบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998)

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ

1. กำหนดความต้องการ และขอบเขตของแนวปฏิบัติ ทีมพัฒนาควรระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยมีความชัดเจนของปัญหาที่เลือก เป็นหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงคุณภาพ และจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้นใหม่ มักจะเป็นเรื่องที่มีความเสี่ยงสูง ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในสิ่งที่ไม่จำเป็น การให้บริการมีความหลากหลายในการปฏิบัติ ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการบริการหรือภาวะแทรกซ้อน

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เลือกพัฒนา เพื่อความสมบูรณ์ของแนวปฏิบัติทางคลินิกจากความคิดที่หลากหลาย โดยทั่วไปประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญทั่วไป ผู้เกี่ยวข้องในวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ตัวแทนกลุ่มผู้รับบริการ ผู้เชี่ยวชาญการพัฒนาแนวปฏิบัติ และผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับจำนวนทีมพัฒนานั้นขึ้นอยู่กับปริมาณของข้อมูลที่ต้องใช้ประกอบในการสร้างแนวปฏิบัติ ความสลับซับซ้อนของเรื่องที่จะนำมาใช้ประกอบการพัฒนาแนวปฏิบัติ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของการมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ เมื่อได้ทีมพัฒนาที่มีคุณสมบัติเหมาะสมแล้วควรมีการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดความต้องการ กำหนดวัตถุประสงค์และร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยสมาชิกควรอยู่ระหว่าง 5-10 คนเพื่อความสะดวกในการนัดหมายประชุม

3. กำหนดวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมาย ก่อนการดำเนินงานทีมพัฒนาควรกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน โดยคำนึงถึงสถานการณ์และปัญหาทางคลินิก ประเภทกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้รับบริการในแนวปฏิบัติ ประเภทของหน่วยงานที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ รูปแบบของแนวปฏิบัติที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติ

4. การกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งคาดว่าจะเป็นประโยชน์จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้แก่ ผลลัพธ์ระยะสั้น เช่น อัตราตาย อัตราการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และความพึงพอใจของรับบริการ ผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การเกิดโรคซ้ำ คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป เป็นต้น

5. สืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ต้องมีความชัดเจนและความน่าเชื่อถือ ในขั้นตอนการคัดเลือกหลักฐานข้อมูล ต้องมีการคัดเลือกอย่างปราศจากความลำเอียง ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกันกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นจากคำที่ปรากฏในรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย วิธีการปฏิบัติ ผลลัพธ์และประเภทของหลักฐานจากนั้นสืบค้น

ข้อมูลให้ครอบคลุมมากที่สุดทั้งทางคอมพิวเตอร์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ การสืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิง และการติดต่อกับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อค้นหาหลักฐานที่ไม่ได้มีการตีพิมพ์ การสืบค้นด้วยมือ เช่นจาก หนังสือ บทความทางการพยาบาล วารสารทางพยาบาล เป็นต้น กรณีไม่พบข้อมูลหรือหลักฐานที่เป็นงานวิจัย ให้ใช้ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นได้ นอกจากนี้ การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องมีการจัดลำดับ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวทางของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2009) โดยแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง ดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานอ้างอิงมาจากการทบทวนความรู้งานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยที่งานวิจัยทุกเรื่องอยู่ในระดับ II ที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (randomize controlled trial: RCT) ทั้งหมด

ระดับ 2 หลักฐานอ้างอิงมาจากงานวิจัยทดลองที่มีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (randomize controlled trial: RCT)

ระดับ 3 มี 3 กลุ่มย่อย ได้แก่

ระดับ 3.1 หลักฐานอ้างอิงมาจากงานวิจัยทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มเทียม

ระดับ 3.2 หลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาเปรียบเทียบที่มีการควบคุมไปพร้อมๆกัน เช่น การทดลองที่ไม่มีการสุ่ม การศึกษาไปข้างหน้า (cohort study) หรือการศึกษากรณีศึกษาย้อนหลัง (case-control study)

ระดับ 3.3 หลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาเปรียบเทียบที่ไม่มีการควบคุมในขณะนั้น เช่น การศึกษาย้อนหลังระยะยาว (historical control study) การศึกษาในช่วงเวลาต่างๆ กัน และไม่มีการควบคุมในช่วงนั้นๆ

ระดับ 4 หลักฐานอ้างอิงที่มาจากการศึกษารายกรณี (case study) และมีการติดตามต่อเนื่องกัน โดยผลลัพธ์อาจวัดก่อน/หลังการศึกษา

หลังจากจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้ว หลักฐานทั้งหมดจะต้องถูกนำมาประเมินเนื้อหาสาระของหลักฐาน (body of evidence) เพื่อประเมินความเชื่อมั่นว่าหลักฐานทุกชิ้นที่จะนำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติพยาบาลมีความสอดคล้องและความเป็นไปได้ในการนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรที่กำลังศึกษาได้หรือไม่ การประเมินเนื้อหาสาระของหลักฐาน โดยใช้แบบฟอร์มตามเกณฑ์ของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council, 2009) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ (วงจันทร์, 2555) คือ

1) หลักที่เป็นแก่นของข้อเสนอแนะ (evidence base) ได้แก่ จำนวนหลักฐาน (มีจำนวนของหลักฐานมากพอ ยกเว้นงานที่มีคุณภาพสูงจริงๆ) ระดับของหลักฐาน (อย่างน้อยคือ

ระดับ 2) และคุณภาพของหลักฐาน (พิจารณาจากความลำเอียงในกระบวนการวิจัยมีมากน้อยเพียงใด)

2) ความสอดคล้องของผลการศึกษา (consistency) จากหลักฐานเหล่านั้น ข้อค้นพบจากงานวิจัยแต่ละเรื่องมีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน

3) โอกาสที่เกิดผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ/ผู้ป่วยมากกว่าผลเสีย

4) ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรและสถาบันอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับงานวิจัยนั้นทำการศึกษา

5) โอกาสความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้สูง เพราะไม่ต้องลงทุน ไม่ต้องเตรียมบุคลากร หรือไม่มีความแตกต่างในบริบทหรือวัฒนธรรมองค์กรมากจนเกินไป

สำหรับการพิจารณาระดับของข้อเสนอแนะเป็น 4 ระดับ คือ

A ดีเยี่ยม หมายถึง สาระของหลักฐานน่าเชื่อถือ ไว้ใจได้สูง

B ดี หมายถึง สาระของหลักฐานน่าเชื่อถือไว้ใจได้เป็นส่วนใหญ่

C พอใช้ หมายถึง สาระของหลักฐานนำไปกำหนดข้อเสนอแนะได้ แต่ต้องใส่ใจเป็นพิเศษ

D ไม่ดี หมายถึง สาระของหลักฐานอ่อนมาก หากจะให้ข้อเสนอแนะต้องเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ

6. ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการประเมินคุณภาพของหลักฐานแล้ว ทีมพัฒนาร่วมกันพิจารณานำข้อมูลหลักฐานการปฏิบัติที่มีคุณภาพมากำหนดเป็นแนวปฏิบัติโดยกำหนดระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ (levels of evidence) ซึ่งขึ้นกับหลักฐานที่ได้จากการสืบค้นและได้รับการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน หลังจากนั้นนำมาจัดสรุปสาระสำคัญและจัดเป็นหมวดหมู่ของแนวปฏิบัติพยาบาลตามประเด็นทางคลินิก

6.1 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ ภายหลังจากที่ทีมพัฒนายกร่างแนวปฏิบัติเสร็จแล้ว นำแนวปฏิบัติไปตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3-5 ท่าน โดยพิจารณาถึงความตรงด้านเนื้อหา ภาษา ความเหมาะสมและมีความชัดเจนของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นหลังจากนั้นนำความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข

6.2 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเพื่อดูความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ และทำการปรับแก้ไขแนวปฏิบัติที่ทีมพัฒนาสร้างขึ้นก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้ว ทีมพัฒนาจึงทำการจัดพิมพ์แนวปฏิบัติการพยาบาล

ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ

ระยะนี้ดัดแปลงมาจากขั้นตอนที่ 7 ของระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติ และประยุกต์เพิ่มจากระยะที่ 2 การเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อให้มีความเหมาะสมและนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง ดังต่อไปนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานทราบถึงการนำแนวปฏิบัติไปใช้ หลังจากจัดทำเป็นคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล ทีมพัฒนาควรทำการเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติที่ได้ไปใช้กับผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย

2.การจัดประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานมีความเข้าใจความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย เป้าหมายคุณภาพการพยาบาลที่ต้องการเปลี่ยนแปลง การสร้างแรงจูงใจ การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติเพื่อให้มีความตระหนักถึงความสำคัญของแนวปฏิบัติ และขอความร่วมมือในการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล

3. การจัดอบรมให้ความรู้ การใช้สื่อทางคอมพิวเตอร์ การจัดบอร์ดให้ความรู้การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเสริมแรงทางบวก เป็นต้น เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะต่างๆ ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาล

4. การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายตามระยะเวลาที่กำหนดหรือตามจำนวนที่ต้องการเพื่อดูความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ นำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขและจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินผลแนวปฏิบัติ เพื่อประเมินคุณภาพของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรกำหนดการประเมินผลที่ชัดเจน ซึ่งอาจเป็นการประเมินผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว การประเมินผลควรครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ การประเมินด้านโครงสร้างได้แก่ ความเหมาะสมของสถานที่ บุคลากร และเครื่องมืออุปกรณ์ การประเมินผลด้านกระบวนการได้แก่ความรู้ความเข้าใจของทีมพัฒนา ทักษะการปฏิบัติ ความถูกต้องความเหมาะสมของการใช้แนวปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลลัพธ์เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ เช่น ความปวด อุบัติการณ์ ความพึงพอใจ เป็นต้น

2. การปรับปรุงและสร้างเป็นแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์ การนำปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติไปปรับปรุงเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่สมบูรณ์และนำไปประกาศใช้ในหน่วยงาน

ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี โดยประยุกต์วิธีการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC,

1998) เนื่องจากมีขั้นตอนการสร้างอย่างสมบูรณ์มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นที่นิยมใช้ในหลายหน่วยงาน มาเป็นแนวทางในการจัดการความปวด เพื่อช่วยให้เกิดการตัดสินใจในการดูแลและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีขั้นตอนบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน การพยาบาล บุคลากรทีมพยาบาลมีความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ เกิดการทำงานเป็นทีม ช่วยลดความหลากหลายในการปฏิบัติ ลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ และทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติ

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

ความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เป็นปัญหาที่บุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจเพราะถ้าหากไม่ได้รับความช่วยเหลือจะส่งผลต่อประสบการณ์ต่อความปวดที่ไม่ดีต่อเด็กและอาจทำให้ความคงทนต่อความปวดลดลง ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความปวดหลังผ่าตัดทำให้เด็กต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น การจัดการความปวดจากการผ่าตัดเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดผลกระทบดังกล่าวได้ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการทดสอบแล้วว่าได้ผลจริง เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม การสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามคำค้น และประเมินผลของงานวิจัยนั้น ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติ คือ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การประเมินความปวดหลังผ่าตัด การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยา การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยา และการบันทึกและติดตามการจัดการความปวด ในการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลครั้งนี้เพื่อให้เกิดการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กให้มีประสิทธิภาพ มีความเป็นรูปแบบเดียวกัน ลดความหลากหลายในการปฏิบัติ และท้ายสุดผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพและมีความพึงพอใจ

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. เด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด เมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
3. ผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด เมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 ราย ที่ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี แก่เด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีคุณสมบัติคือ มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัดมากกว่า 3 ปี
2. เด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จำนวน 14 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนมีนาคม – เดือนเมษายน พ.ศ. 2558

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่ม คือ เด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ไม่มีความพิการแต่กำเนิดของไขสันหลังและสมอง รู้สึกตัวดี ไม่มีปัญหาทางการได้ยินการมองเห็น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ มีปัญหาระบบการหายใจและจำเป็นต้องให้ออกซิเจนหลังผ่าตัด มีไข้สูงหรือมีภาวะติดเชื้อ

3. ผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จำนวน 14 ราย เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนมีนาคม – เดือนเมษายน พ.ศ. 2558

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่ม ต้องเป็นบิดา มารดา หรือญาติสนิทที่คุ้นเคยกับเด็กหรือเลี้ยงดูเด็กอย่างใกล้ชิด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เครื่องมือการดำเนินการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือการดำเนินการศึกษา คือ ร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติ คือ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัด 3) การจัดการความปวดโดยการใช้ยา 4) การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา 5) การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด (ภาคผนวก ก) คู่มือการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด (ภาคผนวก ข) และพาวเวอร์พอยท์เรื่องการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด (ภาคผนวก ค) ที่สร้างจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และผ่านทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ง) ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก เพศ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล การวินิจฉัย ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของยาระงับความรู้สึก

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก ประสบการณ์ในการดูแลความปวดหลังผ่าตัดและชนิดของการดูแลที่ให้เมื่อเด็กมีความปวด

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งการทำงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ประวัติการผ่านการอบรมในเรื่องความปวด จำนวนครั้งที่อบรม และหัวข้อที่อบรม

2.2 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้ โดยดัดแปลงจากแบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุของพนิตนันท์ (2555) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติซึ่งเป็น

แบบสอบถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ เพื่อสอบถามความคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ (feasibility) ครอบคลุม 4 ด้าน ต่อไปนี้

(1) ความยากง่ายในการปฏิบัติ (transferability) มี 4 ข้อ

(2) ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี (resources) มี 2 ข้อ

(3) ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง (readiness) มี 6 ข้อ

(4) ประโยชน์ของผู้ใช้บริการ (usefulness) มี 3 ข้อ

โดยข้อความแต่ละข้อจะมีลักษณะให้เลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยกำหนดออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 5 คะแนน จนถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	มีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ผู้ตอบจะเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมายลงในช่องที่กำหนดให้ เนื่องจากแบบสอบถามนี้เป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ ข้อความทางลบ 6 ข้อ สำหรับข้อที่มีความหมายทางลบต้องกลับค่าคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้เพื่อให้ทราบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติอยู่ในระดับใด ผู้วิจัยได้แบ่งค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง เนื่องจากคะแนนเฉลี่ยของความเป็นไปได้เมื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน จึงสามารถคำนวณแบ่งช่วงระดับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติไปใช้ ในแต่ละระดับได้โดยใช้สูตร (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับ เท่ากับ (5-1)/3 = 1.33 (ชูศรี, 2546)

จากการพิจารณาดังกล่าว จึงกำหนดให้แบ่งระดับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติไปใช้ ดังนี้

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับสูง

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย

การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การประเมินความปวดหลังผ่าตัด การจัดการความปวดโดยการใช้ยา การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา และการบันทึกและติดตามการจัดการความปวด ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยกำหนดออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้มาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน
ความพึงพอใจในระดับมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน
ความพึงพอใจในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
ความพึงพอใจในระดับน้อย มีค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
พึงพอใจน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

นอกจากนี้เพื่อให้ทราบระดับความความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับใด ผู้วิจัยได้แบ่งค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง เนื่องจากคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน จึงสามารถคำนวณแบ่งช่วงระดับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติไปใช้ ในแต่ละระดับได้โดยใช้สูตร (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับ เท่ากับ (5-1)/3 = 1.33 (ชูศรี, 2546) ตามเกณฑ์ข้อ 2.2

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อมีอาการปวด การดูแลอย่างนุ่มนวลเมื่อมีอาการปวด การประเมินและสอบถามอาการปวด การมีส่วนร่วมเลือกวิธีการจัดการความปวด การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการความปวด ซึ่งใช้หลักการและวิธีการเดียวกับข้อ 2.3

2.5 แบบบันทึกคะแนนความปวดของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เวลา 24 ชั่วโมง ที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: FLACC scale) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การแสดงออกทางสีหน้า 2) การเคลื่อนไหวขา 3) การทำกิจกรรม 4) การร้องไห้และ 5) การปลอบโยน การให้คะแนนในแต่ละด้านตั้งแต่ 0 ถึง 2 คะแนนและคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน

2.6 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

ไปใช้ ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ สอบถามความคิดเห็นถึงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ประเมินผลโดยการบรรยาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี แบบสอบถามความเป็นไปได้และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของพยาบาล ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ภาษา ความเหมาะสมและความชัดเจนกับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้มีประสบการณ์ด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กเป็นเวลา 11 ปี จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการเป็นเวลา 18 ปี จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัดเป็นเวลา 26 ปี จำนวน 1 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมถูกต้องตามคำแนะนำและปรับปรุงการใช้ภาษาเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ และระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล

ระยะนี้เป็นระยะของการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี โดยประยุกต์ใช้การพัฒนาแนวปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนาของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ

การจัดการความปวดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีการทำงานเป็นทีมโดยการจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วย (patient care team) ประกอบด้วยทีมกุมารแพทย์ และพยาบาลจากหอเด็ก มีการร่วมประชุมเพื่อหาแนวทางในการจัดการความปวดและได้สร้างข้อปฏิบัติการจัดการความปวดแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ 1) กลุ่มความปวดจากหัตถการ (procedure pain) 2) กลุ่มความปวดหลังผ่าตัด

(postoperative pain) 3) กลุ่มความปวดในทารก (infant pain) และ 4) กลุ่มความปวดจากมะเร็ง (cancer pain) แนวปฏิบัติเหล่านี้ถูกสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการความปวดในผู้ป่วยทุกประเภทและทุกกลุ่มอายุ และเน้นการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาเป็นหลัก ทำให้แนวปฏิบัตินี้นำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กไม่เหมาะสม และจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบว่า การจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ซึ่งเด็กวัยนี้จะแสดงพฤติกรรมความปวดโดยการแผดเสียงร้อง อาละวาดผู้ดูแล ปฏิเสธบุคคลอื่นยกเว้นผู้ดูแลใกล้ชิด ปฏิเสธอาหาร การขับถ่าย ร้องให้ แผดเสียง (Ballweg, 2007) จากการศึกษาขององค์กรอนามัยโลกได้ให้ความเห็นว่าควรมีการจัดการความปวดในเด็กที่มีความจำเพาะตามช่วงอายุ โดยเฉพาะในเด็กเล็กซึ่งมักจะถูกละเลยและมีความเข้าใจที่ผิดๆในการจัดการความปวด (Kumar, 2007) ร่วมกับการสำรวจปัญหาจากการสัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก พบว่ามีประเด็นปัญหาหลายประการดังนี้ 1) การให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการให้คำแนะนำในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมีแบบแผนไม่ชัดเจนในส่วนของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา 2) การตีความหมายและการให้คะแนนตัวชี้วัดของเครื่องมือประเมินความปวดแตกต่างกัน 3) ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ไม่ถูกต้องในการช่วยบรรเทาความปวด และไม่มีแนวปฏิบัติที่จำเพาะตามช่วงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล ดังนี้

1. กำหนดทีมเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติมีจำนวน 9 คน ประกอบด้วย กุมารศัลยแพทย์ผู้มีประสบการณ์ด้านการผ่าตัดและการจัดการความปวดในเด็ก จำนวน 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ผู้มีประสบการณ์ด้านการจัดการความปวด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการจัดการความปวดในเด็ก จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด จำนวน 6 ท่านรวมผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยทาบทามผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 คน ดังกล่าวเพื่อเข้ามาเป็นทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิตอบรับการเป็นทีมพัฒนาทั้ง 9 ท่าน

3. ผู้วิจัยทำหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิผ่านต้นสังกัดเพื่อที่จะแต่งตั้งเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

4. จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ตามแนวคิดของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมประชุมทุกครั้ง อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะเป็นคนสืบค้นข้อมูลที่จะนำมาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และร่างโครงสร้างทุกขั้นตอนเพื่อความสะดวกและรวดเร็วก่อนมีการประชุมร่วมกันเพื่อดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดจากการ

ผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จากนั้นได้นัดประชุมอีก 2 ครั้ง รวมการประชุมทั้งหมดจำนวน 3 ครั้ง เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยและทีมพัฒนาร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี และเพื่อประเมินผลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

3.1 พยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คน ที่ให้การพยาบาลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดและปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

3.2 เด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2558 – เดือนเมษายน พ.ศ. 2558ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้รับการปฏิบัติดูแลตามแนวปฏิบัติพยาบาลสำหรับจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

3.3 ผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ.2558 – เดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดผลลัพธ์ทางคลินิก

ผู้วิจัยกำหนดผลลัพธ์ ดังนี้

4.1 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีไปใช้

4.2 ความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

4.3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

4.4 จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

ขั้นตอนที่ 5 การสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรม และคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสม ทันสมัย และน่าเชื่อถือ ระหว่างปี ค.ศ. 2002-2014 และ พ.ศ. 2545-2557 โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ pain, pain management, acute pain management, pain management in infant, pain management in children, pain management in 0-5 years old, postoperative pain management, postoperative abdominal pain management,

evidence-based practice, systematic review, clinical practice, pain scale, pain assessment in children, non-pharmacology in children ความปวดหลังผ่าตัด, ปวดในเด็ก, การจัดการความปวดหลังผ่าตัด, การจัดการความปวดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี หลังผ่าตัด, การจัดการความปวดโดยการใช้ยาในเด็กหลังผ่าตัด, การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยาในเด็ก จากแหล่งต่างๆ ดังนี้

5.1 ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ MEDLINE, EMBASE, ProQuest, Pub Med, Science Direct, และ Blackwell Synergy

5.2 ข้อมูลออนไลน์ทางอินเตอร์เน็ตของสถาบัน หรือองค์กรที่ให้บริการเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวกับการศึกษาและงานวิจัยได้แก่ www.ahrg.gov; www.cochrance.org; www.rcn.org.uk; www.hcanj.org; www.joannabriggs.edu.au; www.guideline.gov; www.ncbi.nlm.gov/PubMed; www.pediatrice.org และ www. thailist.com

5.3 การสืบค้นด้วยมือ ได้แก่ หนังสือ บทความ วารสารทางการพยาบาล วารสารทางการแพทย์ เช่น Journal of Advanced Nursing, Pediatrics, Pain Management Nursing, Pain,Current Anesthesia & Critical Care เป็นต้น

5.4 การสืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรมท้ายบทความรายงานวิจัย ผลการสืบค้นงานวิจัยและบทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

หลังจากนั้นได้คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจัดลำดับความน่าเชื่อถือและจัดส่งหลักฐานให้กับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อทำการประเมินคุณภาพเพื่อจัดระดับความน่าเชื่อถือระดับของเนื้อหาสาระของหลักฐานและระดับข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ของหลักฐานอ้างอิงตามแนวทางของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2009) ซึ่งได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 55 เรื่อง จำแนกเป็นงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกจำนวน 40 เรื่อง ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ก่อนล่วงหน้าเพื่อให้ทีมพัฒนาได้อ่านและตรวจดูความถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยจะนัดประชุมทีมพัฒนาเพื่อประเมินระดับคุณภาพและคัดเลือกงานวิจัยที่มีความเป็นไปได้และเป็นที่ยอมรับในการนำไปใช้เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติพยาบาล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดการคัดเลือกงานวิจัยที่อยู่ในระดับความน่าเชื่อถือระดับ 1 ถึง 4 ระดับของเนื้อหาสาระของหลักฐานอยู่ในระดับ A ถึง C และระดับข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ของหลักฐานอยู่ในระดับ A ถึง C

ขั้นตอนที่ 6 การยกร่างแนวปฏิบัติพยาบาล

ผู้วิจัยและทีมพัฒนารวบรวมผลจากงานวิจัยและข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่มีคุณภาพและมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญแล้วนำมาสร้างเป็นร่างแนวปฏิบัติพยาบาลสำหรับจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เวลา กิจกรรมการปฏิบัติ โดยอธิบายไว้อย่างชัดเจนพร้อมกับผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น เมื่อ

