

การดูแลเด็กที่มีความปวดโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
:การประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา*
FAMILY CENTER CARE IN PAIN WITH CHILD: APPLICATION
IN CASE STUDY

วิชชุต้า มัคสิงห์

Witchuta Muksing

นภาพรรณ วิริยะศิริกุล

Napawan Wiriyasirikul

นอลีสา ไต้ะยุโส๊ะ

Norleesa Thoyusoh

จिरกานต์ พันธุ์ฤทธิ์ดำ

Jirakan Punriddum

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Thailand

สุจิตรา ชดช้อย

Suchitra Chodchid

โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

Maharaj Hospital, Nakhon Si Thammarat, Thailand

E-mail: witchuta_pueng