ได้ร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ผู้วิจัยและทีมพัฒนา ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพโดยพิจารณาถึงความตรงด้านเนื้อหา ภาษา ความเหมาะสมและความชัดเจนของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นกับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้มีประสบการณ์ด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กเป็นเวลา 11 ปี จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เป็นเวลา 18 ปี จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด เป็นเวลา 26 ปี จำนวน 1 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมถูกต้องตามคำแนะนำและปรับปรุงการใช้ภาษาเพื่อให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติเข้าใจได้ง่ายขึ้น

ระยะที่ 2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก

ก่อนการนำร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีไปใช้ ได้ทำหนังสือขออนุมัติทำการศึกษาวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จากนั้นนำหนังสือที่ได้รับการอนุมัติทำการศึกษาวิจัยไปเสนอต่อคณะแพทยศาสตร์เพื่อตรวจสอบจริยธรรมทางการวิจัย หลังจากผ่านคณะกรรมจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ ผู้วิจัยนำหนังสือขอเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุมัติทำการวิจัย หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์แล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

ระยะนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน การประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน การจัดอบรมการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล และการทดลองใช้แนวปฏิบัติพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน

ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์ให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยโดยสังเขปโดยการแจ้งให้ทราบเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มและทำแผ่นป้ายติดประกาศบนบอร์ดประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานเพื่อกระตุ้นให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ขั้นตอนที่ 2 การประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน

การจัดประชุมพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กเป็นกลุ่มย่อยหรือเป็นรายบุคคลจนครบทั้งหมด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การใช้แนวปฏิบัติ การดำเนินการวิจัย ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่คาดว่า

จะเกิดขึ้น และขอความร่วมมือจากพยาบาลทุกคนและผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ในการมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ พร้อมกับอธิบายความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติมาใช้เพื่อให้พยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของแนวปฏิบัติ และให้เซ็นใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ขั้นตอนที่ 3 จัดอบรมการใช้แนวปฏิบัติ

ผู้วิจัยจัดอบรมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทั้ง 15 คน เพื่อแนะนำรายละเอียดของแนวปฏิบัติและวิธีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา พร้อมกับการตรวจสอบความเที่ยงโดยการหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (inter-rater reliability) ของเครื่องมือประเมินความปวดการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: FLACC scale) ในเด็กที่มีความปวดจากการผ่าตัดจำนวน 10 ราย

ก่อนการอบรมผู้วิจัยได้ฝึกการใช้เครื่องมือเครื่องมือประเมินความปวดการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: FLACC scale) และทำการสังเกตเพื่อหาความเท่าเทียมกันกับผู้ทรงคุณวุฒิผู้มีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือประเมินความปวดและได้ประเมินความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 10 ราย

ขั้นตอนที่ 4 ทดลองใช้แนวปฏิบัติ

ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดในช่วงเวลาที่ศึกษา เป็นระยะเวลา 2 เดือน โดยในระหว่างการใช้แนวปฏิบัติได้ให้การสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เช่นการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ หนังสือการ์ตูน หรือนิทานอ่านเล่น ของเล่น เครื่องเล่นวิดีโอไว้ในห้องเล่น และมีการเยี่ยมและสอบถามปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล โดยนักวิจัยและทีมพัฒนารวมถึงการพูดคุยเพื่อร่วมหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 3 ประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผลแนวปฏิบัติ

1.1 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้ ระยะเวลา 2 เดือนโดยการแจกแบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของพยาบาลและแบบสอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติ ให้กับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนสิ้นสุดระยะเวลาการใช้แนวปฏิบัติและขอให้ส่ง

แบบสอบถามคืนภายหลังทำแบบสอบถามเสร็จจากนั้นตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามจากนั้นนำไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

1.2 ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ระยะเวลา 2 เดือน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลจากนั้นนำคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

1.3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี โดยแจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแลภายหลังได้มีการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลไปแล้ว 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดจากนั้นนำไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

1.4 จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จากนั้นนำข้อมูลไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การปรับปรุงและสร้างเป็นแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์

ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกจากพยาบาลแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขในแนวปฏิบัติพยาบาลและจัดทำเป็นคู่มือแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ฉบับสมบูรณ์พร้อมนำเสนอให้กับหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเด็ก ด้วยการขออนุญาตบิดาหรือมารดาของกลุ่มตัวอย่างก่อนโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ดูแล ทั้งนี้แจ้งให้ทราบว่าเด็กจะได้รับการดูแลตามการพยาบาลตามปกติและการดูแลตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ซึ่งพัฒนาขึ้นอย่างมีระบบขั้นตอนและคาดว่าจะช่วยลดความปวดของเด็กได้ ซึ่งไม่มีผลทางการแพทย์ หรือทางกฎหมาย โดยเด็กจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในการจัดการความปวดจากพยาบาลที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติพยาบาล ผู้ดูแลเด็กสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบและไม่มีผลต่อการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น ใช้รหัสแทนชื่อโดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยภาพรวม และผู้ดูแลที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินดีเข้าร่วมการวิจัยหลังจากที่ได้รับคำอธิบายแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างพยาบาลโดยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยให้พยาบาลรับทราบและขอความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและให้พยาบาลที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในระดับนามบัญญัติและเรียงอันดับ วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลระดับอันตรภาคและอัตราส่วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความพึงพอใจของพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ดูแล ความเป็นไปได้ต่อการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เป็นข้อมูลระดับอันตรภาคและอัตราส่วน ใช้การบรรยายด้วยค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ

3. จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี วิเคราะห์โดยใช้จำนวนและร้อยละ

4. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การแจกแจงกลุ่มคำและแจกแจงความถี่

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยประยุกต์ขั้นตอนตามแนวคิดการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (Nation Health and Medical Research Council: NHMRC, 1998) ซึ่งแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ดังกล่าวได้นำไปทดลองใช้โดยพยาบาลวิชาชีพ ดังรายละเอียดตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในบทที่ 3 ทุกขั้นตอน การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

1. องค์ประกอบของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย

2.1 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

2.2 กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

2.3 กลุ่มผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

3. ผลของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก

3.1 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้

3.2 ความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้

3.3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

3.4 จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

4. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้

ผลการวิจัย

1. องค์ประกอบของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็ก อายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จากการวิจัยได้ร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี รวมทั้งหมด 4 ร่างดังนี้

1.1 ร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 1 ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ศึกษามีจำนวน 55 เรื่อง จำแนกเป็นงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกจำนวน 40 เรื่องโดยการประเมินคุณภาพจัดระดับความน่าเชื่อถือ ระดับของเนื้อหาสาระของหลักฐานและระดับข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ของหลักฐานอ้างอิงตามแนวทางของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2009) และได้สรุปเป็นร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี มีองค์ประกอบ 4 แนวปฏิบัติพยาบาล ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติพยาบาลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2) แนวปฏิบัติพยาบาลการประเมินความปวดหลังผ่าตัด 3) แนวปฏิบัติพยาบาลการจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา และ 4) แนวปฏิบัติพยาบาลการบันทึกและติดตามการจัดการความปวด และร่างแผนภูมิสรุปแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จำนวน 1 ภาพ

1.2 ร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 2 เกิดจากการประชุมทีมพัฒนาเพื่อพิจารณาและตรวจดูความถูกต้อง พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จากร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 1 โดยนัดประชุมทั้งหมดจำนวน 3 ครั้ง ทีมพัฒนาได้เสนอแนะให้ปรับแผนภูมิแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 1 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดควรสร้างแผนภูมิเฉพาะสำหรับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และสร้างแผนภูมิสรุปการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี และเสนอแนะเพิ่มเติมให้สร้างคู่มือให้คำแนะนำผู้ดูแล

เกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด ดังนั้นร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 2 มีองค์ประกอบ 4 แนวปฏิบัติพยาบาล ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัด 3) การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา และ 4) การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด และแผนภูมิการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (ภาคกผนวก ก ภาพ 3) และแผนภูมิการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี (ภาคผนวก ก ภาพ 4) และคู่มือการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด (ภาคผนวก ข)

1.3 ร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 3 เกิดจากการนำร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 2 พร้อมแผนภูมิการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และแผนภูมิการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี และคู่มือการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) ให้ปรับแผนภูมิขั้นตอนการประเมินความปวดหลังผ่าตัดให้มีความชัดเจนง่ายต่อการปฏิบัติ 2) ให้แยกแนวปฏิบัติพยาบาลการใช้ยาและไม่ใช้ยาออกจากกัน และ 3) ให้ปรับภาษาในคู่มือการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัดให้ง่ายต่อความเข้าใจและการนำไปใช้สำหรับผู้ดูแล ดังนั้นร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 3 มีองค์ประกอบ 5 แนวปฏิบัติพยาบาล ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัด 3) การจัดการความปวดโดยการใช้ยา 4) การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา และ 5) การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด และแผนภูมิการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (ภาคผนวก ก ภาพ 3) และแผนภูมิการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี (ภาคผนวก ก ภาพ 4) และคู่มือการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด (ภาคผนวก ข)

1.4 ร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 4 ได้จากการนำร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 3 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 2 ราย พบว่า หัวข้อด้านการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยการใช้คู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดยังไม่เพียงพอ พยาบาลในหอผู้ป่วยให้ข้อเสนอแนะให้ทำเป็นพาวเวอร์พอยท์สอนเรื่องการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด (ภาคผนวก ค) และสอนสาธิตประกอบวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาแก่ผู้ดูแล โดยก่อนดำเนินการใช้แนวปฏิบัติจัดประชุมพยาบาล จำนวน 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ประชุมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็ก

ครั้งที่ 2 ประชุมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความปวดและการหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (inter-rater reliability) ของเครื่องมือการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน (FLACC scale) ดังนี้

- ผู้วิจัยได้ฝึกการใช้เครื่องมือเครื่องมือประเมินความปวดการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: FLACC scale) และทำการสังเกตเพื่อหาความเท่าเทียมกันกับผู้ทรงคุณวุฒิผู้มีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือประเมินความปวดและได้ประเมินความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 10 ราย พบว่าค่าความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย = 0.90

- ผู้วิจัยจัดอบรมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทั้ง 15 คน เพื่อแนะนำรายละเอียดของแนวปฏิบัติและวิธีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา พร้อมกับการตรวจสอบความเที่ยงโดยการหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (inter-rater reliability) ของเครื่องมือประเมินความปวดการแสดงออกทางสีหน้า ขา การเคลื่อนไหว การร้องไห้ และการปลอบโยน (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: FLACC scale) ในเด็กที่มีความปวดจากการผ่าตัดจำนวน 10 ราย พบว่าความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ย = 0.88 (คะแนนแต่ละคน ตั้งแต่ 0.80-0.90)

ครั้งที่ 3 ประชุมเพื่อชี้แจงและดำเนินการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

จากการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้การให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ดูแลโดยใช้สื่อการสอนจากพาวเวอร์พอยท์มีความยาวและใช้เวลานานเกินไป พยาบาลจึงเสนอแนะให้ปรับเป็นวีดีทัศน์ให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเนื่องจากเปิดใช้ได้ สะดวก รวดเร็ว และเปิดให้ดูเวลาไหนก็ได้ที่ผู้ป่วยพร้อม รายละเอียดสรุปดังตาราง 1

ตาราง 1

การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

ร่างแนวปฏิบัติพยาบาล	รายละเอียดแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี	ข้อเสนอแนะจากการประชุม	การปรับปรุง
ร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 1	- การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด - การประเมินความปวดหลังผ่าตัด - การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา - การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด - แผนภูมิสรุปแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี	- ปรับแผนภูมิสรุปด้านการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด - สร้างแผนภูมิสรุปการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี - สร้างคู่มือให้คำแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด	- แผนภูมิการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด - แผนภูมิการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี - คู่มือการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด

ตาราง 1 (*ต่อ*)

ร่างแนวปฏิบัติพยาบาล	รายละเอียดแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี	ข้อเสนอแนะจากการประชุม	การปรับปรุง
ร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 2	- การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด - การประเมินความปวดหลังผ่าตัด - การจัดการความปวดโดยการใช้ยา - การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา - การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด - แผนภูมิการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด - แผนภูมิการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี - คู่มือการจัดการความปวดในเด็ก	- ให้ปรับแผนภูมิขั้นตอนการประเมินความปวดหลังผ่าตัดให้มีความชัดเจนง่ายต่อการปฏิบัติ - ให้แยกแนวปฏิบัติพยาบาลการใช้ยาและไม่ใช้ยาออกจากกัน - ให้ปรับภาษาในคู่มือการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัดให้ง่ายต่อความเข้าใจและการนำไปใช้สำหรับผู้ดูแล	- การจัดการความปวดโดยการใช้ยา - การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา - แผนภูมิการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด - แผนภูมิการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี - คู่มือการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด

ตาราง 1 (*ต่อ*)

ร่างแนวปฏิบัติพยาบาล	รายละเอียดแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี	ข้อเสนอแนะจากการประชุม	การปรับปรุง
ร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ร่าง 3	- การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด - การประเมินความปวดหลังผ่าตัด - การจัดการความปวดโดยการใช้ยา - การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา - การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด - แผนภูมิการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด - แผนภูมิการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี - คู่มือการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด	- จัดทำพาวเวอร์พอยท์สอนเรื่องการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด - สอนสาธิตประกอบวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาแก่ผู้ดูแล	- พาวเวอร์พอยท์สอนเรื่องการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด

ตาราง 1 (*ต่อ*)

ร่างแนวปฏิบัติพยาบาล	รายละเอียดแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี	ข้อเสนอแนะจากการประชุม	การปรับปรุง
ร่างแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ครั้งที่ 4	- การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด - การประเมินความปวดหลังผ่าตัด - การจัดการความปวดโดยการใช้ยา - การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา - การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด - แผนภูมิการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด - แผนภูมิการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี - คู่มือการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด - พาวเวอร์พอยท์สอนเรื่องการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด	- จัดทำเป็นวีดีทัศน์สอนเรื่องการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด	- วีดีทัศน์สอนเรื่องการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ร่วมวิจัย

2.1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จำนวน 15 ราย มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 36.80 ปี (*SD* = 4.66) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการร้อยละ 53.34 พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการร้อยละ 46.66 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กเฉลี่ย 13.20 ปี (*SD* = 3.16) และผ่านการได้รับความรู้/การอบรมในเรื่องการจัดการความปวดจำนวน 15 ราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2557 จำนวนครั้งที่อบรมมากที่สุด คือ 1 ครั้ง หัวข้อที่อบรมคือการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 15)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (*M* = 36.80, *SD* = 4.66, *Min* = 30, *Max* = 45, Skewness = -0.21, Kurtosis = -0.90)		
ตำแหน่ง		
ปฏิบัติการ	8	53.34
ชำนาญการ	7	46.66
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก (ปี) (*M* = 13.20 , *SD* = 3.16, *Min* = 8, *Max* = 16 Skewness = -1.00, Kurtosis = 1.21)		
5-10 ปี	5	33.34
11-15 ปี	3	20.00
> 15 ปี	7	46.66
ประวัติการผ่านการได้รับความรู้/การอบรมในเรื่องการจัดการความปวด		
ผ่านการอบรม	15	100

ตาราง 2 (*ต่อ*)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่อบรม		
1 ครั้ง	13	86.67
2 ครั้ง	2	13.33
หัวข้อที่อบรม		
การจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก	15	100

2.2 กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จำนวน 14 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.58 มีอายุเฉลี่ย 2 ปี 9 เดือน (*M* = 2.9, *SD* = 1.7) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 4-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.60 การวินิจฉัยโรค พบว่าเป็นโรคทางระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมาคือโรคระบบทางเดินอาหารและลำไส้ คิดเป็นร้อยละ 21.42 เด็กส่วนใหญ่เคยได้รับการผ่าตัดมาแล้ว 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 28.55 เด็กส่วนใหญ่ได้รับยาสลบชนิดทั่วร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมาคือได้รับยาสลบชนิดทั่วร่างกายร่วมกับยาระงับความรู้สึกระดับไขสันหลัง ร้อยละ 42.86 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่ใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ในเรื่อง เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ประวัติการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด และชนิดยาสลบที่ได้รับ (N = 14)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	78.58
หญิง	3	21.42
อายุ (*M* = 2.9, *SD* = 1.7, *Min* = 2 month, *Max* = 5 years, Skewness = 0.65, Kurtosis = 0.98)		
1 เดือน-1 ปี	3	21.42
> 1-2 ปี	1	7.14

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
> 2-3 ปี	3	21.42
> 3-4 ปี	3	21.42
> 4-5 ปี	4	28.60
การวินิจฉัยโรค		
โรคระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์	8	57.14
โรคระบบทางเดินอาหารและลำไส้	3	21.42
โรคปากแหว่งเพดานโหว่	2	14.30
โรคนิ้วติดกันแต่กำเนิด	1	7.14
อายุ (*M* = 2.9, *SD* = 1.7, *Min* = 2 month, *Max* = 5 years, Skewness = 0.65, Kurtosis = 0.98)		
1 เดือน-1 ปี	3	21.42
> 1-2 ปี	1	7.14
> 2-3 ปี	3	21.42
> 3-4 ปี	3	21.42
> 4-5 ปี	4	28.60
ประวัติการผ่าตัด		
0 ครั้ง	5	35.71
1 ครั้ง	4	28.55
2 ครั้ง	2	14.30
3 ครั้ง	1	7.14
มากกว่า 4 ครั้ง	2	14.30
ชนิดการผ่าตัด		
ผ่าตัดท่อทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินปัสสาวะ	8	57.14
ผ่าตัดลำไส้	3	21.42
ผ่าตัดตกแต่งริมฝีปากและเพดานปาก	2	14.30
ผ่าตัดนิ้วเกิน	1	7.14
ชนิดของยาสลบที่ได้รับ		
ยาสลบชนิดทั่วร่างกาย	8	57.14
ยาสลบชนิดทั่วร่างกายร่วมกับยาระงับความรู้สึกระดับไขสันหลัง	6	42.86

2.3 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จำนวน 14 ราย อายุเฉลี่ย 35 ปี 9 เดือน (*M* = 35.9, *SD* = 11.4) ผู้ดูแลเป็นมารดามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.28 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีความปวดหลังผ่าตัด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 และวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ดูแลที่ใช้บ่อยคือ การปลอบโยน ร้อยละ 50 และการอยู่เฝ้าตลอด ร้อยละ 50 รองลงมาคือการโอบกอด ร้อยละ 42.86 การลูบสัมผัสร้อยละ 28.57 การเล่นร้อยละ 28.57 และการดูการ์ตูนร้อยละ 28.57 วิธีการจัดการความปวดขณะเด็กอยู่ที่บ้านที่ใช้มากที่สุด คือการอุ้มกอด ร้อยละ 57.14 และปลอบโยนร้อยละ 28.56 ประวัติการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลมาจากคลินิกศัลยกรรม ร้อยละ 71.42 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน- 5 ปีหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ในเรื่องอายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีความปวดหลังผ่าตัด วิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ดูแล และจำนวนครั้งของวิธีการจัดการความปวด วิธีการจัดการความปวดขณะเด็กอยู่ที่บ้าน ประวัติการได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (N = 14)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (*M* = 35.9, *SD* = 11.4 , Skewness = 0.39, Kurtosis = -1.30)		
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
มารดา	9	64.28
ยาย	3	21.42
ย่า	1	7.20
ป้า	1	7.20
ประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีความปวดหลังผ่าตัด		
ไม่เคย	8	57.14
เคย	6	42.86
วิธีการการจัดการความปวดให้แก่เด็กหลังผ่าตัด *		
การปลอบโยน	7	50.00
การอยู่เฝ้าตลอด	7	50.00
การโอบกอด	6	42.86
การลูบสัมผัส	4	28.57

ตาราง 4 (*ต่อ*)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การเล่น	4	28.57
การดูการ์ตูน	4	28.57
การจัดท่า	3	21.42
การอ่านนิทานให้ฟัง	2	14.28
วิธีการจัดการความปวดขณะเด็กอยู่ที่บ้าน		
การอุ้มกอด	8	57.14
ปลอบโยน	4	28.56
พาเดินเที่ยว	1	7.20
การเล่น	1	7.20
การได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด		
เคย	9	64.39
ไม่เคย	5	35.71
แหล่งที่ให้ข้อมูล		
คลินิกศัลยกรรม	10	71.42
วิสัญญี	4	28.68

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

3. ผลของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก

3.1 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้ทุกขั้นตอน พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.18, SD = 0.37) และรายด้านพยาบาลเห็นว่าแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี นี้มีประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการอยู่ในระดับสูง (M = 4.26, SD = 0.38) พยาบาลมีความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับสูง (M = 4.22,SD = 0.38) มีความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ในระดับสูง (M = 4.13, SD = 0.51) และความยากง่ายในการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (M = 4.11, SD = 0.38) ดังแสดงในตาราง 5

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความเป็นไปได้รายข้อ พบว่าแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี นี้มีความเป็นไปได้มากที่สุด คือ บุคลากรในหน่วยงานสามารถทำตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ได้ (*M* = 4.83, *SD* = 0.38) ไม่ต้องหาบุคลากรเพิ่ม (*M* = 4.33, *SD* = 0.65) การใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ช่วยให้การสื่อสารในทีมรวดเร็วขึ้น (*M* = 4.25, *SD* = 0.45) พยาบาลพร้อมที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี นี้ (*M = 4.25, SD* = 0.45) บางรายข้อมีความเป็นไปได้อยู่ในระดับปานกลาง คือ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไม่เป็นภาระงาน (*M* = 3.58, *SD = 0.79*) แพทย์ให้ความร่วมมือตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี (*M* = 3.40, *SD* = 0.51) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนความเป็นไปได้โดยรวม รายด้านและรายข้อของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้ (N = 15)

ข้อความ	M	SD	Skewness	Kurtosis	ระดับความเป็นไปได้
ความเป็นไปได้โดยรวม	4.18	0.37	1.28	-0.21	สูง
ความเป็นไปได้รายด้านและรายข้อ					
1. ประโยชน์ของผู้ใช้บริการ	4.26	0.38	2.88	0.14	สูง
- แนวปฏิบัติพยาบาลช่วยบรรเทาความปวดได้	4.25	0.62	2.02	-0.36	สูง
- แนวปฏิบัติช่วยให้เด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีได้ประโยชน์	4.25	0.45	-2.02	-0.65	สูง
- แผนภูมิการตัดสินใจช่วยในการตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยได้เร็วขึ้น	4.16	0.38	0.25	0.80	สูง

ตาราง 5 (*ต่อ*)

ข้อความ	M	SD	Skewness	Kurtosis	ระดับความเป็นไปได้
2. ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง	4.22	0.38	0.25	-1.25	สูง
- บุคลากรในหน่วยงานสามารถทำตามแนวปฏิบัติพยาบาลได้	4.73	0.45	0.78	-0.65	สูง
- หน่วยงานไม่ต้องหาบุคลากรเพิ่มเติม	4.50	0.67	1.35	0.35	สูง
- การใช้แนวปฏิบัติช่วยให้การสื่อสารในทีมรวดเร็วขึ้น	4.25	0.45	1.33	-1.86	สูง
- พร้อมที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	4.25	0.45	-0.55	-1.44	สูง
- การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลไม่เป็นภาระงาน	3.58	0.79	-2.02	-1.00	ปานกลาง
- แพทย์ให้ความร่วมมือตามแนวปฏิบัติพยาบาล	3.40	0.51	-1.87	-2.05	ปานกลาง
3. ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี	4.13	0.51	1.26	-0.33	สูง
- หน่วยงานไม่สิ้นเปลืองอุปกรณ์	4.33	0.65	-0.53	-0.30	สูง
- หน่วยงานไม่ต้องหาอุปกรณ์เพิ่ม	3.80	0.71	0.15	-0.59	สูง
4. ความยากง่ายในการปฏิบัติ	4.11	0.38	1.15	0.41	สูง
- แนวปฏิบัติพยาบาลไม่ทำให้การทำงานแต่ละเวรยุ่งยาก	4.25	0.45	-2.02	-0.65	สูง
- แนวปฏิบัติพยาบาลไม่ทำให้เสียเวลา	4.08	0.66	-0.17	-0.11	สูง
- อ่านและเข้าใจแนวปฏิบัติพยาบาลได้ง่าย	4.00	0.60	0.01	0.47	สูง

3.2 ความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลอยู่ในระดับสูง (M = 4.27, SD= 0.45) เมื่อพิจารณารายข้อ

พบว่ามีความพึงพอใจสูงที่สุดในด้านการจัดการความปวดโดยการใช้ยา (*M* = 4.47, *SD* = 0.51) และการบันทึกและติดตามการจัดการความปวด (*M* = 4.47, *SD* = 0.51) ความพึงพอใจรองลงมา คือ การประเมินความปวดหลังผ่าตัด (*M* = 4.33, *SD* = 0.48) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (*M* = 4.13, *SD* = 0.51) และการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา (*M* = 4.13, *SD* = 0.74) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจโดยรวมและรายข้อของพยาบาลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี (N = 15)

ข้อความ	M	SD	Skewness	Kurtosis	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาลโดยรวม	4.27	0.45	2.02	-0.65	สูง
ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาลรายข้อ					
1. การจัดการความปวดโดยการใช้ยา	4.47	0.51	0.25	-2.05	สูง
2. การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด	4.47	0.51	0.25	-2.05	สูง
3. การประเมินความปวดหลังผ่าตัด	4.33	0.48	1.35	-1.44	สูง
4. การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	4.13	0.51	0.48	1.24	สูง
5. การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา	4.13	0.74	0.39	-0.86	สูง

3.3 ความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูง (*M* = 4.35, *SD* = 0.49) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายข้อ พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากที่สุดเมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการใช้ยา (*M* = 4.50, *SD* = 0.51) รองลงมาคือพยาบาลให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อมีความปวด (*M* = 4.28, *SD* = 0.46) และการประเมินและสอบถามอาการปวดก่อนและภายหลังได้รับการช่วยเหลือบรรเทาปวด (*M* = 4.28, *SD* = 0.61) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจโดยรวมและรายข้อของผู้ดูแลต่อการจัดการความปวดภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี (N = 14)

ข้อความ	M	SD	Skewness	Kurtosis	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดโดยรวม	4.35	0.49	1.13	-1.59	สูง
ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดรายข้อ					
1. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการใช้ยา	4.50	0.51	0	-2.05	สูง
2. การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อมีความปวด	4.28	0.46	1.79	-0.89	สูง
3. การประเมินและสอบถามอาการปวดก่อนและภายหลังได้รับการช่วยเหลือบรรเทาปวด	4.28	0.61	-0.32	-0.21	สูง
4. การดูแลอย่างนุ่มนวลเมื่อมีความปวด	4.21	0.57	0.03	0.17	สูง
5. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินและการบอกระดับความปวด	4.21	0.57	0.03	0.17	สูง
6. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา	4.21	0.69	-0.54	-0.54	สูง
7. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา	4.21	0.57	0.03	0.17	สูง
8. การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีบรรเทาปวดกับพยาบาล/แพทย์	4.07	0.61	-0.03	0.26	สูง

3.4 จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

ตาราง 8

จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดความปวด (4 คะแนน) หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี (N = 14)

คะแนนความปวด	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	12	85.60
> 4 คะแนน	2	14.40

จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดความปวดหลังผ่าตัดที่ 24 ชั่วโมง ภายหลังได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี พบว่า เด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี ที่มีคะแนน 0 คะแนนมีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 85.60 และเด็กที่มีคะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนน มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.40

4. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีไปใช้

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลจำนวน 3 รายมีความเห็นว่าการให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดแก่ผู้ดูแลโดยใช้สื่อการสอนจากพาวเวอร์พอยท์มีความยาวและใช้เวลานานเกินไป ทำให้มีผลกระทบต่อเวลานอนผู้ป่วยและผู้ดูแลเนื่องจากส่วนใหญ่พยาบาลจะมีเวลาสอนในช่วงเวรบ่าย เวลาประมาณ 20.00 น –21.00 น. ซึ่งช่วงเวลาก่อนหน้านั้นพยาบาลต้องทำหัตถการอื่นๆที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยก่อน จึงไม่มีเวลาสอน พยาบาลจึงเสนอแนะให้ปรับสื่อการสอนจากพาวเวอร์พอยท์เป็นวิดีโอให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเนื่องจากเปิดใช้ได้ สะดวก รวดเร็ว และเปิดให้ดูเวลาไหนก็ได้ที่ผู้ป่วยพร้อม

2. พยาบาลจำนวน 1 ราย เสนอแนะด้านภาษา และเนื้อหาในการสอนเรื่องการจัดการความปวด ควรเพิ่มภาษายาวี ภาษาพม่า หรือภาษาท้องถิ่นที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้ที่ไม่เข้าใจภาษาไทย

3. พยาบาลจำนวน 1 ราย เสนอแนะเกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์ในการสอนสาธิตเพื่อประกอบการสอนให้พร้อม เช่น การจัดท่า ควรมีอุปกรณ์สำหรับจัดท่าให้พร้อม

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี โดยประยุกต์ใช้แนวทางและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (1998) ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์และจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานตามเกณฑ์ของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ 12 ขั้นตอน ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้จริง โดยผู้วิจัยร่วมกับทีมพัฒนาที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด ประกอบด้วยผู้วิจัย แพทย์ผู้มีประสบการณ์ด้านการผ่าตัดและการจัดการความปวดในเด็ก แพทย์ผู้มีประสบการณ์ด้านการจัดการความปวดจากศูนย์จัดการความปวด อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการจัดการความปวดในเด็ก พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด รวมจำนวน 9 คน ซึ่งเป็นทีมพัฒนาสหาสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกและมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กทำให้การพัฒนาแนวปฏิบัติอยู่บนพื้นฐานของสภาพปัญหาและบริบทของหน่วยงาน อย่างไรก็ตามการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยบุคลากรหลายท่านและทีมพัฒนาแต่ละท่านมีภาระงานมาก ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการนัดหมายเวลาของการประชุมโดยทีมพัฒนาบางท่านไม่สามารถเข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา ที่กำหนดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องใช้บทบาทการเป็นผู้ประสานงานตามสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สมจิต, 2546) และรวบรวมผลการประชุมและข้อคิดเห็นจากทีมพัฒนาบางท่านที่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้มาสรุปเป็นแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

นอกจากนี้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี นี้เป็นที่น่าเชื่อถือเนื่องจากได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและมีการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 2 รายก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริง ซึ่งแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติ คือ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัด 3) การจัดการความปวดโดยการใช้ยา 4) การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา และ5) การติดตามและบันทึกการจัดการความปวด ซึ่งองค์ประกอบแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้สอดคล้องกับส่องศรี วิลาวัลย์ และพัชรี (2552) โดยแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ

1 เดือน ถึง 5 ปี ได้ถูกพัฒนามาจากการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 ถึง 6 ปี ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางสุขภาพและให้ฝึกปฏิบัติ การให้ข้อมูลผู้ปกครองและเด็กการประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา และการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งพัฒนาตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (1998) เหมือนกัน นอกจากนี้การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี คล้ายคลึงกับการศึกษาของคุณชุลีพร (2552) โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดสำหรับเด็กอายุ 29 วันถึง 15 ปีที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 4 แนวปฏิบัติ ดังนี้ แนวปฏิบัติในการจัดการความปวดระยะก่อนผ่าตัดสำหรับพยาบาล การประเมินความปวดหลังผ่าตัดทันที การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา การบันทึกและการติดตามการประเมินหลังผ่าตัด

อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่พัฒนาขึ้นนี้ยังมีจุดที่ต้องปรับปรุง เช่น การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการสอนโดยใช้พาวเวอร์พอยท์ใช้เวลานานไม่สะดวก ไม่มีเวลาสอนเนื่องจากมีภาระงานมาก มีเวลาสอนจำกัด ถึงแม้ว่าการสอนโดยใช้พาวเวอร์พอยท์จะทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างผู้เรียนและผู้สอน ให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ทันที ให้สามารถสอนสาธิตย้อนกลับได้ (Bruce & Flank, 2005) ดังนั้นควรปรับเป็นวีดีทัศน์ให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดซึ่งการใช้ภาพและเสียงช่วยให้มีความน่าสนใจ สามารถเห็นภาพและเข้าใจได้ง่ายลดความเครียด ความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ดูแลและเด็กได้ (Kain et al., 2007; Wakimizu, Kamagata, Kuwabara, & Kamibeppu, 2009)

นอกจากนี้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยคู่มือแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ฉบับสมบูรณ์อธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมการปฏิบัติทุกขั้นตอน และมีแผนภูมิแสดงขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และแผนภูมิการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ชี้แนะวิธีการจัดการความปวดไว้อย่างชัดเจน สะดวก ต่อการปฏิบัติเพื่อจัดการความปวดพร้อมทั้งมีคู่มือให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดไว้อ่านเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับผู้ดูแล ซึ่งการใช้สื่อที่หลากหลายทำให้ผู้ปฏิบัติใช้องค์ประกอบความรู้ที่ถูกต้องมาใช้ในการจัดการความปวดและสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้ถูกต้อง (Richard, 2001) ทำให้การใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Gangan et al., 2004)

การประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้

การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ได้คู่มือแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ได้แผนภูมิขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (ภาคผนวก ก ภาพ 2) และขั้นตอนการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี (ภาคผนวก ก ภาพ 3) พยาบาลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี นี้มีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้สูง ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือง่ายต่อการปฏิบัติ เหมาะสมกับทรัพยากรที่มี ผู้ปฏิบัติมีความพร้อมและให้ความร่วมมือ และแนวปฏิบัตินี้มีประโยชน์กับเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี การนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้ในครั้งนี้ใช้วิธีการปฏิบัติที่หลากหลายวิธีประกอบกันที่ก่อให้เกิดผลมากกว่าวิธีเดียว (Bero et al., 1998) ซึ่งการวิจัยนี้เลือกใช้วิธีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวด รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี การสอนเกี่ยวกับการประเมินความปวดและการหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (inter-rater reliability) กับพยาบาลทั้ง 15 คน ได้เท่ากับ 0.88 ซึ่งทำให้เกิดความน่าเชื่อถือในการประเมินความปวด และได้มีการติดตามระหว่างการรับส่งเวร การติดตามการลงบันทึกคะแนนความปวดและการลงบันทึกทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2550) พบว่าภายหลังการอบรมให้ความรู้ในการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด พยาบาลมีความรู้และสามารถปฏิบัติการจัดการความปวดในเด็กทารกแรกเกิดได้เพิ่มขึ้น การอบรมและการใช้คู่มือมีผลให้เกิดการปฏิบัติตามข้อกำหนดของแนวปฏิบัติได้ในระดับมาก (ขวัญตา, 2550; รัชนีกร, 2550; วิลาวัลย์และสมหวัง, 2548; ส่องศรี,วิลาวัลย์และพัชรี, 2552)

พยาบาลมีความพึงพอใจภายหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี โดยรวมในระดับสูง อาจเนื่องจากพยาบาลได้รับทราบประโยชน์ ความจำเป็นและความสำคัญของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี และส่วนหนึ่งเนื่องจากแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี นี้พยาบาลรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่ต้องปฏิบัติอยู่แล้วในงานประจำ (Person et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของบังอร (2548) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการอาการหลังผ่าตัดตามมาตรฐานทาง

คลินิกของพยาบาล พบว่า พยาบาลสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานทางคลินิกได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความสะดวกต่อการใช้ และผู้ปฏิบัติพึงพอใจต่อการใช้มาตรฐานทางคลินิกระดับปานกลางและระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของส่องศรีวิลาวัลย์และพัชรี (2552) ที่พบว่าความพึงพอใจของบุคลากรทางสุขภาพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมากกว่าร้อยละ 60 มีความพึงพอระดับมาก ทั้งด้านประสิทธิผลในการบรรเทาปวด ความชัดเจน ความเหมาะสมกับสถานการณ์จริงของหน่วยงาน ความง่ายและสะดวกต่อการใช้ อย่างไรก็ตามการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลจากการทบทวนวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือและนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติพยาบาลก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีคุณภาพในการให้บริการที่เป็นรูปธรรม ช่วยลดความหลากหลายของการปฏิบัติ ลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ เพิ่มคุณภาพการดูแลที่มีปัญหา และเป็นการยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติ ทำให้สามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพมากที่สุด (NHMRC, 2009)

ผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับสูงภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ซึ่งอธิบายได้ว่าความพึงพอใจของผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เกิดจากการแสดงความสนใจและเอาใจใส่ของพยาบาลที่สอบถามความปวดอย่างต่อเนื่องและมีการสอบถามภายหลังการจัดการความปวด ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี โดยทำให้เกิดการดูแลเอาใจใส่และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความพึงพอใจ (Ngui & Flores, 2006) และการบันทึกผลการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องช่วยให้มีการประเมินผลและการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง (Berry & Dahl, 2000) การจัดการความปวดโดยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ทุกขั้นตอนโดยเฉพาะขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ซึ่งพยาบาลสอนเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กโดยใช้พาวเวอร์พอยท์ร่วมกับการแจกคู่มือและมีการสอนสาธิตการบรรเทาปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา พร้อมกับให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาและสอนการประเมินความปวดแก่ผู้ดูแล ซึ่งการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลร่วมกับการใช้คู่มือช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดที่ถูกต้อง (Polkki, Vehvilainen-Julkunen, & Pietila, 2001) และเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับการผ่าตัด ส่งผลให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้องสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญทั้งก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด ช่วยให้ลดความเครียด ความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ดูแลและเด็กได้ (Kain et al., 2007; Wakimizu, Kamagata, Kuwabara, & Kamibeppu, 2009) นอกจากนี้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินและ

จัดการช่วยเหลือบรรเทาปวดในเด็กซึ่งเป็นผู้ที่อยู่กับเด็กตลอดเวลาและใกล้ชิดเด็ก จึงสามารถช่วยเหลือในการบรรเทาปวดหลังผ่าตัดในเด็กได้ (Greenberg, Billett, Zahurak, Yaster, 1999) และควรให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการเพื่อบรรเทาความปวด ควรเริ่มตั้งแต่เด็กมีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพต้องมีการวางแผนในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัด ลักษณะของแผลผ่าตัด และแนวทางบรรเทาความปวด (Health Care Association of New Jersey: HCANJ, 2006) โดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะแผลผ่าตัดและวิธีการจัดการความปวดที่จะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด สอนการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินระดับความรุนแรงความปวด และวิธีการสื่อสารกับพยาบาลถึงความปวดที่กำลังประสบ และวิธีการเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา (Department of Veterans & Department of Defence [VA/DoD], 2002)

การประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เกี่ยวกับจำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดความปวด (4 คะแนน) ภายหลังได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จำนวนเด็กส่วนใหญ่มีคะแนนความปวดลดลงที่ 0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 85.60 ซึ่งภายหลังการจัดการความปวดเด็กมีคะแนนความปวดที่ลดลงน้อยกว่าจุดตัดเป็นส่วนใหญ่ แสดงว่าเมื่อมีการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี มาใช้ทำให้มีการปฏิบัติในการจัดการความปวดที่เป็นขั้นตอนและมีแนวทางเดียวกัน โดยเริ่มจากการประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน นำไปสู่การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ทำให้ได้รับการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องดังการศึกษาของนภสร (2553) เรื่อง ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติในห้องพักฟื้น ระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด 4.47 (*SD* = 1.78), 3.18 (*SD* = 1.78), 2.15 (*SD* = 1.83) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ (pain score < 5) แสดงให้เห็นว่าประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างมีระบบขั้นตอนช่วยให้พยาบาลมีการประเมินและการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี มีเด็กที่มีคะแนนความปวดมากกว่าจุดตัดความปวด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.40 อาจเนื่องจากภาวะโรคและชนิดการผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งเป็นการผ่าตัดบริเวณหน้าท้องส่วนบนและช่องท้อง จะก่อให้เกิดความปวดที่รุนแรง เนื่องจากเป็นบริเวณที่อยู่ใกล้กับการเคลื่อนไหวจาก

การหายใจ มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณที่อยู่รอบแผลผ่าตัดและหลังผ่าตัดเมื่อมีการเคลื่อนไหวจะทำให้เกิดความปวดแผลผ่าตัดมาก (เกศินี, และชนกพร, 2550) ส่งผลให้คะแนนความปวดใน 24 ชั่วโมงภายหลังได้รับการจัดการความปวดมีคะแนนสูงกว่าจุดตัดความปวด นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กช่วงระยะเวลาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวนทั้งหมด 24 ราย แต่ได้ทำการคัดออกจำนวน 10 รายเนื่องจากคุณสมบัติของผู้ป่วยเด็กไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง นั่นคือเป็นการผ่าตัดชนิดการส่องกล้อง จำนวน 6 ราย (ส่องกล้องทางเดินอาหารจำนวน 2 ราย และทางเดินปัสสาวะ จำนวน 4 ราย) และผู้ป่วยที่ย้ายเข้าไปรักษาในหอผู้ป่วยอภิบาลเด็กภายหลังผ่าตัด จำนวน 4 ราย ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเด็กที่เข้าเกณฑ์มีจำนวนน้อย

ความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เป็นปัญหาที่บุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบกับเด็กทั้งร่างกายและจิตใจเพราะถ้าหากไม่ได้รับความช่วยเหลือจะส่งผลต่อประสบการณ์ความปวดที่ไม่ดีและอาจทำให้ความคงทนต่อความปวดของเด็กลดลง ทำให้เด็กต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น การมีแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี สามารถลดผลกระทบดังกล่าวได้ การมีแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นรูปแบบเดียวกัน ลดความหลากหลายในการปฏิบัติ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ลดความหลากหลาย เนื่องจากแนวปฏิบัติเป็นตัวชี้แนวทางในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติใช้ความรู้ความชำนาญในการวิเคราะห์พิจารณาในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม มีโอกาสร่วมปรึกษาหารือและทบทวนความรู้ซึ่งกันและกัน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน (ฉวีวรรณ, 2548) แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี เป็นแนวทางที่ช่วยในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำให้มีการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการ เพิ่มคุณค่าในการดูแล ส่งเสริมความมั่นใจว่ามีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพในการดูแลเด็ก

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1เดือน-5 ปี เมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กอายุ 1เดือน-5 ปี ในประเด็น ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กอายุ 1เดือน-5 ปี ไปใช้ ความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีและจำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 รายที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก เด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปีจำนวน14 รายที่ได้รับการผ่าตัด เมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก และผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จำนวน 14 ราย โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ จำนวน 9 ท่าน ประกอบด้วย กุมารศัลยแพทย์ผู้มีประสบการณ์ด้านการผ่าตัดและการจัดการความปวดในเด็ก จำนวน 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ผู้มีประสบการณ์ด้านการจัดการความปวด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการจัดการความปวดในเด็ก จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด จำนวน 6 ท่านรวมผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ประกอบด้วย แบบสอบถามความเป็นไปได้ของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการจัดการความปวด แบบบันทึกคะแนนความปวดซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ และระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ (12 ขั้นตอน) ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ 5) การสืบค้นและประเมินคุณภาพ กำหนดเครื่องมือในการทบทวนหลักฐาน

เชิงประจักษ์ รวบรวม คัดเลือกหลักฐาน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งระยะในขั้นตอนนี้ดัดแปลงมาจากขั้นตอนที่ 7 ของระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และประยุกต์เพิ่มจากระยะที่ 2 ระยะการเผยแพร่และนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อให้มีความเหมาะสมและนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประชาสัมพันธ์ในหน่วยงาน 2) การประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน 3) การจัดอบรมการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล 4) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 1)ประเมินผลแนวปฏิบัติ ด้านความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ไปใช้ ความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังใช้แนวปฏิบัติ และจำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี จากนั้นประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละ

สรุปผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติ คือ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2) การประเมินความปวดหลังผ่าตัด 3) การจัดการความปวดโดยการใช้ยา 4) การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา และ 5) การติดตามและบันทึกการจัดการความปวด

2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.18, SD = 0.37)

3. ความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี อยู่ในระดับสูง (M = 4.27, SD = 0.45)

4. ความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีไปใช้ อยู่ในระดับสูง (M = 4.35, SD = 0.49)

5. จำนวนเด็กที่มีคะแนนความปวดน้อยกว่าจุดตัดความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงภายหลังได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาล จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 85.60

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ มีประโยชน์และเหมาะสมกับเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ทีมพัฒนาบางท่านไม่สามารถเข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา ที่กำหนดได้พร้อมกันเนื่องจากมีภาระงานมาก ทำให้ทีมพัฒนาเข้าร่วมประชุมไม่ครบองค์ประชุม และแม้ว่าทีมพัฒนาที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะเป็นเอกสารกลับมาแต่อาจส่งผลต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาล

2. พยาบาลไม่มีเวลาในการสอนตามแนวปฏิบัติที่ 1 เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เนื่องจากมีภาระงานอื่นเร่งด่วนที่ทำก่อน เช่น ผู้ป่วยเด็กมีอาการวิกฤติที่ต้องการการช่วยเหลือขณะกำลังสอนทำให้ต้องหยุดสอนเป็นช่วงๆ ส่งผลให้การสอนขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ไม่ต่อเนื่องได้

3. ช่วงเวลาเก็บข้อมูลถูกจำกัดในช่วงเวลา 2 เดือน ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวมีจำนวนผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี จำนวน 24 ราย เท่านั้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเด็กที่มีคุณสมบัติตรงที่กำหนดและสามารถคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 ราย เท่านั้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนน้อยซึ่งอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในส่วนของการใช้เครื่องมือประเมินความปวดพฤติกรรมการแสดงออกทางด้านใบหน้า การเคลื่อนไหวขา การทำกิจกรรม การร้องไห้ และการปลอบโยนจะต้องมีการฝึกพยาบาลให้ใช้เครื่องมือนี้จนมีทักษะและความชำนาญพร้อมกับหาความเที่ยงของความเท่าเทียมกันของการสังเกต (inter-rater reliability) ก่อนใช้เครื่องมือดังกล่าว

2. ฝ่ายบริการพยาบาลในโรงพยาบาลควรใช้กลยุทธ์ต่างๆในการกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอย่างต่อเนื่องต่อไป เช่น การอบรมให้ความรู้ การสนับสนุนอุปกรณ์ในการจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิก การติดตามประเมินผลเป็นระยะ และควรมีการทบทวนหรือปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติให้ทันสมัยเป็นระยะๆ นอกจากนี้ควรสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ประกอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ด้วยได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเบี่ยงเบน

ความสนใจเด็กเพื่อบรรเทาความปวด เช่น ของเล่นต่างๆ หนังสือ แผ่นเพลง วิทยุ แผ่นซีดีการ์ตูน ทีวี เครื่องเล่นซีดี เทปเล็ต

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กในระยะยาว เพื่อยืนยันการปฏิบัติอย่างยั่งยืน

2. ควรศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ในผลลัพธ์อื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการใช้ยาบรรเทาความปวด ค่าใช้จ่ายในการรักษา จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กรรณิการ์ จันตระ. (2551). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เกศินี รัตนมณี, และชนกพร จิตปัญญา. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมร่วมกับการฟังดนตรีต่อความเจ็บปวดขณะมีกิจกรรมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 20*(1), 26-53.

ขวัญตา กล้าการนา. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อสแตฟฟิโลคอคคสออเรียสที่ดื้อต่อยาเมทิซิลลินในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

จรัสศรี เย็นบุตร, มาลี เอื้ออำนวย, จุฑารัตน์ มีสุขโข, พัชรี วรกิจพูนผล, เสาวลักษณ์ ฟูปินวงศ์, และบัวเรือง มั่งใหม่. (2547). การประเมินและการจัดการความปวดของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, *20*(2), 63-74.

ชุลีพร แสงบุญเรืองกุล. (2552). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.

ฉวีวรรณ ธงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*, *20*(2), 63-74.

นัทธมน วุทธานนท์, วัชราภรณ์ หอมดอก, สุพรรณี เตรียมวิศิษฐ์, นงนุช บุญอยู่, นาถฤดี พงษ์เมธา, และลดารัตน์ สาภินันท์. (2550). การพัฒนาการจัดการความปวดทางการพยาบาลในผู้ป่วยศัลยกรรม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 16*(4). 1-11.

นภสร จั่นเพ็ชร. (2553). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้อง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพมหานคร.

บังอร เผ่าน้อย. (2548). *ประสิทธิผลการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดตามมาตรฐานทางคลินิก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ปิลันธน์ ลิขิตกำจร, สุนุตรา ตะบูนพงศ์, และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารสภาการพยาบาล, 18*(3), 47-64.

พนารัตน์ รัตนสุวรรณ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาเรือง, ยุวดี หันตุลา, วิมลรัตน์ กฤษณะประกรกิจ, และสุธันนี สิมะจารึก. (2550). การประเมินความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ห้องพักฟื้นของโรงพยาบาลศรีนครินทร์, ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 22*(1), 67-73.

พรรณี คำอู, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, และพยนต์ บุญญฤทธิพงษ์. (2547). ผลของการจัดท่าต่อการตอบสนองความเจ็บปวดจากการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าในทารกคลอดก่อนกำหนด. *วารสารสภาการพยาบาล, 19*(1), 70-81.

พนิตนันท์ หนูชัยปลอด, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และหทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2557). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ ณ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. *พยาบาลสาร, 41*, 88-98.

ภาณี พงษ์จะโปะ, กชกร พลาชีวะ, ศจีมาส แก้วโคตร, สุนันทา แผ่นจินดา, นงเยาว์ เร็วสา, และสมบูรณ์ เทียนทอง. (2549). การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกความปวดหลังผ่าตัดเป็นสัญญาณชีพที่ห้าในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 21*, 182-187.

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2554). *แนวปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัด*. กรุงเทพมหานคร: สำนักหอสมุดแห่งชาติ

รุ่งทิพย์ คงแดง, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, และจรัสศรี เย็นบุตร. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในทารกแรกเกิด. *พยาบาลสาร, 34*(3), 73-85.

รัชนีกร หาแก้ว. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการทำความสะอาดมือต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วัชราภรณ์ หอมดอก. (2548). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วรรณลี ยอดรักษ์, จรัสศรี เย็นบุตร, และวิมล ธนสุวรรณ. (2550). การอธิบายลักษณะความเจ็บปวดและระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดของเด็กวัยเรียนภาคใต้ตอนล่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร, 34*(3), 86-97.

วิลาวัลย์ นุนารถ. (2548). *ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความปวดของเด็กขณะทำหัตถการ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และสมหวัง ด่านชัยวิจิตร. (2548). การพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. *จุลสารชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย*, *15* (3), 28-43.

ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2547). แนวคิดความปวด: องค์ความรู้ใหม่ในทศวรรษที่ 21. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลันการประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ".* สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2553). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ*. นนทบุรี: พิมพ์ลักษณ์.

ส่องศรี หล้าป่าซาง, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, และพัชรี วรกิจพูน. (2552). ผลการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก. *พยาบาลสาร, 36*(3), 46-58.

สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย. (2554). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด*. จาก http:// www.TASP.com

สายฝน สงฆ์อุทก, สุธิศา ล่ามช้าง, และเกสรา ศรีพิชญาการ. (2553). ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยภาพและเสียงต่อความกลัวการตัดเฝือกในเด็กวัยเรียน. *พยาบาลสาร, 37*(1), 108-117.

สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (2545*). ผลของการจัดท่านอนต่อความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง และความเจ็บปวดในทารก หลังผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สุนทรี ศรีอร่ามมณี. (2552). *ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยของเล่นที่ใช้การเป่าต่อระดับความเจ็บปวดจากการแทงเส้นโลหิตดำเพื่อให้สารน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สุรีย์พร คุณสิทธิ์, นันทา เล็กสวัสดิ์, และกนกพร สุคำวัง. (2551). การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสาร, 35*(1), 96-104.

อรพรรณ โตสิงห์. (2553). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเอกสารประกอบการอบรม*. คณะพยาบาลศาสตร์และฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อัจฉรา สุจาจริง. (2551). *ผลการศึกษากิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดกับการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

อัปสร ศรีงาม. (2548). *พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

Abdalrahim, M. S., Majali, S. A., Stromberg, M. W., & Bergbom, I. (2010). The effect of postoperative pain management program on improving nurses knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice, 11*, 250-255.

Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR]. (1992). *Clinical practice guideline acute pain management: Operative or medical procedures and trauma management of postoperative and procedural in children.* (AHCPR Publication. No.92-0032). Retrieved from http://www.ahcpr.org

Alam, S., Waliwllah, A. S. M., & Shamsuddin, A. K. M. (2008). Post-operative analgesic in children. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin, 34*, 109-112.

Ambuel, B., Hamlett, K. W., Marx, C. M., Blumer, J. L. (1992). Assessing distress in pediatric intensive care environments: The COMFORT scale. *Journal of Pediatric Psychological, 17*, 95–109.

American Academy of Pediatrics and American Pain Society. (2001).The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. *Pediatrics, 108*, 793-797.

American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. (2006). Prevention and management of pain in the neonate. Retrieved from http://www.gov.com

Anand, K. J., & Craig, K. D. (1996). New perspective on the definition of pain. *Pain, 67*, 3-6.

Akinci, S. B., Kanbak, M., Guler, A., & Aypar, U. (2005). Remifentanil versus fentanyl for short-term analgesia-based sedation in mechanically ventilated postoperative children. *Pediatric Anesthesia, 15*, 870-878.

Augsornwan,D., Pattangtanang, P., & Pikhunthod, K. (2011). Nursing care system development for patients with cleft lip-palate and craniofacial deformities in Srinagarind Hospital: Pre-Post Operation. *Journal of Medical Association Thailand, 94*, S114-S117.

Ballweg, D. (2007). Neonatal and pediatric pain management: Standards and application. *Pediatric and Children Health, 17*(51), 61-66.

Bauchner, H., Vinci, R., Bak, S., Pearson, C., & Corwin, M. (1996). Parents and procedures: A randomized controlled trial. *Pediatrics, 98*(5), 861-867.

Bell, L., & Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing: A literature review. *British Journal of Nursing, 18*(3), 153-156.

Berry, P. H., & Dahl, J. L. (2000). The new JCAHO pain standards: Implicaton for pain manage nurses. *Pain Management Nursing*, *1*(1), 3-12.

Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Thomsos, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of intervention to promote the implementation of research finding. *British Medical Journal, 312*(7156), 465-468.

Bowden, V. R., & Greenberg, C. S. (2010). *Childrens and their families* (2nd ed). Philadelphia, PA: Lippicott Williams & Wilkins.

Bouwmeester, N. J., Anand, K. J. S., van Dijk, M., Hop, W. C. J., Boomsma, F., & Tibboel, D. (2001). Hormonal and metabolic stress responses after major surgery in children aged 0-3 years: A double-blind, randomized trial comparing the effects of continuous versus intermittent morphine. *Brithist Journal of Anesthesia, 87*(3), 390-399.

Bouwmeester, N. J., van den Anker, J. N., Hop, W. C. J., Anand, K. J. S., & Tibboel, D. (2003). Age-and therapy-related effects on morphine requirements and plasma concentrations of morphine and its metabolites in postoperative infants. *British Journal of Anesthesia, 90*(5), 642-652.

Bruce, E. & Franck, L. (2005). Using the worldwide web to improve children's pain care. *International Nursing Review*, *52*, 204-250.

Carr, D. B., & Goudas, L. C. (1999). Acute pain. *The Lancet, 353,* 2051-2058.

Chambers, T. C., Taddio, A., Uman, L. S., & McMurtry, C. M. (2009). Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: A systematic review. *Clinical Therapeutics, 31*, 77-103.

Charlton, J. E. (2005). *Acute and postoperative pain*. Seattle, W A: IASP press.

Christiano, B., & Tarbell, S. (1998). Brief report: Behavioral correlates of postoperative pain in toddlers and preschoolers. *Journal of Pediatric Psychology, 23*, 149-154.

Cohen, L. L., Lemanek, K., Blount, R., Dahquist, L. M., Lim, C. S., Palemo, T. M.,…Weiss, K. E. (2008). Evidence-based assessment of pediatric pain. *Journal of Pediatric Phychology, 33*(9), 939-955.

Cohen, L. L., Maclaren, J. E., Fortson, B. L., Friedman, A., DeMore, M., Lim, C. S.,…Gangaram, B. (2006). Randomized clinical trial of distraction for infant immunization pain. *Pain, 125*(1-2)*,* 165-171.

Coll, A. M., Ameen, J. R. M., & Mead, D. (2004). Postoperative pain assessment tool in day surgery: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 46*(2), 124-133.

Craig, T. H., & Juliann, P. K. (2002). Pain assessment following general anesthesia using the Toddler Preschooler Postoperative Pain Scale: A comparative study. *Journal of Clinical Anesthesia, 14*, 411-415.

Dahlquist, L., Busby, S. M., Silfer, K. J., Tucker, C. L., Eischen, S., Hilley, L., Sulc, W. (2002). Distraction for children of different ages who undergo repeated needle sticks. *Journal of Pediatric Oncology, 19*(1), 22-34.

Department of Veterans & Department of Defense (VA/DoD). (2002). *Management of postoperative pain*. Retrieved from http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PAIN/ G/PAIN_about.htm

Duedahl, T. H., & Hansen, E. (2007). A qualitative systematic review of morphine treatment in children with postoperative pain. *Pediatric Anesthesia, 17*, 756-774.

Elsa, W., & Maureen, F. C. (2011). *Acute pain: Assessment and treatment*. Retrieved from http://www.medcap.com /viewarticle/735034

Eltzschig, H. K., Schroeder, T. H., Eissler, B. J., Felbinger, T. W., Vonthein, R., Ehlers, R., & Guggenberger, H. (2002). The effect of remifentanil or fentanyl on postoperative vomiting and pain in children undergoing strabismus surgery. *Pediatric Anasthesia, 94*, 1173-1177.

European Society of Regional Anesthesia and Pain therapy. (2011). Postoperative pain management-good clinical practice. Retrieved from http://www.gov.com

Fanurik, D., Koh, J. L., & Schmitz, M. I. (2000). Distraction techniques combined with EMLA: Effects on IV insertion pain and distress in children. *Children's Health Care, 29*(2), 87-101.

Favara-Scacco, C., Smirne, G., Schiliro, G., & Di Catado, A. (2001). Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. *Medical and Pediatric Oncology, 36*, 474-480.

Felder-Puig, R., Maksys, A., Noestlinger, C., Gadner, H., Stark, H., Pfluegler, A, & Topf, R. (2002). Using a children's book to prepare children a parent for elective ENT surgery: Result of a randomized clinical trial. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 67*, 35-41.

Felt, B. T., Mollen, E., Diaz, S., Renaud, E., Zeglis, M., Wheatcroft, G., & Mendelow, D. (2000). Behavioral interventions reduce infant distress at immunization. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 154,* 719-724.

Fields, H. (2004). State-dependent opioid control of pain. *Neuroscience, 5*, 565-575.

Finley, G. A., Kristjánsdóttir, Ó., & Forgeron, P. A. (2009). Cultural influences on the assessment of children's pain. *Pain Respiratory Management, 14*(1), 33-37.

Frank, L. S., Greenberg, C. S., & Stevens, B. (2000). Acute pain in children. *Pediatric Clinics of North America, 47*(3), 1-21. Retrieved January from http://www. mdconsult.com

Gangan, M., & Hewitt-Taylor, J. (2004). The issues for nurses involved in implementing evidence in practice. *British Journal of Nursing, 13*(20), 1216-1220.

Gazal, G., & Mackie, I. (2007). A comparison of paracetamol, ibuprofen or their combination for pain relief following extractions in children under general anaesthesia: A randomized controlled trial. *International Journal of Paediatric Dentistry, 17*(3), 169-177.

Gehdoo, R. P. (2004). Postoperative pain management in pediatric patients. *Indain Journal of Anasethesia*, *48*, 406-414.

Ghai, B., Makkar, J. K., & Wig, J. (2008). Postoperative pain assessment in preverbal children and children with cognitive impairment. *Pediatric Anesthesia, 18*, 462-477.

Gimbler-Berglaund, I., Ljusegren, S., & Enskar, K. (2008). Factors influencing pain management in children. *Paediatric Nursing, 20*(10), 21-24.

Greenberg, R. S., Billett, C., Zahurak, M., & Yaster, M. (1999). Videotape increases parental knowledge about pediatric pain management. *Pediatric Anesthesia, 89*, 899-903.

Gwet, K. L. (2008). Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, *61*, 29-48

Hatava, P., Olsson, G. L., & Lagerkranser, M. (2000). Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: A comparison of two methods. *Pediatric Anesthesia, 10*, 477-486.

Hatfield, L. A. (2008). Sucrose decreases infant biobehavioral pain response to immunizations: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship, 40*, 219-225.

Hartwing, M. S., & Wilson, L. M. (2003). Pain. In S. A. Price, & L. M. Wilson (Eds.), *Pathopysiology: Clinical concepts of disease processes* (6th ed.), St. Louis, MO.

Health Care Association of New Jersey [HCANJ]. (2006). *Best practice committee: Pain management guideline*. Retrieved from http://www. hcanj.org

Hedén, L., Von Essen, L., & Ljungman, G. (2009). Randomized interventions for needle procedures in children with cancer. *European Journal of Cancer Care, 18*, 358-363.

Hillgrove, J. (2008). *Distraction as a pain management strategy for infants: A randomized control trial investigating the role of the agent of distraction.* Unpublished Doctoral Dissertation, York University, Ontario.

Huth, M. M., Broome, M. E., Mussatto, K. A., & Morgan, S. W. (2003). A study of the effectiveness of a pain management education booklet for parents of children having cardiac surgery. *Pain Management Nursing, 4*, 31-39.

Huether, S. E., & Defriez, C. B. (2006). Pain, temperature regulation, sleep, and sensory function. In K. L. McCance & S. E. Huether (Eds.), *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children* (5th ed). St. Louis, MO: Mosby.

International Association for the Study of Pain. (2004). *IASP pain terminology: Pain term*. Retrieved from http://www.iasp-pain.org/terms-p.htm#Pain.

Ipp, M., Goldbach, M., David, S. B., & Koren, G. (2004). Effects of age, gender and holding on pain response during infant immunization. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology, 11*(1), e2-e7. Retrieved from http://www.pubmed.com

Jacob, E. (2011). Pain assessment and management in children. In M. J. Hockenbery & D. Wilson (Eds.), *Wong's nursing care of infant and children* (9th ed.pp.179-223). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Jacob, E., & Puntillo, K. A. (1999). A survey of nursing practice in the assessment and management of pain in children. *Pediatric Nursing, 25*, 278-286.

Jarzyna, D., Jungquist, C. R., Pasero, C., Willens, J. S., Nisbet, A., Oakes, L.,…Polomano, R. C. (2011). American Society for pain management nursing guidelines on monitoring for opioid-induced sedation and respiratory depression. *Pain Management Nursing, 12*(3), 118-145. doi: 10.1016/j.pmn.2011.06.008

Johansson, M., & Kokinsky, E. (2009). The COMFORT behavioural scale and the modified FLACC scale in paediatric intensive care. *Nursing in Clinical Care, 14*(3), 122-130.

Johnston, C. C., Rennich, J. E., Filion, F., Campbell-Yeo, M., Goulet, C., Bell, L., …Ranger, M. (2012) Maternal touch and talk for invasive procedures in infants and toddlers in the pediatric intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing, 27*, 144-153.

Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Mayes, L. C., Wienberg, M. E., Wang, S., MacLaren, J. E., & Blount, R.L. (2007). Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. *Anesthesiology, 106*(1), 65-74

Kain, Z. N., Caramico, L. A., Mayes, L. C., Genevro, J. L., Bornstein, M. H., & Hofstadter, M. B. (1998). Preoperative preparation programs in children: A comparative examination. *Pediatric Anesthesia, 87*, 1249-1255.

Kain, Z. N., Mayes, L. C., Caldwell-Andrews, A. A., Karas, D. E., & McClain, B. C. (2006). Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatric, 188*, 651-658.

Kain, Z. N., Mayes, L. C., & Caramio, L. C. (1996). Preoperative preoperation in children: A cross-section study. *Journal of Clinical Anesthesia, 8*, 508-514.

Khalil, S., Vije, H. N., Kee, S. S., Farag, A., Hanna, E., & Chuang, A. Z. (2003). A paediatric trial comparing midazolam/syrpalta mixture with premixed midazolam syrup (Roche). *Pediatric Anesthesia, 13*, 205-209.

Kumar, N. (2007, June). *WHO normative guidelines on pain management*. Retrieved from http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/delphi_study_pain_guidelines.pdf

Lardner, D. R., Dick, B. D., Psych, R., & Crawford, S. (2010). The effects of parental presence in the postanesthetic care unit on children's postoperative behavior: A prospective, randomized controlled study. *Anesthesia-Analgesia,* Retrieved from http://www. Anesthesia-analgesia.org

Lin, L.-Y., & Wang, R. H. (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: Preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing, 51*, 252-260.

Mackenzie, J. W. (2008). Postoperative pain control in children. *Paediatrics and Child Health, 18*, 293-296.

MacLaren, J. E., & Cohen, L. L. (2005). A comparision of distraction strategies for venipuncture distress in children. *Journal of Pediatric Psychology, 30*, 387-396.

McLorie, G., Joyner, B., Herz, D., McCallum, J., Bagli, D., Merguerian, P., & Khoury, A. (2001). A prospective randomized clinical trial to evaluate methods of postoperative care of hypospadias. *Journal of Urology*, *165*(5), 1669-1672.

Malviya, S., Voepel-Lewis, T., Burke, C., Merkel, S., & Tait, A. R. (2006). The revised FLACC observational pain tool: Improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatric Anesthesia, 16*, 258-265.

Manworren, R. C. B. (2001). Development and testing of the pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatric Nursing, 27*, 151-158.

Manworren, R. C. B., & Hynan, L. S. (2003). Clinical validity of FLACC: Preverbal patient pain scale. *Pediatric Nursing, 29*, 140-146.

Mason, E.J. (1994). *How to write meaningful nursing standard* (3rd ed.). New York: Delmar.

Mason, S., Johnson, M. H., & Woolley, C. (1999). A comparison of distractions for controlling distress in young children during medical procedure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting, 6*, 239-248.

Mathews, L. (2011). Pain in children: Neglected, unaddressed and mismanaged. *Indian Journal Palliative Care, 17*(1), 70-73. Retrieved from http://www.jpalliativecare. com/text.asp?2011/17/4/70/76247

McEwen, A., Moorthy, C., Quantock, C., Rose, H., & Kavanagh, R. (2006). The Effect of videotaped preoperative information on parental anxiety during anesthesia induction for elective pediatric procedures. *Pediatric Anesthesia, 17*, 534-539.

McGrath, P. J., Johnson, G., Goodman, J. T., Schillinger, J., Dunn, J., & Chapman, J. A. (1985). CHEOPS: A behavioral scale for rating postoperative pain in children. *Advanced in Pain Research and Therapy*, *9*, 395-402.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science, 150*, 971-979.

Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. R., & Malviya, S. (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, *23*, 293–297.

National Health and Medical Research Council. (1998). *A guideline to the development, implementation and evaluation of practice guideline, 1998 [Data file]*. Available from National Health and Medical Research Council Web site, www.nhmrc.gov.au

National Health and Medical Research Council. (2009). *NHMRC level of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines*, *2009 [Data file]*. Available from National Health and Medical Research Council Web site, www.nhmrc.gov.au

Nelson, D. (2001). *Anatomic diagram of pain pathways from neuroanatomy of pain*. Retrieved from http://www.perioperativepain.com/Neuroanatomy of_Pain.html.

Ngamprasert, M., Ruangvittayaphon, R., Wattanatavekit, S., Inthasorn, P., Pleumjitt, C., Pimpakana, D., & Deawki, S. (2005). Preliminary study of abdominal distention management program for gynecological patients receiving abdominal surgery: To define the severity of the symptom. *Siriraj Medical Journal, 57*(7), 303-307.

Ngui, E. M., & Glenn Flores, G. (2006). Satisfaction with care and ease of using health care services among parents of children with special health care needs: The roles of race/ethnicity, insurance, language, and adequacy of family-centered care. *Pediatrics, 117*, 1184-1196.

Perrott, D. A., Piira, T., Goodenough, B., & Champion, D. (2004) Efficacy and safety of acetaminophen vs ibuprofen for treating children's pain or fever. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 158,* 521-526.

Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal Evidence Based Health, 3*(8), 207-215. doi: 10.1111/j.1479-6988.2005.00026

Piira, T., Sugiura, T., Champion, G. D., Donnelly, N., & Cole, A. S. J. (2005). The role of parental presence in the context of children's medical procedures: A systematic review. *Chlid Care, Health & Development, 31*, 233-243.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (1999). *Basic nursing: A clinical thinking approach* (4th ed). St. Louis, MO: Mosby–Year Book.

Polkki, T., Vehvilainen-Julkunen, K., & Pietila, A. (2001). Nonphramacological methods in relieving children's postoperative pain: A survey on hospital nurse in Finland. *Journal of Advanced Nursing, 34*(4), 483-492.

Polomano, R., & Keane, A. (1999). Pain. In D. D. Ignatavicius, M. L. Workman, & M. A.Mishler (Eds.), *Medical-Surgical nursing across the health care continuum* (3rd ed.), PA: W.B. Saunders.

Riddell, R. R. P., Racine, N. M., Turcotte, K., Uman, L. S., Horton, R. E., Din, O. L., et al. (2011). *Non-phramacological management of infant and young child procedural pain (review)*. Retrieved from http://www. the cochranelibrary.com

Riddell, R. R. P., Uman, L. S., Gerwitz1, A., & Stevens, B. (2009). *Nonpharmacological interventions for needle-related procedural pain and post-operative pain in neonates and infants. (Protocol).* Retrieved from http://www. the cochranelibrary.com

Romej, M., Voepel-Lewis, T., Merkel, S., Reynolds, P., & Quinn, P. (1996). Effect of preemptive acetaminophen on postoperative pain scores and oral fluid intake in pediatric tonsillectomy patients. *American Association of Nursing Anesthesia Journal, 64*(6), 535-540.

Smelter, S. C., & Bare, B. G. (2000). *Medical surgery nursing*. New York: Lippincott.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). Pain management. In S. C. Smeltzer & B. G. Bare (Eds.), *Brumur & Suddarth's, Textbook of medical-surgical nursing* (10th ed., pp. 216-248), PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, S. F., Duel, D. J., & Martin, B. C. (2008). *Clinical nursing skills: Basic to advanced skills.* London: Pearson Prentice Hall.

Sparks, L. A., Setlik, J., & Luhman, J. (2007). Parental holding and positioning to decreases IV distress in young children: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing, 22*(6), 440-447.

Srouji, R., Ratnapalan, S., & Schneeweiss, S. (2010). Pain in children: Assessment and nonphramacological management. *International Journal of Pediatrics*, 2010, 1-11.

Stinson, J., Yamada, J., Dickson, A., Lamba, J., & Stevens, B. (2008). Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. *Pediatric Respiratory Management, 13*(1), 51-57.

Stomberg, M. W., Lorentzen, P., Lindguist, H., & Haljamae, H. (2003). Postoperative pain management on surgical wards: Impact of database documentation of anesthesia organized services. *Pain Management Nursing, 4*(4), 155-164.

Stucky, C. L., Gold, M. S., & Zhang, X. (2001). Mechanism of pain. *Pain The National Academy of Sciences of the United States of America, 98*(21), 11845-11846. Retrieved from http://www.pnas.org

Suraseranivongse, S., Santawat, U., Kraiprasit, K., Petcharatana, S., & Muntraporn, N. (2001). Cross-validation of a composite pain scale for preschool children within 24 hours of surgery. *British Journal of Anaesthesia, 87*, 400-405.

Taheri, R., Seyedhejazi, M., Ghojazadeh, M., Ghabili, K., & Shayeghi, S. (2011). Comparison of ketamine and fentanyl for postoperative pain relief in children following adenotonsil-lectomy. *Pakistan Journal of Biological Sciences, 14*(10), 572-577.

Tarbell, S. E., Cohen, I. T., & Marsh, J. L. (1992). The toddler-preschooler postoperative pain scale: An observational scale for measuring postoperative pain in children aged 1-5 preliminary report. *Pain, 50*, 273-280.

Twycross, A. (2007). What is the impact of theoretical knowledge on children's nurses' post-operative pain management practices? An exploratory study. *Nurse Education Today, 27*, 697-707.

Uman, L. S., Chamber, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, S. (2008). A systemic review of randomized control trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: An abbreviated Cochrane review. *Journal of Pediatric Psychology, 33*, 842-854. doi: 10.1093/jpepsy/jsn031

Van Dijk, M., Bouwmeester, N., Duivenvoorden, H. J., Koot, H. M., Tibboel, D., Passchier, J., & de Boer, J.B. (2002). Efficacy of continuous versus intermittent morphine administration after major surgery in 0-3-year-old infants: A double-blind randomized controlled trial. *Pain, 98*(3), 305–313.

Van Dijk, M., de Boer, J. B., Koot, H. M., Tibboel, D., Passchier, J., & Duivenvoorden, H. J. (2000). The reliability and validity of the COMFORT scale as a postoperative pain instrument in 0 to 3-year-old infants. *Pain, 84*, 367-377.

Van Dijk, M., Peters, J. W. B., Bouwmeester, N. J., & Tibboel, D. (2002). Are postoperative pain instruments useful for specific groups of vulnerable infants? *Clinics in Perinatology, 29*, 469-491.

Vargas-Schaffer, G. (2010). IS the WHO analgesic ladder still valid? *Canadian Family Physician, 56*, 514-517.

Vincent, C. V. (2005). Nursees's knowledge, attitudes, and practices: Regarding children's pain. *The American Journal of Maternal Child Nursing, 30*, 177-183. Retrieved from http://www.ampainoc.org

Vincent, C. V., & Denyes, M. J. (2004). Relieving children's pain: Nurses' abilities and analgesic administration practices. *Journal of Pediatric Nursing, 19*, 40-50.

Voepel-Lewis, T., Merkel, S., Tait, A. R., Trzcinka, A., & Maviya, S. (2002). The reliability and validity of the face, legs, activity, cry, consolability observational tool as a measure of pain in children with cognitive impairment. *Anesthesia Analgesic, 95,* 1224-1229.

Voepel-Lewis, T., Zanatti, J., Dammeyer, J. A., & Merkel, S. (2010). Reliability and validity of the face, legs, activity, cry, consolability behavioral tool in assessing acute pain in critically ill patients. *American Journal of Critical Care, 19*, 55-62.

Von Baeyer, C. L., & Spagrud, L. J. (2007). Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain, 127*, 140-150.

Wakimizu, R., Kamagata, S., Kuwabara, T., & Kamibeppu, K. (2009). A randomized controlled trial of an at-home preparation programme for Japanese preschool children: Efects on children's and caregivers' anxiety associated with surgery. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 15, 393-401.*

Walco, G. A., Cassidy, R. C., & Schechter, N. L. (1994). Pain, hurt, and harm: The ethics of pain control in infants and children. *The New England Journal of Medicine, 331*, 541-544.

Whitten, C. E., Donovan, M., & Cristobal, K. (2005). Treating chronic pain: New knowledge, more choices. *The Permanente Journal, 9*(4), 9-18.

Wiroonpanich, W. (2006). Getting back to normal: Parents' perception of hospitalized children undergoing painful abdominal surgery. *Songklanagarind Medical Journal, 24*(3), 191-203.

Wiroonpanich, W., & Strickland, J. C. (2004). Normalizing: Postoperative acute abdominal surgical pain in Thai children. *Journal of Pediatric Nursing, 19*, 104-112.

Wood, S. (2002a). Pain week I: Foundation epidemiology and disease process, anatomy and physiology, sign and symptom. *Nursing Times, 98*(38), 41-43.

Wood, S. (2002b). Pain week II: Assessment and diagnosis. *Nursing Times, 98*(39), 43-46.

Young, J. L., Horton, F. M., & Davidhizar, R. (2005). Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing, 53*, 412-421.

Zisk, R. Y., Grey, M., MacLaren, J. E., & Kain, Z. N. (2007). Exploring sociodemographic and personality characteristic predictors of parental pain perceptions. *International Anesthesia Research Society, 104*(4), 790-798. doi: 0.1213/01.ane.0000257927.35206.c1

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวด จากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

คำนำ

แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีจัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวในการตัดสินใจสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก ใช้ดูแลเด็กที่มีความปวดจากการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มเป้าหมาย คือ เด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีและผู้ดูแลเด็ก ที่ได้รับการผ่าตัดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งจากแนวปฏิบัตินี้คาดหวังว่าเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีที่ได้รับการผ่าตัดทุกรายจะได้รับการประเมินความปวดที่ใกล้เคียงกับที่เด็กปวดจริงและได้รับการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาบรรเทาปวดและไม่ใช้ยาบรรเทาปวดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้เป็นการเพิ่มความมั่นใจให้กับพยาบาลในการจัดการความปวดแก่เด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีที่ได้รับการผ่าตัด

สุธิดา ไชยสงคราม

ผู้จัดทำ

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี……..…….....	1
วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ…….	2
กลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติ……..…..…	2
ผลลัพธ์ระยะสั้นที่คาดว่าจะเกิดขึ้น…….....	2
แนวปฏิบัติพยาบาล 1 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด……...……	4
แนวปฏิบัติพยาบาล 2 การประเมินความปวดหลังผ่าตัด……..……..	7
แนวปฏิบัติพยาบาล 3 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยา……..…..…..	15
แนวปฏิบัติพยาบาล 4 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยา……	19
แนวปฏิบัติพยาบาล 5 การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด …….....	25
ภาพที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด…….....	28
ภาพที่ 2 การประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี ……..….….....	29
เอกสารอ้างอิง…….....	30

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี

1. คุณสุธิดา	ไชยสงคราม	(ผู้ดำเนินโครงการ)	ตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติการหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. รศ. พญ. ปิยวรรณ	เชียงไกรเวช		ตำแหน่งอาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์	คณะแพทยศาสตร์
3. อ. นพ. ชัชชัย	ปรีชาไว		ตำแหน่งอาจารย์ประจำภาควิชาวิสัญญีวิทยา	คณะแพทยศาสตร์
4. คุณนพพร	เกตุวิลัย		ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
5. คุณเยาวเรศ	เทพยา		ตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
6. คุณวรรณา	สุวรรณชาตรี		ตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
7. คุณภัสรา	สร้อยทอง		ตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
8. คุณพวงเพชร	ประสิทธิ์		ตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

1. ผศ. ดร. วันธณี	วิรุฬห์พานิช	ตำแหน่งอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รศ. ดร. บุษกร	พันธ์เมธาฤทธิ์	ตำแหน่งอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในการดูแลเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีที่มีความปวดจากการผ่าตัดสำหรับพยาบาล ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติ

1. ผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
2. ประชากรเป้าหมาย คือ เด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีและผู้ดูแลเด็ก ที่มีความปวดจากการผ่าตัดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผลลัพธ์ระยะสั้นที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

มีแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกในการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีที่เป็นไปได้สำหรับพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

เนื้อหาของแนวปฏิบัติพยาบาล

เนื้อหาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกนี้จัดทำขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (Nation Health and Medical Research Council: NHMRC, 1998) เนื้อหาประกอบด้วย 5 แนวปฏิบัติ ดังนี้

แนวปฏิบัติพยาบาล 1 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

แนวปฏิบัติพยาบาล 2 การประเมินความปวดหลังผ่าตัด

แนวปฏิบัติพยาบาล 3 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยา

แนวปฏิบัติพยาบาล 4 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยา

แนวปฏิบัติพยาบาล 5 การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด

แนวปฏิบัติพยาบาลที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
1. ผู้ดูแลบอกประวัติความปวดของเด็กได้ถูกต้อง	ระยะก่อนผ่าตัด	1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างเด็ก ผู้ดูแลเด็ก และครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. ซักประวัติความปวดเบื้องต้น โดยการสอบถามผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ - ประวัติความปวดในอดีตและปัจจุบัน - ประวัติการบาดเจ็บ/การผ่าตัด - ประวัติการแพ้ยาระงับปวด - พฤติกรรมที่บ่งบอกว่าเด็กมีความปวด - การจัดการความปวดให้เด็กของครอบครัว (Kain et al., 2007: level II/Grade C)	1. ผู้ดูแลตอบคำถามประวัติความปวดของเด็ก	แบบสอบถามข้อมูลความปวดของเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี
2. ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กหลังได้รับการ		3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเด็ก (McEwen, Moorthy, Quantock, Rose, & Kavanagh, 2006: level III-1/Grade C) ดังนี้ 3.1 ข้อมูลความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความปวดและการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ได้แก่ ความหมายของปวด ความรุนแรงของความปวด การประเมินความ	2. ผู้ดูแลสามารถตอบคำถามการจัดการความปวดได้ถูกต้อง	พาเวอร์พอยท์เรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
ผ่าตัดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา		ปวดหลังผ่าตัด ความสำคัญของการจัดการความปวดในเด็ก 3.2 ข้อมูลสิทธิผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด ได้แก่ สิทธิการได้รับรู้เกี่ยวกับความปวด รวมถึงการได้รับยาระงับปวด การร้องขอยาเมื่อเด็กปวด 3.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยาแก่ผู้ดูแลเด็ก (Hatava, Olsson, & Lagerkranser, 2000: level III-1/ Grade C) ดังนี้ 3.3.1 การจัดการความปวดโดยการใช้ยา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ <u>ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์</u> ได้แก่ - ยาเฟนตานิล (fentanyl) ชนิดฉีด ขนาดยาที่ควรได้รับ 0.5-1 ไมโครกรัม/กิโลกรัม ระยะเวลาออกฤทธิ์เร็ว 2-3 นาที การออกฤทธิ์สั้น ประมาณ 30-60 นาที ความถี่ในการให้ยาทุก 0.5-3 ชั่วโมง - ยามอร์ฟีน (morphine) ชนิดฉีด ขนาดยาที่ควรได้รับ 0.05-0.1	ร้อยละ 90	

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		มิลลิกรัม/กิโลกรัม ระยะเวลาออกฤทธิ์สูงสุด 5-20 นาที ความถี่ของการให้ยาทุก 2-4 ชั่วโมง - อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ง่วงซึม ระดับความรู้สึกตัวลดลง กดการทำงานของระบบการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก คันตาม ผิวหนัง กล้ามเนื้อกระตุก ความดันโลหิตต่ำ <u>ยาระงับปวดกลุ่มนอนโอปิออยด์</u> (non opioids) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ - ยากลุ่มไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDs]) ที่นิยมใช้ในหอผู้ป่วย คือ ยาไอบู-โปรเฟน ยารับประทาน ขนาดยาที่ควรได้รับ 5-8 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง ระยะเวลาออกฤทธิ์สูงสุด 30 นาที ความถี่ในการให้ยาทุก 4-6 ชั่วโมง - อาการข้างเคียงของยา คือ ทำให้ระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหาร การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีผลต่อ		

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		การทำงานของไต ซึ่งสามารถสังเกตได้จากอาการและ อาการแสดงของเด็ก ได้แก่ อาการปวดท้อง มี เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ถ่ายดำ ซึ่งข้อ ควรระวังของยากลุ่มนี้คือ หลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยที่มี ภาวะเลือดออกง่าย ค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ในเด็ก โรคไต โรคบวมน้ำ โรคหัวใจ และโรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น - ยากลุ่มอะเซตามิโนเฟน (ยาพาราเซตามอล) เป็นยาระงับ ปวดที่นิยมใช้มากในการลดไข้และระงับปวดในระดับน้อย ถึงปานกลาง ยารับประทานขนาดยาที่แพทย์สั่งให้ 10-15 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง โดยออกฤทธิ์ใน 15-30 นาที ออกฤทธิ์สูงสุดใน 2 ชั่วโมง ความถี่ใน การให้ยาทุก 4-6 ชั่วโมง อาการข้างเคียงของยาคือ อาจมีพิษต่อตับ ไม่ควรให้รับประทานเกิน 90 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน 3.3.2 การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การลูบสัมผัส		

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		การเล่นของเล่น การเล่านิทาน การดูการ์ตูน (Pillai, Uman, Gerwitz1& Stevens, 2009: level I/Grade B) 3.4 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสอบถามปัญหา ซักถามข้อสงสัยและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการความปวด		
3. ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยาได้ภายหลังผ่าตัด		4. สาธิตวิธีการจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยาให้แก่ผู้ดูแลและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง วิธีการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยาประกอบด้วย การลูบสัมผัส การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการเล่นของเล่น การเล่านิทาน การดูการ์ตูน (Pillai, Uman, Gerwitz1, & Stevens, 2009: level I/Grade B)	3. ผู้ดูแลร่วมมือในการปฏิบัติการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาได้ถูกต้อง	Power point เรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัดและคู่มือ

แนวปฏิบัติพยาบาล 2 การประเมินความปวดหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
เด็กได้รับการประเมินความปวดถูกต้องตรงกับที่เด็กปวดจริง	หลังผ่าตัดทันที	1. ประเมินความปวดแผลผ่าตัดทันทีเมื่อเด็กมาถึงหอผู้ป่วยและเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมความปวดออกมา โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด FLACC scale (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) (Von Baeyer, & Spagrud, 2007: level I/Grade A) และผลการประเมินระดับคะแนนความปวด ปฏิบัติดังนี้ <u>กรณี ไม่ปวด</u> มีแนวทางประเมินความปวดซ้ำ ดังนี้ - ประเมินทุก 4 ชั่วโมงใน 72 ชั่วโมง ภายหลัง 72 ชั่วโมง ประเมินทุก 8 ชั่วโมง/หรือเวรละครั้ง จนกระทั่งจำหน่าย <u>กรณี ปวด</u> - ความปวดระดับเล็กน้อย 1-3 คะแนน ให้จัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา - ความปวดระดับปานกลาง 4-6 คะแนน ค้นหาสาเหตุความปวดอื่นๆ นอกเหนือการผ่าตัด <u>ถ้ามี</u> จัดการสาเหตุที่เกิดขึ้น เช่น ร้องหิว มีไข้ กลัว ปวดจากสายระบายต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ฯลฯ จากนั้นประเมินความปวดซ้ำ	เด็กได้รับการประเมินความปวดร้อยละ 100	ขั้นตอนการประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		ถ้าไม่มี ให้จัดการความปวดโดยการใช้ยารับประทานและ/หรือชนิดฉีด ครั้งคราวเมื่อผู้ป่วยปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา - ความปวดระดับรุนแรง 7-10 คะแนน ค้นหาสาเหตุความปวดอื่นนอกเหนือการผ่าตัด ถ้ามี จัดการสาเหตุที่เกิดขึ้น เช่น ร้องหิว มีไข้ กลัว ปวดจากสายระบายต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ฯลฯ ประเมินความปวดซ้ำ แล้วจึงให้จัดการความปวดโดยการใช้ยาชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเลือกตามความชอบของผู้ป่วย ถ้าไม่มี ให้จัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเลือกตามความชอบของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง (Intravasculation drip) ติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง และเมื่อปวด กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดชนิดฉีดตามเวลา (around the clock) มีการประเมิน ดังนี้		

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		- ประเมิน pain scoreและsedation scoreก่อนให้ยาทุกครั้ง - ประเมิน prn เมื่อปวด <u>กรณีผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารหลังผ่าตัด</u> กรณีผู้ป่วย NPO ควรพิจารณาให้ยาฉีดตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. คะแนนระดับความปวดใช้ค่าคะแนนเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย 3. ประเมินความปวดหลังจัดการความปวด มีแนวทางการประเมิน ดังนี้ 3.1 กรณีได้รับยาระงับปวดแบบฉีดทางหลอดเลือดดำให้ประเมินความปวดหลังได้รับยา 30 นาที 3.2 กรณีได้รับยาระงับปวดชนิดรับประทานให้ประเมินความปวดหลังได้รับยา 60 นาที 3.3 กรณีจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ให้ประเมินหลังจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา 30 นาที 4. ประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ - ประเมินทุกครั้งเมื่อปวด - ประเมินทุก 4 ชั่วโมงใน 72 ชั่วโมงแรก หลัง 72 ชั่วโมง ประเมินทุก 8 ชั่วโมง/เวรละครั้งจนกระทั่งจำหน่าย		

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		5. การประเมิน Sedation score - กรณีให้ยาระงับปวดระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์แบบครั้งคราว ประเมินอัตราการหายใจ และ sedation score หลังให้ยา 10-15 นาที - กรณีให้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ประเมินอัตราการหายใจ และ sedation score ทุก 4 ชั่วโมง - ตามแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือตรวจพบ อาการดังต่อไปนี้ - ง่วงซึมมาก (sedation score= 2) - อัตราการหายใจ < 10 ครั้งต่อนาที - ความดันโลหิต systolic < 80 mmHg - ไม่สามารถขยับขาหรือนิ้วเท้าได้ - ตามวิสัญญีแพทย์ด่วน (1645/1646) เมื่อผู้ป่วยมีอาการ/ตรวจพบ - เขียว - sedation score = 3 - อัตราการหายใจ < 15 ครั้งต่อนาทีในเด็ก หรือหยุดหายใจ ให้ naloxone 0.1 mg IV ทันทีและให้ซ้ำอีก 0.1 mg ถ้าไม่ดีขึ้นใน 5 นาที		

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		- ความดันโลหิต systolic < 80 mmHg ** หมายเหตุ เกณฑ์การประเมิน Sedation score 0 คะแนน = หลับ ปลุกตื่น 1 คะแนน = ง่วงเล็กน้อย ปลุกตื่นง่าย 2 คะแนน = ง่วงนอนปานกลาง ค่อนข้างบ่อย ปลุกตื่นง่าย 3 คะแนน = ง่วงมาก ปลุกตื่นยาก		

แนวปฏิบัติพยาบาล 3 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยา

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
เพื่อให้เด็กได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยาอย่างถูกต้อง	ระยะหลังผ่าตัด	1. ดูแลให้ยาระงับปวดตามตามแผนการรักษาของแพทย์ ตามเวลา/ ก่อนและหลังกิจกรรมที่ส่งผลต่อความปวด โดยตรวจสอบความถูกต้องของชนิด ขนาด และวิถีทางให้ยาก่อนทุกครั้ง 2. ติดตามผลของยาระงับปวดหลังให้ยาทั้งชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำและชนิดรับประทาน โดยประเมินคะแนนความปวด ดังนี้ - กรณีคะแนน 7-10 คะแนน รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยาทันที - กรณีคะแนน 4-6 คะแนน รายงานแพทย์พิจารณาให้ยาจากแบบครั้งคราวเมื่อผู้ป่วยปวด (prn) เป็นตามเวลาและปรับขนาดยาตาม ความเหมาะสม - กรณีคะแนน 1-3 คะแนน จัดการความปวดตามแผนต่อไป 3. ติดตามอาการข้างเคียงของยาระงับปวด หากพบอาการข้างเคียงให้รายงานแพทย์ ดังนี้ 3.1 ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ อาการข้างเคียงได้แก่ ง่วงซึม คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก คันตามผิวหนัง กล้ามเนื้อกระตุก อาจเกิดการชัก	เด็กมีคะแนนความปวดลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ภายหลังจัดการความปวดโดยการใช้ยา	คู่มือเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง และกดการทำงานของระบบหายใจ เป็นต้น 3.2 ยาระงับปวดยากลุ่มไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs [NSAIDs]) อาการข้างเคียงได้แก่ อาการปวดท้อง เลือดออกทางเดินอาหาร ถ่ายเป็นสีดำ		

แนวปฏิบัติพยาบาล 4 การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยา

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
เด็กได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยวิธีไม่ใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม	ระยะหลังผ่าตัด	การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา มีหลักการดังนี้ 1. เด็กมีความปวดระดับน้อยสามารถจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา สามารถเลือกใช้ได้ตามความชอบของเด็ก และติดตามประเมินความปวดซ้ำหลังให้การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา 30 นาที 2. เด็กมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงสามารถใช้เพื่อลดความปวดร่วมกับการได้รับยาระงับปวดได้ โดยเลือกใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือหลายวิธีการร่วมกันได้ตามความชอบและความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Uman et al., 2008: level II/Grade B, Chambers, Taddio, Uman, & McMurtry, 2009: level I/Grade B) ประกอบด้วย 4 วิธี ดังนี้ 2.1 การลูบสัมผัส เป็นการใช้มือหรือปลายนิ้วลูบผิวหนังไปมาตามส่วนของร่างกายบริเวณ แขน ขา ลำตัว และศีรษะเพื่อกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ช่วยบรรเทาปวดและทำให้เด็กรู้สึกสบายและผ่อนคลายเป็นการเบี่ยงเบนความปวด	เด็กมีคะแนนความปวดลดลง < 4 คะแนน ภายหลังจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา	คู่มือเรื่องการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		จากการผ่าตัด โดยให้ผู้ดูแลใช้มือหรือปลายนิ้วลูบสัมผัสไปมาอย่างนุ่มนวลบริเวณผิวหนังของเด็ก วิธีการ 1. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่หรือเจลล้างมือ 2. เตรียมจิตใจให้สงบ ทำด้วยความเต็มใจ และมั่นใจ ปรารถนาจะช่วยเหลือให้เด็กได้รับการบรรเทาความปวด 3. บอกเด็กก่อนลงมือทำ 4. จัดท่าให้เด็กนอนในท่าสบายหรืออุ้มกอด 4.1 กรณีเด็กที่ผ่าตัดช่องท้องให้นอนหงาย ศีรษะสูง 20-30 องศา งอข้อเข่าเล็กน้อย โดยนำ หมอนใบเล็กๆ รองใต้เข่าถึง ปลายเท้าทั้งสองข้าง เพื่อให้ผนังหน้าท้องบริเวณแผลผ่าตัด ผ่อนคลายความตึงตัวและลดการเกร็งของอวัยวะส่วนล่าง		

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		4.2 กรณีเด็กผ่าตัดช่องปากและใบหน้าให้นอนตะแคงหน้าด้านใดด้านหนึ่งด้านที่ไม่ได้ผ่าตัด หรืออยู่ในท่าผู้ดูแลอุ้มกอด ห้ามนอนกดทับแผลผ่าตัด 4.3 กรณีผ่าตัด Hypospadia จัดให้เด็กนอนในท่าตะแคง หรือนอนหงายงอเข่าเล็กน้อย ดูแลให้สายระบายไม่ให้ถูกดึงรั้งหักพับ 5. ใช้ฝ่ามือหรือปลายนิ้วลูบผิวหนังเด็กเบาๆเป็นจังหวะช้าๆ สม่ำเสมอบริเวณแขน ขา ลำตัว ศีรษะ หรือผิวหนังรอบๆบริเวณผ่าตัด (หลีกเลี่ยงบริเวณผ่าตัดเพื่อไม่ให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อแผลผ่าตัด) โดยลูบเป็นจังหวะช้าๆ ประมาณ 20 ครั้ง สลับไปมารวมเป็นเวลา 2 นาที หรือนานเท่าที่เด็กชอบและต้องการ 6. สามารถสัมผัสเด็กได้ทุกครั้งตามความต้องการของเด็กและตามความเหมาะสม		

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
	หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง	2.2 การเล่นของเล่น เป็นการจัดของเล่นให้เด็กเล่นหลังผ่าตัดเพื่อช่วยให้เด็ก เพลิดเพลินส่งผลให้เด็กเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดมาสู่การเล่น อุปกรณ์: บล็อกไม้ ตุ๊กตา หุ่นยนต์ รถ ของเล่นมีเสียงดนตรี หนังสือนิทาน หลักการ: จัดของเล่นที่เด็กชอบโดยผู้ดูแลจะต้องประเมินความพร้อมและความอยากเล่นของเด็กโดยเฉพาะภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกเด็กอาจมีความปวดมากและไม่อยากจะเล่น ดังนั้นเด็กอาจไม่พร้อมที่จะเล่น อย่างไรก็ตามในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เด็กบางคนอาจมีความพร้อมที่จะเล่นได้ ดังนั้นการจัดการเล่นในขณะที่เด็กพร้อมจะเป็นการช่วยเบี่ยงเบนความปวด วิธีการ 1. ประเมินความพร้อมและความอยากเล่นของเด็ก 2. จัดของเล่นหลากหลายที่เหมาะสมกับวัยและพัฒนาการของเด็ก เช่น บล็อกไม้ เล่นตุ๊กตา เล่นหุ่นยนต์ รถ ของเล่นมีเสียงดนตรี 3. ให้เด็กเล่นตามความชอบและความต้องการ 4. สำหรับระยะเวลาให้เด็กเล่นใช้เวลาประมาณ 15-30 นาทีต่อครั้งหรือนานเท่าที่เด็กอยากเล่น		

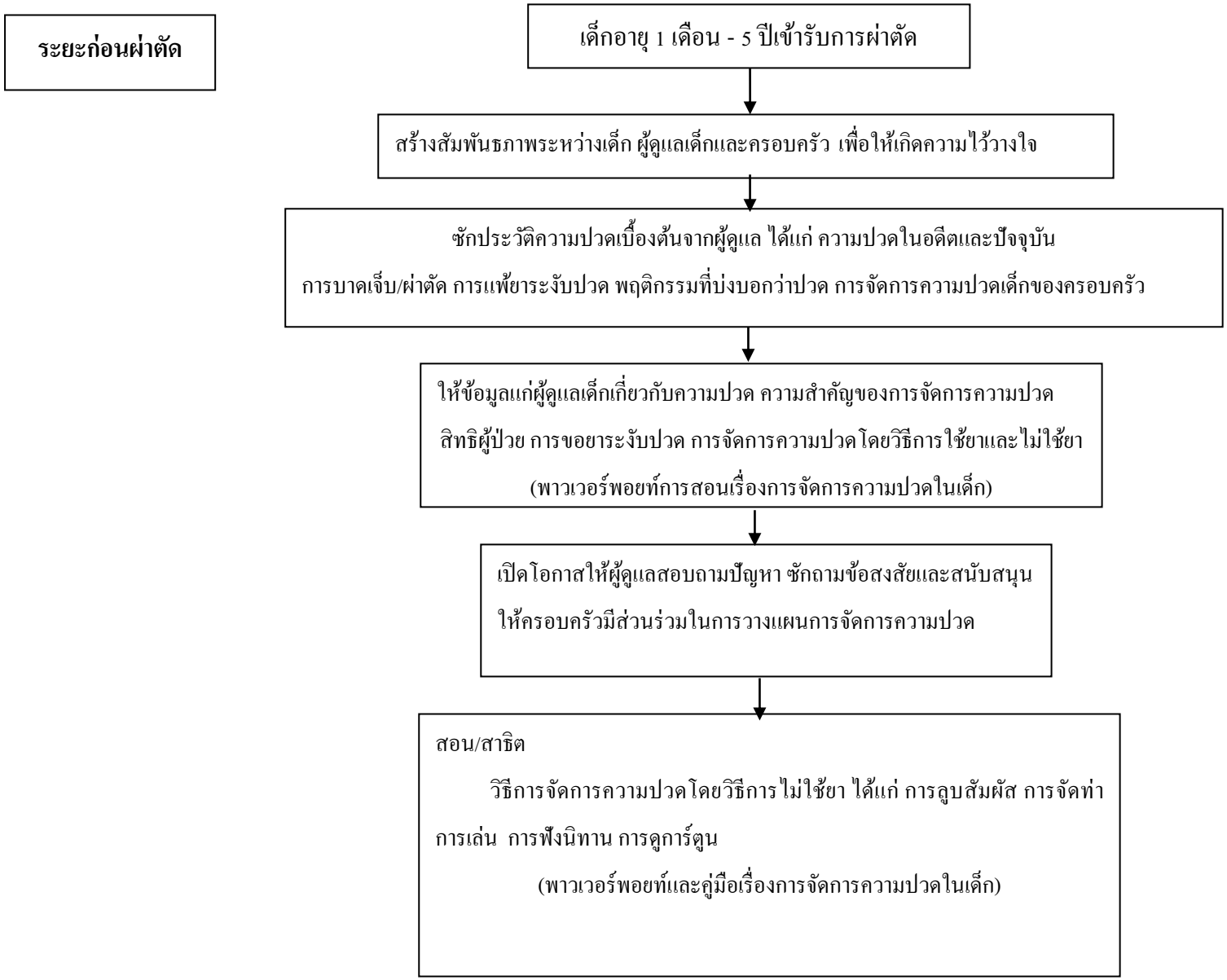
วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		5. ในกรณีที่เด็กเล็กไม่สามารถเล่นด้วยตนเองได้ เนื่องจาก พัฒนาการยังเจริญไม่เต็มที่ ผู้ดูแลจะต้องช่วยเหลือหรือเล่นด้วย		
		2.3 การฟังนิทาน เป็นการเล่านิทานให้เด็กฟังเพื่อช่วยเบี่ยงเบนความปวดหลังผ่าตัด อุปกรณ์: หนังสือนิทานมีรูปภาพประกอบ หลักการเลือกนิทาน: เลือกนิทานตามความชอบของเด็กและเหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก ดังนี้ 1. เป็นเรื่องง่ายๆ เน้นเหตุการณ์อย่างเดียว ให้เด็กคาดคะเนเรื่องได้ 2. มีการดำเนินเรื่องรวดเร็ว 3. ตัวละครน้อย มีลักษณะเด่นที่จำง่าย 4. มีบทสนทนามากๆใช้ภาษาง่ายๆ ประโยคสั้นๆ เป็นเรื่องใกล้ตัว เช่น ครอบครัว เพื่อให้เด็กจินตนาการได้ง่าย 5. สร้างความรู้สึกพอใจให้เด็ก 6. ความยาวไม่เกิน 25-30นาที		

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		วิธีการ: เล่านิทานประกอบกับการชี้รูปภาพจากหนังสือนิทาน โดยผู้ดูแล อาจทำเสียงสูงต่ำตามตัวละครขณะเล่านิทานจะทำให้เด็กสนใจและเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กจากความปวดได้ดี		
		2.4 การดูการ์ตูน เป็นการให้เด็กดูการ์ตูนจากแผ่นซีดีหรือแท็ปเล็ตที่มีภาพเคลื่อนไหว เพื่อเบี่ยงเบนความปวด อุปกรณ์: เครื่องเล่นแผ่นซีดีหรือแท็ปเล็ต แผ่นซีดีการ์ตูน หลักการเลือกการ์ตูน: การเลือกการ์ตูนจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับวัย ตามความชอบและพัฒนาการของเด็ก การ์ตูนที่เป็นที่นิยมของเด็ก เช่น โดราเอม่อน อุลตร้าแมน ฯลฯ วิธีการ: เปิดการ์ตูนจากแผ่นซีดีหรือแทปเล็ตให้เด็กดู สำหรับระยะเวลา การดูการ์ตูนครั้งละไม่เกิน 25-30 นาที หรือตามความเหมาะสม กับเด็กแต่ละราย		

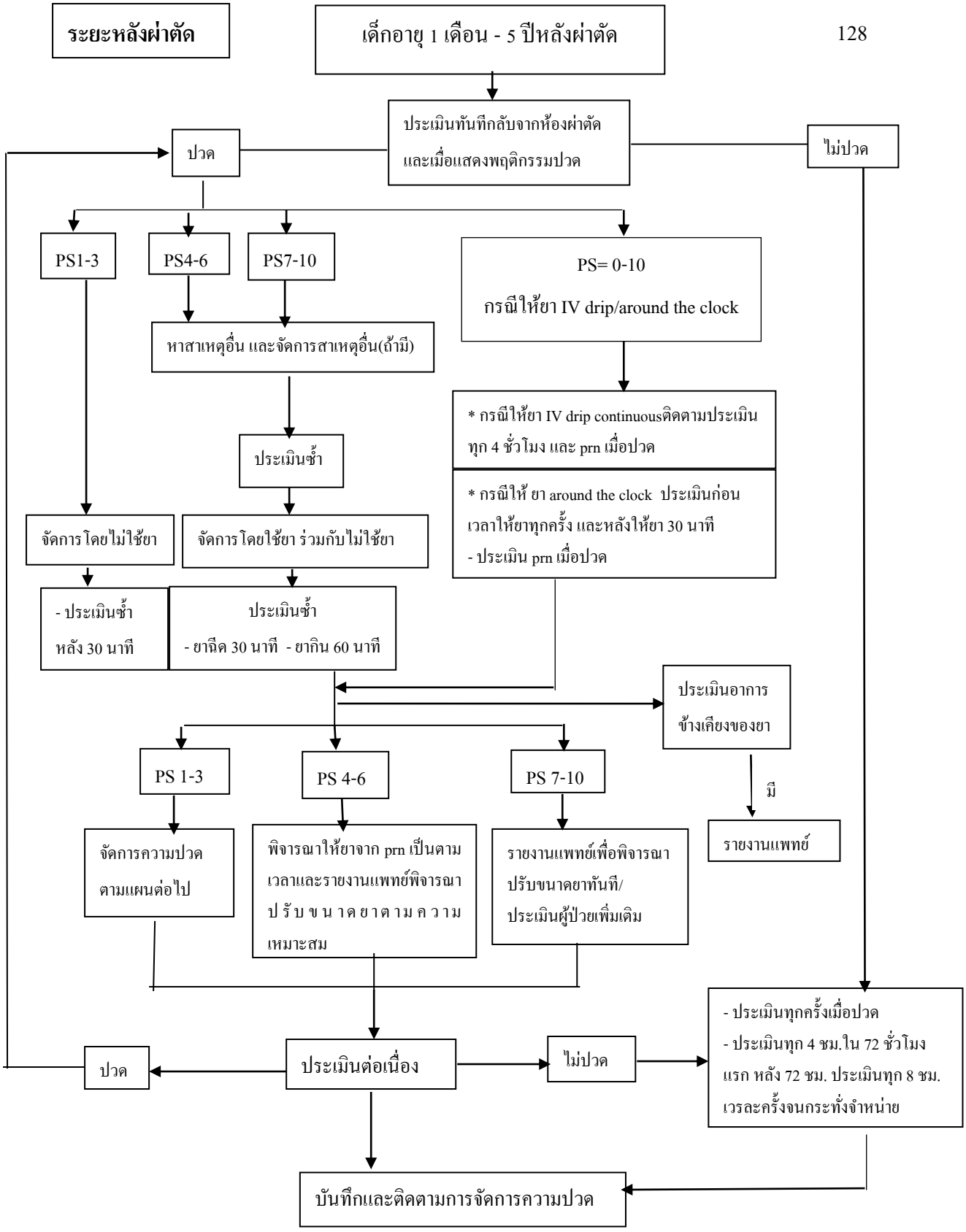
แนวปฏิบัติพยาบาล 5 การบันทึกและการติดตามการจัดการความปวด

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
1. พยาบาลสามารถติดตามประเมินผลการจัดการความปวดถูกต้องตรงตามความเป็นจริง 2. ให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ได้รับทราบและให้การช่วยเหลือเด็กได้อย่างต่อเนื่อง	ภายหลังการประเมินความปวดทุกครั้ง	1. บันทึกลักษณะความปวดที่ประเมินได้ ประกอบด้วย ลักษณะแผลผ่าตัด ตำแหน่งความปวด ลักษณะความปวด ความถี่ของการให้ยา และอาการข้างเคียงจากยาระงับปวดในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Stomberg, Lorentzen, Lindguist, & Haljamae, 2003: level III-3 / Grade B) 2. บันทึกระดับคะแนนความปวด ระดับความรู้สึกตัวและอัตราการหายใจ กรณีได้ยาชนิดโอปิออยด์แบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ โดยบันทึกในสัญญาณชีพและแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยมีแนวทางดังนี้ 2.1 กรณีให้ยาระงับปวดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่องให้บันทึกคะแนนความปวด ระดับความรู้สึกตัวและอัตราการหายใจทุก 4 ชั่วโมง 2.2 กรณีให้ยาระงับปวดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำแบบตามเวลาและแบบครั้งคราว ให้บันทึกคะแนนความปวด ระดับความรู้สึกตัวและอัตราการหายใจก่อนให้ยาทุกครั้งและหลังให้ยาไปแล้ว 30นาที	บันทึกผลการจัดการความปวดได้ถูกต้อง	

วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	กิจกรรมการปฏิบัติ	ผลลัพธ์	เอกสารประกอบ
		3. บันทึกระดับคะแนนความปวดกรณีได้ยาระงับปวดชนิดรับประทาน บันทึกคะแนนความปวดก่อนให้ยาและหลังให้ยา 60 นาที 4. บันทึกระดับคะแนนความปวดกรณีได้รับการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา บันทึกคะแนนความปวดก่อนและหลังให้การจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา 30 นาที 5. บันทึกการรายงานแพทย์กรณีที่มีการรายงานเกี่ยวกับความปวด		



ภาพ 3 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด



หมายเหตุ: PS = pain score

ภาพ 4 การประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี

เอกสารอ้างอิง

สุนทรี ศรีอร่ามมณี. (2552). *ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยของเล่นที่ใช้การเป่าต่อระดับความเจ็บปวดจากการแทงเส้นโลหิตดำเพื่อให้สารน้ำในเด็กวัยก่อนเรียน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ศศิกานต์ นิมมานรัชต์. (2547). แนวคิดความปวด: องค์ความรู้ใหม่ในทศวรรษที่ 21. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลันการประยุกต์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ".* สงขลา: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์และภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Greenberg, R. S., Billett, C., Zahurak, M., & Yaster, M. (1999). Videotape increases parental knowledge about pediatric pain management. *Pediatric Anesthesia, 89*, 899-903

Huth, M. M., Broome, M. E., Mussatto, K. A., & Morgan, S. W. (2003). A study of the effectiveness of a pain management education booklet for parents of children having cardiac surgery. *Pain Management Nursing, 4*, 31-39.

Johnston, C. C., Rennich, J. E., Filion, F., Campbell-Yeo, M., Goulet, C., Bell, L., …Ranger, M. (2012) Maternal touch and talk for invasive procedures in infants and toddlers in the pediatric intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing, 27*, 144-153.

Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Mayes, L. C., Wienberg, M. E., Wang, S., MacLaren, J. E., & Blount, R.L. (2007). Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. *Anesthesiology, 106*(1), 65-74

Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. R., & Malviya, S. (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, *23*, 293–297.

Piira, T., Sugiura, T., Champion, G. D., Donnelly, N., & Cole, A. S. J. (2005). The role of parental presence in the context of children's medical procedures: A systematic review. *Chlid Care, Health & Development, 31*, 233-243.

Uman, L. S., Chamber, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, S. (2008). A systemic review of randomized control trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: An abbreviated Cochrane review. *Journal of Pediatric Psychology, 33*, 842-854.

Wiroonpanich, W. (2006). Getting back to normal: Parents' perception of hospitalized children undergoing painful abdominal surgery. *Songklanagarind Medical Journal, 24*, 191-203.

Wiroonpanich, W., & Strickland, J. C. (2004). Normalizing: Postoperative acute abdominal surgical pain in Thai children. *Journal of Pediatric Nursing, 19*, 104-112.

คำนำ

ความปวดหลังผ่าตัดเป็นสิ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่สามารถป้องกันและควบคุมได้หากมีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งวิธีการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมีหลายวิธีแต่วิธีที่มักใช้ร่วมกันในการบรรเทาปวดในเด็กหลังผ่าตัดคือโดยวิธีการใช้ยา ร่วมกับการไม่ใช้ยา ซึ่งคู่มือเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลให้สามารถนำวิธีลดความปวดไปดูแลและให้ความช่วยเหลือเมื่อเด็กมีความปวดได้อย่างเหมาะสม

สารบัญ

	หน้า
การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา	1
ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์	1
ยาระงับปวดชนิดนอนโอปิออยด์	2
การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา	3
การลูบสัมผัส	4
การเล่นของเล่น	7
การเล่านิทาน	9
การดูการ์ตูน	12
บรรณานุกรม	13

การจัดการความปวดโดยวิธีใช้ยา

การจัดการความปวดโดยการใช้ยา หมายถึง การบรรเทาปวดด้วยการให้ยาระงับปวด โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัด ลด บรรเทา และควบคุมอาการปวดซึ่งการจัดการความปวดด้วยการใช้ยาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่สามารถลดความปวดได้

ชนิดของยาระงับปวดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ ยากลุ่มนี้ที่นิยมใช้บ่อยและได้ผลดีในการระงับปวดจากการผ่าตัด ที่มีความปวดระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง โดยไปออกฤทธิ์บริเวณสมองและไขสันหลังซึ่งยาที่ใช้บ่อยในเด็กหลังผ่าตัดได้แก่

1.1 เฟนตานิล (fentanyl) ชนิดฉีด ระยะเวลาออกฤทธิ์สูงสุด 5-10 นาที ลดอาการปวดได้นาน 0.5-1 ชั่วโมง

1.2 มอร์ฟีน (morphine) ชนิดฉีด ระยะเวลาออกฤทธิ์สูงสุด 20 นาที ลดอาการปวดได้นาน 3-4 ชั่วโมง

ข้อดีของยากลุ่มนี้คือ ยาออกฤทธิ์เร็วสามารถระงับปวดได้ทันที

อาการข้างเคียง ได้แก่ ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก คันตามผิวหนัง กล้ามเนื้อกระตุก ความดันโลหิตต่ำ และกดการทำงานของระบบหายใจ และระดับความรู้สึกตัวลดลง

หมายเหตุ ถ้ามีอาการเหล่านี้ให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที

2. ยาระงับปวดชนิดกลุ่มนอนโอปิออยด์ แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลักคือ ยากลุ่มไม่ใช่เสตอรอยด์และกลุ่มอะเซตามิโนเฟน

2.1 ยากลุ่มไม่ใช่สเตียรอยด์ ยากลุ่มนี้ใช้ได้ผลดีในการลดการอักเสบและลดปวดจึงนิยมใช้ยากลุ่มนี้ร่วมกับยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ จะออกฤทธิ์เสริมกัน ทำให้สามารถลดขนาดของยาและหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ของโอปิออยด์ได้

ยากลุ่มนี้ได้แก่ แอสไพริน (aspirin) ไอบู-โปรเฟน (ibuprophen) ชนิดรับประทาน ระยะเวลาออกฤทธิ์สูงสุด 30 นาที ลดอาการปวดได้นาน 4-6 ชั่วโมง

ข้อดีของยากลุ่มนี้ คือไม่ทำให้ง่วงหรือกดการทำงานของระบบหายใจ

อาการข้างเคียง คือทำให้ระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหาร การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ อาการที่แสดงออกคือปวดท้อง มีเลือดออกทางเดินอาหาร เป็นพิษต่อไต

2.2 ยากลุ่มอะเซตามิโนเฟน (ยาพาราเซตามอล) เป็นยาระงับปวดชนิดรับประทาน ที่นิยมใช้มากในการลดไข้และระงับปวดในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยออกฤทธิ์ใน 15-30 นาที ลดอาการปวดได้นาน 4-6 ชั่วโมง ออกฤทธิ์สูงสุดใน 2 ชั่วโมง

ข้อดีของยากลุ่มนี้ คือ ไม่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร สามารถรับประทานพร้อมอาหารหรือขณะท้องว่างได้

อาการข้างเคียง อาจมีพิษต่อตับ

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาคือ วิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการระงับปวดด้วยยา

ข้อดีคือ สามารถทำได้ต่อเนื่องตลอดเวลา ไม่เกิดผลข้างเคียง

หลักการเลือก

1. เลือกใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือหลายวิธีการร่วมกันได้
2. เลือกตามความชอบและความเหมาะสมกับเด็ก
3. ระยะเวลาในการทำ ขึ้นอยู่กับความชอบของเด็กแต่ละคน

วิธีการ

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา มีหลายวิธี ได้แก่ การลูบสัมผัส การเล่นของเล่น การฟังนิทาน การดูการ์ตูน

การลูบสัมผัส

การลูบสัมผัส เป็นการใช้มือหรือปลายนิ้วลูบผิวหนังไปมาตามส่วนของร่างกายบริเวณ แขน ขา ลำตัว และศีรษะเพื่อกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่และจะบรรเทาปวด ทำให้เด็กรู้สึกสบายและผ่อนคลายเป็นการเบี่ยงเบนความปวดจากการผ่าตัด โดยให้ผู้ดูแลใช้มือหรือปลายนิ้วลูบสัมผัสไปมาอย่างนุ่มนวลบริเวณผิวหนังของเด็ก

อุปกรณ์ หมอนใบเล็ก ๆ

วิธีการ

1. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่หรือเจลล้างมือ
2. เตรียมจิตใจให้สงบ ทำด้วยความเต็มใจ และมั่นใจ ปรารถนาจะช่วยเหลือให้เด็กได้รับการบรรเทาความปวด
3. บอกเด็กก่อนลงมือทำ

4. จัดท่าให้เด็กนอนในท่าสบายหรืออุ้มกอด

4.1 กรณีเด็กที่ผ่าตัดช่องท้องหรือระบบทางเดินปัสสาวะ ให้นอนหงาย ศีรษะสูง 20-30 องศา งอข้อเข่าเล็กน้อย โดยนำหมอนใบเล็ก ๆ รองใต้เข่าถึงปลายเท้าทั้งสองข้าง เพื่อให้ผนังหน้าท้องบริเวณแผลผ่าตัดผ่อนคลายความตึงตัวและลดการเกร็งของอวัยวะส่วนล่าง

4.2 กรณีเด็กผ่าตัดช่องปากและใบหน้าให้นอนตะแคงหน้าด้านใดด้านหนึ่ง ห้ามนอนทับแผลหรืออยู่ในท่าผู้ดูแลอุ้มกอด

4.3 กรณีผ่าตัดตกแต่งท่อปัสสาวะและอวัยวะเพศ จัดให้เด็กนอนในท่าตะแคง หรือนอนหงายงอเข่าเล็กน้อย ดูแลให้สายระบายไม่ให้ถูกดึง รั้งหัก พับ

5. ใช้ฝ่ามือหรือปลายนิ้วโดยใช้มือข้างถนัดลูบผิวหนังเด็กเบา ๆเป็นจังหวะช้า ๆ สม่ำเสมอบริเวณแขน ขา ลำตัว ศีรษะ หรือผิวหนังรอบ ๆบริเวณผ่าตัด (หลีกเลี่ยงบริเวณผ่าตัดเพื่อไม่ให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อแผลผ่าตัด) โดยลูบเป็นจังหวะช้า ๆประมาณ 20 ครั้ง รวมเป็นเวลา 2 นาที หรือนานเท่าที่เด็กชอบและต้องการ

6. สามารถลูบสัมผัสเด็กได้บ่อยครั้งตามความต้องการของเด็กและตามความเหมาะสม

การเล่นของเล่น

การเล่นของเล่น เป็นการจัดของเล่นให้เด็กเล่นหลังผ่าตัดเพื่อช่วยให้เด็กเพลิดเพลิน ส่งผลให้เด็กเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดมาสู่การเล่น

อุปกรณ์: ของเล่นที่เด็กชอบ เช่น บล็อก ตุ๊กตา หุ่นยนต์ รถ ของเล่นมีเสียงดนตรี หนังสือนิทาน ฯลฯ

หลักการ: จัดของเล่นที่เด็กชอบโดยผู้ดูแลจะต้องประเมินความพร้อมและความอยากเล่นของเด็ก โดยเฉพาะภายหลังผ่าตัดเกิน 24 ชั่วโมงแรกเด็กอาจมีความปวดมากและไม่อยากจะเล่น ดังนั้นเด็กอาจไม่พร้อมที่จะเล่น อย่างไรก็ตามในระยะหลังผ่าตัดเกิน 24 ชั่วโมง เด็กบางคนอาจมีความพร้อมที่จะเล่นได้ ดังนั้นการจัดการเล่นในขณะที่เด็กพร้อมจะเป็นการช่วยเบี่ยงเบนความปวดได้

วิธีการ

1. ประเมินความพร้อมและความอยากเล่นของเด็ก

2. จัดของเล่นหลากหลายที่เหมาะสมกับวัยและพัฒนาการของเด็ก เช่น บล็อกไม้ เล่นตุ๊กตา เล่นหุ่นยนต์ รถ ของเล่นมีเสียงดนตรี เป็นต้น

3. ให้เด็กเล่นตามความชอบและความต้องการ

4. สำหรับระยะเวลาให้เด็กเล่นใช้เวลาประมาณ 15-30 นาทีต่อครั้งหรือนานเท่าที่เด็กอยากเล่น

5. ในกรณีที่เด็กเล็กไม่สามารถเล่นด้วยตนเองได้ เนื่องจากพัฒนาการยังเจริญไม่เต็มที่ ผู้ดูแลจะต้องช่วยเหลือหรือเล่นกับเด็ก

การฟังนิทาน

การฟังนิทาน เป็นการอ่านหนังสือนิทานให้เด็กฟังเพื่อช่วยเบี่ยงเบนความปวดหลังผ่าตัด

อุปกรณ์: หนังสือนิทานมีรูปภาพประกอบ

หลักการเลือกนิทาน: เลือกนิทานตามความชอบของเด็กและเหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก ดังนี้

1. เป็นเรื่องง่าย ๆ เน้นเหตุการณ์อย่างเดียว ให้เด็กคาดคะเนเรื่องได้บ้าง

2. มีการดำเนินเรื่องรวดเร็ว

3. ตัวละครน้อย มีลักษณะเด่นที่จำง่าย

4. บทสนทนา ใช้ภาษาง่าย ๆ ประโยคสั้น ๆเป็นเรื่องใกล้ตัว เช่น ครอบครัว เพื่อให้เด็กจินตนาการได้ง่าย

5. สร้างความรู้สึกพอใจให้เด็ก

6. ความยาวไม่เกิน 25-30นาที

วิธีการ: เล่านิทานประกอบกับการชี้รูปภาพจากหนังสือนิทาน โดยผู้ดูแลอาจทำเสียงสูงต่ำตามตัวละครขณะเล่านิทานจะทำให้เด็กสนใจและเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กจากความปวดได้ดี

การดูการ์ตูน

การดูการ์ตูน เป็นการให้เด็กดูการ์ตูนจากแผ่นซีดีหรือแท็ปเล็ตที่มีภาพเคลื่อนไหวเพื่อเบี่ยงเบนความปวด

อุปกรณ์: เครื่องเล่นแผ่นซีดีหรือแท็ปเล็ต แผ่นซีดีการ์ตูนเรื่อง โดราเอม่อน อุลตร้าแมน ชินจัง เจ้าหญิงแสนสวย เป็นต้น

หลักการเลือกการ์ตูน: การเลือกการ์ตูนจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับวัยตามความชอบและพัฒนาการของเด็ก การ์ตูนที่เป็นที่นิยมของเด็ก เช่น โดราเอม่อน อุลตร้าแมน ฯลฯ

วิธีการ: เปิดการ์ตูนจากแผ่นซีดีหรือแทปเล็ตให้เด็กดู สำหรับระยะเวลาการดูการ์ตูนครั้งละไม่เกิน 15-30 นาที หรือตามความเหมาะสมกับเด็กแต่ละราย

บรรณานุกรม

Gazal, G., & Mackie, I. (2007). A comparison of paracetamol, ibuprofen or their combination for pain relief following extractions in children under general anaesthesia: A randomized controlled trial. *International Journal of Paediatric Dentistry, 17*(3), 169-177.

Gehdoo, R. P. (2004). Postoperative pain management in pediatric patients. *Indain Journal of Anasethesia*, *48*, 406-414.

Greenberg, R. S., Billett, C., Zahurak, M., & Yaster, M. (1999). Videotape increases parental knowledge about pediatric pain management. *Pediatric Anesthesia, 89*, 899-903.

Uman, L. S., Chamber, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, S. (2008). A systemic review of randomized control trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: An abbreviated Cochrane review. Journal of Pediatric Psychology, 33, 842-854.

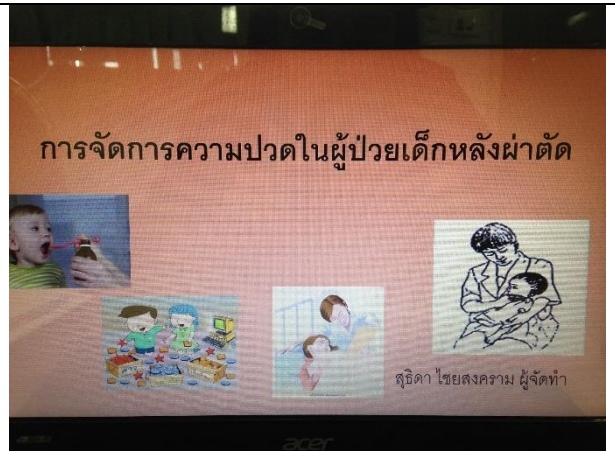
ภาคผนวก ค

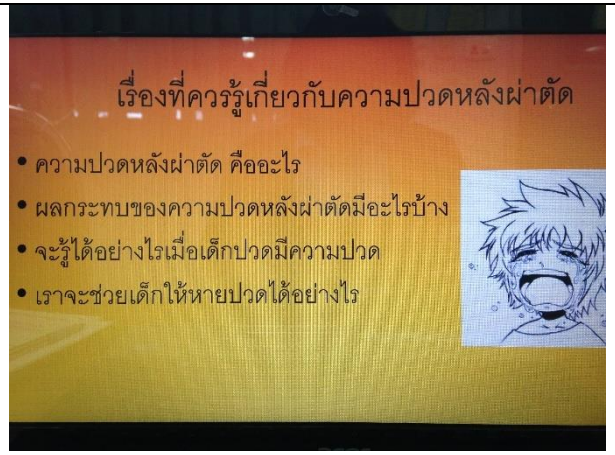
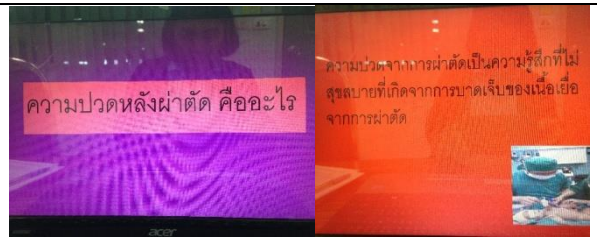
พาวเวอร์พอยท์เรื่องการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด

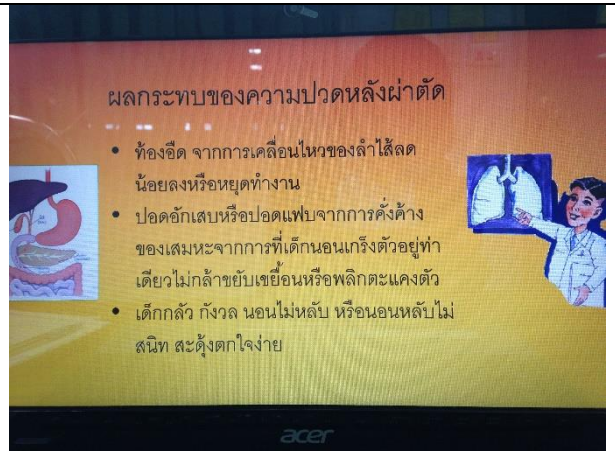
วัตถุประสงค์

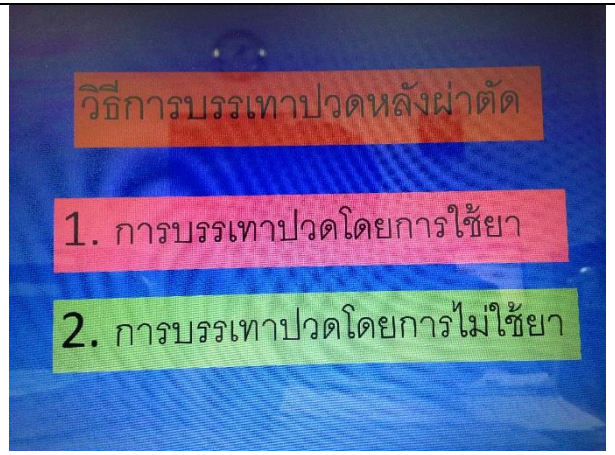
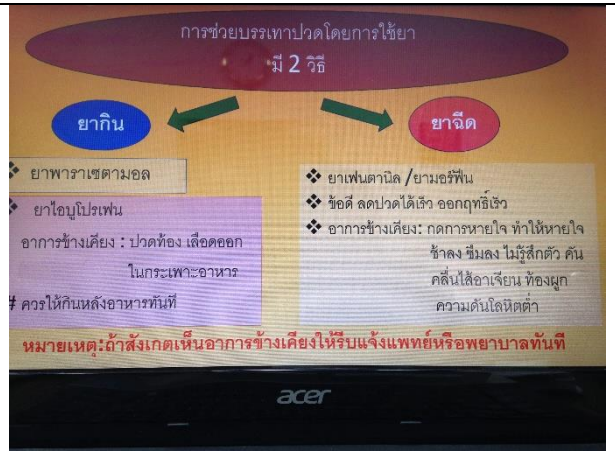
1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวด
2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาได้ถูกต้อง

ระยะเวลา 15-30 นาที

ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
1	การจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด		กล่าวนำเรื่อง เด็กที่เข้ารับการผ่าตัดจะมีความปวดเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตามความปวดที่เกิดจากการผ่าตัดสามารถป้องกันและควบคุมได้หากมีการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ สำหรับวัตถุประสงค์การสอนครั้งนี้เพื่อให้พ่อแม่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กและสามารถนำไปใช้ในการบรรเทาความปวดในเด็กหลังผ่าตัดได้ ซึ่งเนื้อหา ประกอบด้วย	

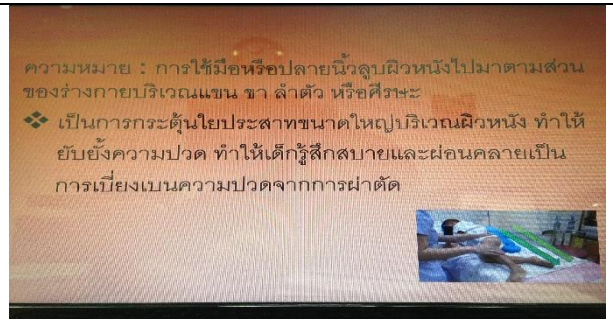
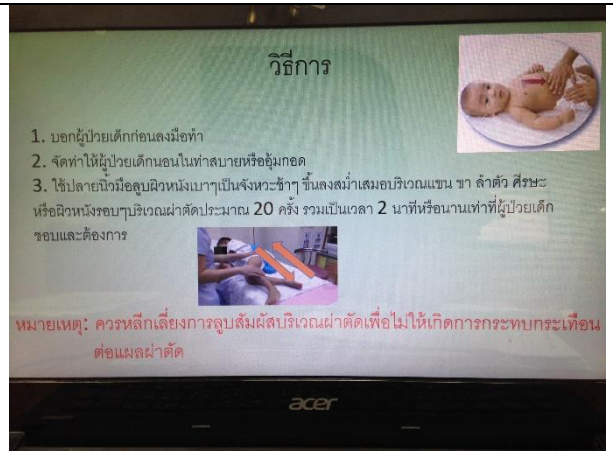
ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
2	เรื่องที่ควรรู้เกี่ยวกับความปวด		ความปวดหลังผ่าตัด คืออะไร ผลกระทบของความปวดหลังผ่าตัดมีอะไรบ้าง จะรู้ได้อย่างไรเมื่อลูกปวดมีความปวด เราจะช่วยเด็กให้หายปวดได้อย่างไร	
3	ความหมายของความปวด		ความปวดหลังผ่าตัด คืออะไร ความปวดหลังผ่าตัด คือ ความปวดจากการผ่าตัดเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบายที่เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด	

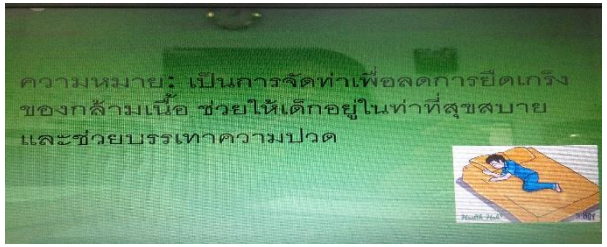
ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
4	ผลกระทบของความปวด		ผลกระทบของความปวดที่เกิดขึ้นกับเด็ก เมื่อเด็กมีความปวดจะนอนเกร็งอยู่ท่าเดียวไม่กล้าขยับตัว จะทำให้เกิดอาการท้องอืดจากลำไส้เคลื่อนไหวน้อย เกิดปอดแฟบหรือปอดอักเสบจากการที่ไม่กล้าหายใจเข้าออกลึกๆ เด็กจะกลัว กังวล ไม่กล้านอน หรือนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท หรือมีอาการสะดุ้ง	
4	เมื่อเด็กปวดจะรู้ได้อย่างไร		เมื่อเด็กปวดจะประเมินอย่างไร ประเมินความปวดจากพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก 5 ด้านคือ - การแสดงออกทางสีหน้า: หน้านิ่ว คิ้วขมวด - การร้องไห้: ร้องคราง กรีดร้อง - แขนขา: แตะ ไปมา งอขา จิกเท้า เกร็งตัว - ยากต่อการปลอบโยน โดยพ่อแม่สามารถสังเกตจากพฤติกรรมเหล่านี้และขอยาระงับปวดจากพยาบาลได้	

ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
5	การช่วยบรรเทาปวดในเด็ก		จัดการความปวดในเด็ก มี 2 วิธี คือ 1. การจัดการความปวดโดยการใช้ยา มี 2 วิธี ยากิน และยาฉีด 2. การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การลูบสัมผัส การจัดท่า การเล่น การฟังนิทาน การดูการ์ตูน	
6	การบรรเทาปวดโดยการให้ยา		การบรรเทาปวดโดยการใช้ยา เป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่ใช้ลดความปวด หลังผ่าตัดในเด็กที่มีความปวดน้อย 1. ยากิน มี 2 ชนิด - ยาพาราเซตามอล ออกฤทธิ์ใน 15-30 นาที ให้ยา ทุก 4-6 ชั่วโมง อาการข้างเคียง คือ อาจมีพิษต่อตับ - ยา ไอบูโปเฟน จะออกฤทธิ์ใน 30 นาที ความถี่ในการให้ยา ทุก 4-6 ชั่วโมง	

ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
			<u>อาการข้างเคียง</u> คือ ทำให้ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ปวดท้อง ถ่ายดำ มีเลือดออกทางเดินอาหารได้ 2. ยาฉีด กรณีปวดมาก ซึ่งมียาที่ใช้บ่อยในเด็กหลังผ่าตัด ได้แก่ - ยาเฟนตานิล ชนิดฉีดออกฤทธิ์เร็ว 5-10 นาที มัก ให้ยาทุก 30นาทีถึง 3ชั่วโมง - ยามอร์ฟีน ออกฤทธิ์ 20 นาที อยู่นาน 3-4 ชั่วโมง ยากลุ่มนี้จะมีอาการข้างเคียงที่สำคัญคือ กดระบบการหายใจ ทำให้เด็กหายใจช้าลงหรือหยุดหายใจ ง่วงซึม คลื่นไส้อาเจียน คันท้องผูก ความดันโลหิตลดลง ถ้าพ่อแม่สังเกตว่าบุตรมีอาการข้างเคียงให้รีบแจ้งพยาบาลและแพทย์ทันที	

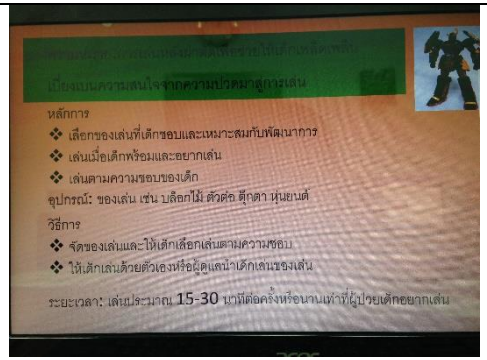
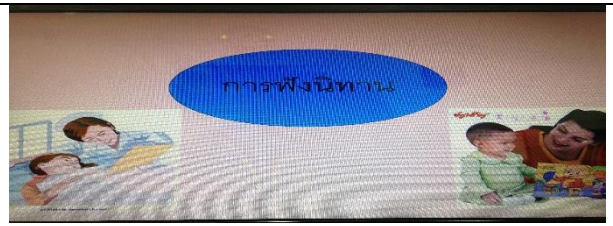
ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
7	การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา		การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา เป็นวิธีการช่วยลดปวดได้ทันทีเมื่อเด็กปวดระดับน้อย และมักใช้ร่วมกับลดความปวดการใช้ยาเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดปวด ข้อดี คือสามารถทำได้ต่อเนื่องตลอดเวลา ไม่มีผลข้างเคียง เลือกทำได้ตามความชอบ ความเหมาะสมกับเด็ก ระยะเวลาขึ้นอยู่กับเด็กแต่ละคน วิธีการลดปวดโดยการไม่ใช้ยา มีหลายวิธี ได้แก่ การลูบสัมผัส การจัดท่า การอุ้มกอด ปลอบโยน การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการเล่น การฟังนิทาน การดูการ์ตูน	
8	การลูบสัมผัส		การลูบสัมผัส เป็นการใช้มือหรือปลายนิ้วลูบผิวหนังไปมาตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น บริเวณ แขน ขา ลำตัว หรือศีรษะเพื่อกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่บริเวณผิวหนังจะส่งผลให้เด็กรู้สึกสบายและผ่อนคลายทำให้เบี่ยงเบนความปวดจากการผ่าตัดได้	

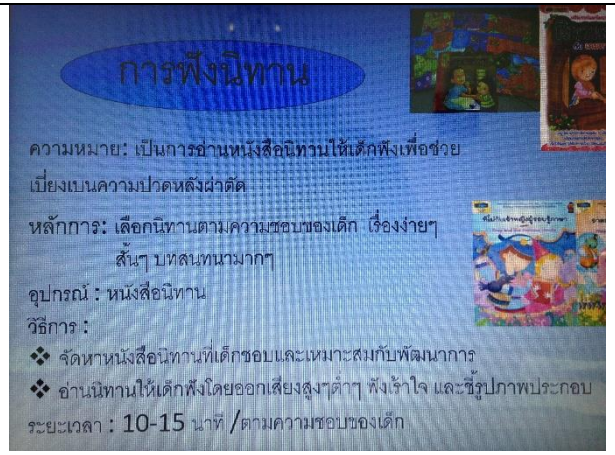
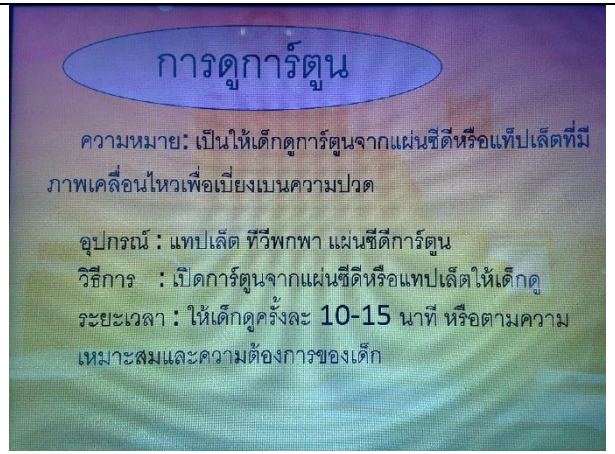
ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
				
9	วิธีการลูบสัมผัส		วิธีการลูบสัมผัส มีขั้นตอนดังนี้ โดยผู้ดูแลจะต้อง บอกเด็กก่อนลงมือทำ จัดท่าให้เด็กนอนในท่าสบายหรืออุ้มกอด ใช้ปลายนิ้วลูบผิวหนังเด็กเบาๆเป็นจังหวะช้าๆ สม่ำเสมอ บริเวณแขน ขา ลำตัว ศีรษะ หรือผิวหนังรอบๆบริเวณ ผ่าตัด (หลีกเลี่ยงบริเวณผ่าตัดเพื่อไม่ให้เกิดการ กระทบกระเทือนต่อแผลผ่าตัด) โดยลูบเป็นจังหวะช้าๆ ประมาณ 20 ครั้ง รวมเป็นเวลา 2 นาที หรือนานเท่าที่เด็ก อยู่ในท่าสบาย	

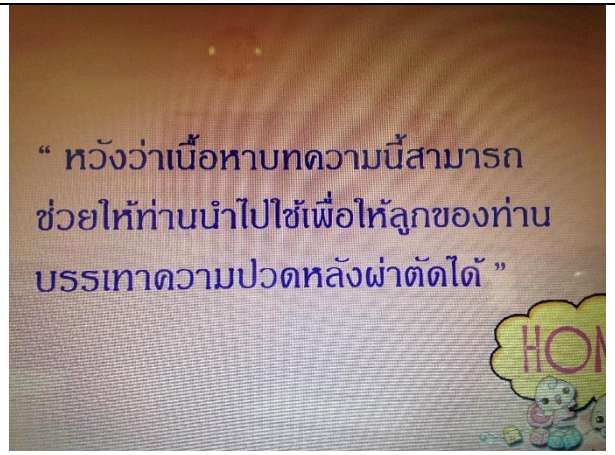
ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
10		 	การจัดท่าเพื่อลดปวด เป็นการจัดท่าเพื่อลดการยึดเกร็งของกล้ามเนื้อช่วยให้เด็กอยู่ในท่าที่สุขสบายและผ่อนคลายลดความปวดได้ ซึ่งสามารถทำร่วมกับการลูบสัมผัสไปด้วย ในที่นี้จะแนะนำการจัดท่าตามชนิดการผ่าตัด ดังนี้	

ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
11			กรณีเด็กที่ผ่าตัดช่องท้องให้นอนหงายศีรษะสูง 20-30 องศา งอข้อเข่าเล็กน้อย โดยนำหมอนใบเล็กๆรองใต้เข่าถึงปลายเท้าทั้งสองข้าง เพื่อให้ผนังหน้าท้องบริเวณแผลผ่าตัดผ่อนคลายความตึงตัวและลดการเกร็งของอวัยวะส่วนล่าง	
12			กรณีเด็กผ่าตัดช่องปากและใบหน้าให้นอนตะแคงหน้าด้านใดด้านหนึ่งห้ามนอนทับแผล หรือผู้ดูแลอาจอุ้มเด็กในท่ากอด	

ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
13			กรณีผ่าตัดตกแต่งท่อปัสสาวะและอวัยวะเพศ จัดให้เด็กนอนในท่าตะแคง หรือนอนหงายงอเข่าเล็กน้อย ดูแลให้สายระบายไม่ให้ถูกดึงรั้งหัก พับ	
14	การเล่นของเล่น		การเล่นของเล่น เป็นการจัดของเล่นให้เด็กเล่นหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้เด็กเพลิดเพลิน ส่งผลให้เด็กเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดมาสู่การเล่น หลักการ: เลือกของเล่นที่เด็กชอบและเหมะสมกับพัฒนาการ เล่นเมื่อเด็กพร้อมและอยากเล่น อุปกรณ์: ของเล่น เช่น บล็อก ตัวต่อ ตุ๊กตา หุ่นยนต์ วิธีการ:	

ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
			จัดของเล่นให้เด็กเล่นตามความชอบ ให้เด็กเล่นด้วยตัวเองหรือพ่อแม่นำเด็กเล่น ระยะเวลา: ประมาณ 15-30 นาที หรือนานเท่าที่เด็กอยากเล่น	
15	การฟังนิทาน		การฟังนิทาน เป็นการเล่านิทานให้เด็กฟังเพื่อช่วยเบี่ยงเบนความปวดหลังผ่าตัด หลักการ:เลือกนิทานตามความชอบของเด็ก เรื่องสั้นๆ บทสนทนามาก อุปกรณ์ : หนังสือนิทาน วิธีการ :จัดหานังสือนิทานที่เด็กชอบและเหมาะสมกับพัฒนาการ อ่านนิทานให้เด็กฟังโดยออกเสียงสูงๆต่ำๆฟังเร้าใจและชี้รูปภาพประกอบ	

ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
			ระยะเวลา: ประมาณ 10-15 นาที	
16	การดูการ์ตูน		การดูการ์ตูน เป็นการให้เด็กดูการ์ตูนจากแผ่นซีดีหรือแท็ปเล็ตที่มีภาพเคลื่อนไหวเพื่อเบี่ยงเบนความปวด อุปกรณ์ : แทปเล็ต ทีวีพกพา แผ่นซีดีการ์ตูน วิธีการ : เปิดการ์ตูนจากแผ่นซีดีหรือแทปเล็ตให้เด็กดู เวลาการดูการ์ตูน ครั้งละไม่เกิน 10-15 นาที หรือตามความเหมาะสมและความต้องการของเด็ก	

ลำดับที่	หัวข้อ	ภาพนิ่ง (slide)	คำบรรยาย	หมายเหตุ
17	กล่าวจบ		หวังว่าคุณพ่อคุณแม่ คงนำความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ไปใช้เพื่อให้ลูกของท่านบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดได้	

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของเด็กอายุ 1 เดือน- 5 ปี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีไปใช้

ตอนที่ 5 แบบบันทึกคะแนนความปวดของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เวลา 24 ชั่วโมงที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของเด็ก

<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กหลังผ่าตัดอายุ 1 เดือน - 5 ปี

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลลงในช่องว่างหรือเครื่องหมาย ✓ลงในวงเล็บให้เลือกตอบตาม ความเป็นจริง ตามแบบสอบถาม (พยาบาลเก็บข้อมูลโดยการซักประวัติจากผู้ดูแล)

1. วันเดือนปีเกิด……

2. น้ำหนัก……..กิโลกรัม

3. เพศ ( ) หญิง( ) ชาย

4. วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล……เดือน……พ.ศ……..

5. การวินิจฉัยโรค……..

6. ชนิดของการผ่าตัดที่ได้รับ……

วันที่ผ่าตัด……เดือน……พ.ศ……

5. ประวัติการผ่าตัด/การบาดเจ็บ ของเด็ก

☐ ไม่มี ถ้าไม่มีข้ามไปข้อ 6

☐ มี ระบุ จำนวน……..ครั้ง

ชนิดการผ่าตัดในอดีต ……..

6. ท่าที่เด็กชอบนอน

☐ นอนหงาย ☐ นอนคว่ำ ☐ นอนตะแคงซ้าย

☐ นอนตะแคงขวา ☐ ให้พ่อแม่อุ้ม ☐ อื่นๆ ระบุ……..

7. พฤติกรรมที่บ่งบอกว่าเด็กมีความปวด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ร้องไห้ โวยวาย กรีดร้อง ☐ ร้องคราง

☐ แตะขา ☐ งอขา

☐ เกร็งตัว ☐ อื่นๆ ระบุ ……

8. โรคประจำตัว

☐ มี ระบุ……..

☐ ไม่มี

9. แพ้ยา/แพ้อาหาร

☐ มี ระบุ……..

☐ ไม่มี

(ข้อ 10-11 ตอบภายหลังผ่าตัด)

10. ชนิดของการได้รับยาระงับความรู้สึก (ตอบภายหลังผ่าตัด)

( ) General anesthesia ( ) Caudal block

( ) Spinal block ( ) Epidural block (continuous)

( ) อื่นๆ……..

11. ชนิดของยาบรรเทาปวดที่ได้รับหลังผ่าตัด (ระบุขนาด วิธีการที่ให้ ความถี่)

☐ ยาเฟนตานิล ระบุ……..

☐ ยามอร์ฟีน ระบุ……..

☐ ยาพาราเซตามอล ระบุ……..

☐ ยาไอบูโปรเฟน ระบุ……....

☐ อื่นๆ ระบุ……....

<u>ตอนที่ 2</u> แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาล
ทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี

<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดอายุ 1 เดือน - 5 ปี

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลลงในช่องว่างหรือเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บให้เลือกตอบตาม ความเป็นจริง ตามแบบสอบถาม (พยาบาลเก็บข้อมูลโดยการซักประวัติจากผู้ดูแล)

1. อายุ ……ปี

2. ความสัมพันธ์กับเด็ก

( ) บิดา ( ) มารดา ( ) อื่นๆ ระบุ……

3. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีความปวดหลังผ่าตัดหรือไม่

( ) ไม่เคย ข้ามไปข้อ 5 ( ) เคย ระบุ……ครั้ง ถ้าเคย ตอบข้อ 4

4. ถ้าท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีความปวดหลังผ่าตัด โปรดระบุวิธีการจัดการความปวดที่ท่านทำให้เด็ก

( ) การจัดท่า ( ) การเล่น ( ) การโอบกอด

( ) การปลอบโยน ( ) การอยู่เฝ้าตลอด ( ) การลูบสัมผัส

( ) การเป่าฟอง ( ) การอ่านนิทานให้ฟัง ( ) การดูการ์ตูน

( ) อื่นๆ ระบุ……..

5. ท่านมีวิธีการจัดการความปวดขณะเด็กอยู่ที่บ้าน อย่างไรบ้าง

เช่น ขณะเด็กร้องท่านทำอย่างไรบ้าง ระบุ……

6. ท่านเคยได้รับข้อมูลการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดมาก่อนหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย ระบุ ผู้ให้ข้อมูล……..

วันที่ได้รับข้อมูล ระบุ……

<u>ส่วนที่ 2</u> แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาล
ทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้ขอความกรุณาให้ท่านแสดงความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของพยาบาลที่ลูกของท่านได้รับโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน ดังนี้

ไม่พอใจ	หมายถึง	ไม่พึงพอใจต่อการจัดการความปวด
เล็กน้อย	หมายถึง	ความพึงพอใจในระดับเล็กน้อยต่อการจัดการความปวด
ปานกลาง	หมายถึง	ความพึงพอใจในระดับปานกลางต่อการจัดการความปวด
มาก	หมายถึง	ความพึงพอใจในระดับมากต่อการจัดการความปวด
มากที่สุด	หมายถึง	ความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อการจัดการความปวด

หัวข้อ	ไม่พอใจ (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. พยาบาลให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อบุตรของท่านมีอาการปวด					
2. พยาบาลให้การดูแลอย่างนุ่มนวลเมื่อบุตรของท่านมีอาการปวด					
3. พยาบาลประเมินและสอบถามอาการปวดก่อนและภายหลังได้รับการช่วยเหลือบรรเทาปวด					
4. ท่านมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีบรรเทาปวดกับพยาบาล/แพทย์					
5. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินและการบอกระดับความปวด					
6. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดโดยการใช้ยา					
7. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา					
8. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา					
9. ท่านมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการความปวด					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาล
ทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี

<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความและเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ……..ปี

2. ระดับการศึกษา ( ) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ( ) ปริญญาโท ( ) อื่นๆ
ระบุ……..

3. ตำแหน่งการปฏิบัติงาน
( ) พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ
( ) พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
( ) พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ

4. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก ……..ปี

5. ประวัติการผ่านการได้รับความรู้/การอบรมในเรื่องการจัดการความปวด
( ) ผ่านการอบรม ( ) ไม่ผ่านการอบรม (ถ้าเลือกข้อนี้ข้ามไปตอบส่วนที่ 2)

6. ท่านผ่านการได้รับความรู้/การอบรมทั้งหมด…….ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ……
หัวข้อที่อบรม คือ …….....
…….

<u>ส่วนที่ 2</u> แบบสอบถามความพึงพอใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตามความเป็นจริงของท่านในการให้คะแนนเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติด้านต่างๆ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจ

2 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในระดับน้อย

3 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลาง

4 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมาก

5 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	ไม่พึงพอใจ (1)	พึงพอใจน้อย (2)	พึงพอใจปานกลาง (3)	พึงพอใจมาก (4)	พึงพอใจมากที่สุด (5)
1. การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด					
2. การประเมินความปวดหลังผ่าตัด					
3. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการใช้ยา					
4. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยา					
5. การบันทึกและการติดตามการจัดการความปวด					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีไปใช้

<u>ส่วนที่ 1</u> แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีไปใช้

คำชี้แจง แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

5 = เห็นด้วยมากที่สุด = เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

4 = เห็นด้วยมาก = เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

3 = เห็นด้วยปานกลาง = เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

2 = เห็นด้วยน้อย = ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด = ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1.	ฉันเข้าใจเนื้อหาของแนวปฏิบัติได้ง่าย					
2.	ฉันมีภาระงานเพิ่มขึ้น เมื่อทำตามแนวปฏิบัตินี้					
3.	หน่วยงานของฉันไม่ต้องจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติม เมื่อฉันทำตามแนวปฏิบัตินี้					
4.	แพทย์ให้ความร่วมมือ เมื่อฉันปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้					
5.	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ช่วยบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีได้					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
6.	การใช้แนวปฏิบัตินี้ ทำให้ฉันต้องใช้เวลาการดูแลผู้ป่วยมากกว่าเดิม					
7.	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ ทำให้การทำงานในแต่ละเวรยุ่งยากมากขึ้น					
8.	หน่วยงานไม่มีบุคลากรที่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ได้					
9.	ฉันสามารถนำเนื้อหาในแนวปฏิบัตินี้ไปปฏิบัติได้ทันที					
10.	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ ทำให้หน่วยงานต้องสิ้นเปลืองอุปกรณ์มากขึ้น					
11.	แผนภูมิแนวปฏิบัติฯช่วยให้ฉันตัดสินใจช่วยเหลือเด็กป่วยที่มีความปวดได้รวดเร็วขึ้น					
12.	หากต้องการใช้แนวปฏิบัตินี้ให้มีประสิทธิภาพ หน่วยงานต้องจัดหาบุคลากรเพิ่มเติม					
13.	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ ทำให้เด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีที่ได้รับการผ่าตัดได้ประโยชน์					
14.	การใช้แนวปฏิบัตินี้ ช่วยให้การสื่อสารของทุกคนในทีมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กป่วยที่มีความปวดได้รวดเร็วขึ้น					
15.	ฉันยินดีและพร้อมที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ต่อไป					

<u>ส่วนที่ 2</u> แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีไปใช้และข้อเสนอแนะ

คำชี้แจง ขอความกรุณาท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้สามารถนำแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปีไปใช้ได้จริง อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3.1 ปัญหาและอุปสรรค

……

……

……

……

……

2 ข้อเสนอแนะ

……

……

……

……

ตอนที่ 5 แบบบันทึกคะแนนความปวดของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เวลา 24 ชั่วโมง ที่ได้รับการจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

คำชี้แจง กรุณาประเมินคะแนนความปวดของพฤติกรรมในแต่ละด้านและใส่เครื่องหมาย X ให้คะแนนตรงตามพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก จากนั้นรวมคะแนนเมื่อสิ้นสุดการประเมิน

ประเภท	คะแนน	พฤติกรรม	คะแนนที่ได้
ใบหน้า	0 1 2	ไม่มีการแสดงออก หรือยิ้มอย่างเฉพาะเจาะจง หน้านิ่วคิ้วขมวดเป็นครั้งคราวไม่สนใจสิ่งแวดล้อม - คางสั่นบ่อยๆ ขบขากรรไกร	
ขา	0 1 2	ท่าปกติ หรือผ่อนคลาย เกร็งเล็กน้อย เตะ หรืองอขา	
กิจกรรม/การเคลื่อนไหว	0 1 2	นอนนิ่ง วางท่าปกติ เคลื่อนไหวตามสบาย บิด เคลื่อนตัวไปมาหน้าหลัง เกร็งเล็กน้อย โก่ง แข็ง หรือสะบัดตัว	
ร้องไห้	0 1 2	ไม่ร้องไห้ ร้องคราง ร้องไห้ตลอด กรีดร้องเสียงแหลม สะอื้น	
การปลอบโยน	0 1 2	รู้สึกพึงพอใจ ผ่อนคลาย ตอบสนองต่อการปลอบโยน การสัมผัส ยากต่อการปลอบโยน หรือทำให้สุขสบาย	
รวมคะแนน			

ภาคผนวก จ
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

ก่อนที่จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัยก่อน ซึ่งสถิติที่ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเป็นไปของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติค่าเฉลี่ย ดังนี้

1.1 ตัวแปรที่ใช้ต้องมีระดับการวัดเป็นมาตราช่วงหรือระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (interval scale หรือ ratio scale) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคะแนน ซึ่งมีระดับการวัดเป็นมาตราช่วง ดังนั้นชุดของคะแนนที่นำไปวิเคราะห์ผลด้วยค่าเฉลี่ยจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

1.2 การกระจายข้อมูลเป็นไปตามโค้งปกติ (normal distribution of data) ผู้วิจัยนำข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเป็นไปของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแล มาทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยดูจากค่า *Z*-value ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการทดสอบข้อมูล ซึ่งค่าที่ยอมรับได้จะต้องไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z < 3.29$; $p > 0.05$) (Tabachnick & Fidell, 2007) เมื่อนำข้อมูลทุกชุดข้อมูลมาทดสอบพบว่า ทุกชุดข้อมูลได้ค่า *z-value* ไม่เกิน 3.29 ดังตาราง 8-10

ตาราง จ1

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเป็นไปของการนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้

ข้อความ	Skewness			Kurtosis		
	statistic	SE	*z-value*	statistic	SE	*z-value*
1. ความเป็นไปได้โดยรวม	0.77	0.58	1.28	-0.24	1.12	-0.21
2. ความยากง่ายในการปฏิบัติ	0.67	0.58	1.15	0.47	1.12	0.41
2.1 อ่านและเข้าใจแนวปฏิบัติพยาบาลได้ง่าย	0.04		0.01	0.53		0.47
2.2 แนวปฏิบัติพยาบาลไม่ทำให้ฉันเสียเวลา	-0.13	0.58	-0.17	-0.12	1.12	-0.11
2.3 แนวปฏิบัติพยาบาลไม่ทำให้การทำงานแต่ละเวรยุ่งยาก	1.17	0.58	-2.02	-0.73	1.12	-0.65
2.4 สามารถนำแนวปฏิบัติพยาบาลไปใช้ได้ทันที	0.00	0	0	1.61	1.12	1.44
3. ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี	0.73	0.58	1.26	-0.37	1.12	-0.33
3.1 แนวปฏิบัติพยาบาล นี้หน่วยงานไม่ต้องหาอุปกรณ์เพิ่ม	0.92	0.58	0.15	-0.66	1.12	-0.59
3.2 หน่วยงานไม่สิ้นเปลืองอุปกรณ์	-0.31	0.58	-0.53	-0.40	1.12	-0.30

สูตรการคำนวณค่า *z-value* = statistic ÷ SE

ตาราง จ1 *(ต่อ)*

ข้อความ	Skewness			Kurtosis		
	statistic	SE	*z-value*	statistic	SE	*z-value*
4. ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง	-0.03	0.58	-0.05	-1.41	1.12	-1.25
4.1 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาล ไม่เป็นภาระงาน	0.55	0.58	0.95	-1.13	1.12	-1.00
4.2 แพทย์ให้ความร่วมมือตามแนวปฏิบัติพยาบาล	0.14	0.58	0.25	-2.30	1.12	-2.05
4.3 บุคลากรในหน่วยงานสามารถทำตามแนวปฏิบัติพยาบาล	-1.17	0.58	-2.02	-0.73	1.12	-0.65
4.4 หน่วยงานไม่ต้องหาบุคลากรเพิ่มเติม	-1.08	0.58	-1.87	0.39	1.12	0.35
4.5 การใช้แนวปฏิบัติช่วยให้การสื่อสารในทีมรวดเร็วขึ้น	0.45	0.58	0.78	-2.09	1.12	-1.86
4.6 พร้อมที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้	0.78	0.58	1.35	-1.61	1.12	-1.44

สูตรการคำนวณค่า *z-value* = statistic ÷ SE

ตาราง จ1 *(ต่อ)*

ข้อความ	Skewness			Kurtosis		
	statistic	SE	*z-value*	statistic	SE	*z-value*
5. ประโยชน์ของผู้ใช้บริการ	0.77	0.58	1.33	0.16	1.21	0.14
5.1 แนวปฏิบัติพยาบาลช่วยบรรเทาความปวด	-0.31	0.58	-0.55	-0.40	1.12	-0.36
5.2 แผนภูมิการตัดสินใจช่วยในการตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยได้เร็ว	1.67	0.58	2.88	0.89	1.12	0.80
5.3 แนวปฏิบัติช่วยให้เด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี ได้ประโยชน์	1.17	0.58	2.02	-0.73	1.12	-0.65

สูตรการคำนวณค่า *z-value* = statistic ÷ SE

ตาราง จ2

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

ข้อความ	Skewness			Kurtosis		
	statistic	SE	*z-value*	statistic	SE	*z-value*
1. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาลโดยรวม	1.17	0.58	2.02	-0.73	1.12	-0.65
2. การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	0.28	0.58	0.48	1.40	1.12	1.24
3. การประเมินความปวดหลังผ่าตัด	0.78	0.58	1.35	-1.61	1.12	-1.44
4. การจัดการความปวดโดยการใช้ยา	0.14	0.58	0.25	-2.30	1.12	-2.05
5. การจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา	-0.22	0.58	0.39	-0.97	1.12	-0.86
6. การบันทึกและติดตามการจัดการความปวด	0.14	0.58	0.25	-2.30	1.12	-2.05

สูตรการคำนวณค่า *z-value* = statistic ÷ SE

ตาราง จ3

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลภายหลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี

ข้อความ	Skewness			Kurtosis		
	statistic	SE	*z-value*	statistic	SE	*z-value*
1. ความพึงพอใจต่อการจัดการความ ปวดโดยรวม	0.67	0.59	1.13	-1.83	1.15	-1.59
2. การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เมื่อมีความปวด	1.06	0.59	1.79	-1.03	1.15	-0.89
3. การดูแลอย่างนุ่มนวลเมื่อมีอาการปวด	0.02	0.59	0.03	0.20	1.15	0.17
4. การประเมินและสอบถามอาการปวดก่อนและภายหลังได้รับการช่วยเหลือบรรเทาปวด	-0.19	0.59	-0.32	-0.25	1.15	-0.21
5. การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีบรรเทาปวดกับพยาบาล/แพทย์	-0.02	0.59	-0.03	0.30	1.15	0.26
6. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการประเมินและการบอกระดับความปวด	0.02	0.59	0.03	0.20	1.15	0.17
7. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการใช้ยา	0.00	0.59	0	-2.36	1.15	-2.05

สูตรการคำนวณค่า *z-value* = statistic ÷ SE

ตาราง จ3 *(ต่อ)*

ข้อความ	Skewness			Kurtosis		
	statistic	SE	*z-value*	statistic	SE	*z-value*
8. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา	-0.32	0.59	-0.54	-0.63	1.15	-0.54
9. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยา	0.02	0.59	0.03	0.20	1.15	0.17

ภาคผนวก ฉ

ใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้มีส่วนร่วมวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ดูแล

(Informed Consent Form)

ข้าพเจ้า (นาย /นาง /นางสาว)……นามสกุล..……อายุ……ปี

อยู่บ้านเลขที่……..หมู่……...ตำบล…….....อำเภอ.....……จังหวัด……

เป็นบิดา /มารดา /ผู้ปกครองของ (ด.ญ. /ด.ช.) ……...……อายุ……...…ปี

ขอแสดงเจตนายินยอมให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่อง **การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี** โดยข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยและ/หรือได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาว สุธิดา ไชยสงคราม และได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่เด็กในปกครองของข้าพเจ้า ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่เด็กในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ที่ได้รับจากการวิจัย โดยให้นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้นแต่จะไม่เผยแพร่ ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการบริการและการพยาบาลที่เด็กในปกครองของข้าพเจ้า จะได้รับต่อไปในอนาคต หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยกับตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับนางสาวสุธิดา ไชยสงคราม ได้ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โทรศัพท์ 074-451960-1 (ในเวลาราชการ) และ 088-7912889ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1157 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ medpsu.ec@gmail.com

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลายมือชื่อผู้ปกครอง ..…….....……..…

(……...…….)

(เกี่ยวข้องเป็น.....)

วันที่……เดือน……...…….พ.ศ…...……

ลายมือชื่อผู้อธิบาย/ ผู้ขอความยินยอม ……..……..

(…….....……)

วันที่……เดือน……...…….พ.ศ…...……

ภาคผนวก ฉ (ต่อ)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับพยาบาล

(Informed Consent Form)

ข้าพเจ้า (นาย /นาง /นางสาว)……นามสกุล..……อายุ……ปี

อยู่บ้านเลขที่……หมู่……..ตำบล…….....อำเภอ.....…… จังหวัด……..

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือน - 5 ปี โดยข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยและ/หรือได้รับฟังคำอธิบายจากนางสาวสุธิดา ไชยสงคราม และได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับหรือความลำบากที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจากการวิจัย โดยให้นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้นจะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ที่จะได้รับในอนาคต หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับนางสาวสุธิดา ไชยสงคราม ได้ที่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โทรศัพท์ 074-451960-1 (ในเวลาราชการ) และ 088-7912889 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1157 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ medpsu.ec@gmail.com

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วม ……..……..…

(……..…….)

วันที่……เดือน……...…….พ.ศ…...……

ลายมือชื่อผู้อธิบาย/ ผู้ขอความยินยอม ……..……..

(…….....……)

วันที่……เดือน……...…….พ.ศ…...……

ภาคผนวก ช
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. อ.พญ.กันทรา แซ่ลิ่ม	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์	ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. พว. จริยา สายวารี	พยาบาลชำนาญการพิเศษ หออภิบาลเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

รายนามทีมพัฒนางานวิจัย

1. รศ. พญ. ปิยวรรณ เชียงไกรเวช	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. อ. นพ. ชัชชัย ปรีชาไว	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ผศ. ดร. วันธณี วิรุฬห์พานิช	ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. พว. นพพร เกตุวิลัย	หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
5. พว. เยาวเรศ เทพยา	พยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
6. พว. วรรณา สุวรรณชาตรี	พยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
7. พว. ภัสรา สร้อยทอง	พยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
8. พว. พวงเพชร ประสิทธิ์	พยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล นางสาวสุธิดา ไชยสงคราม

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5310420026

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับสอง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2549

ทุนการศึกษา

ทุนการศึกษาจากบัณฑิตวิทยาลัย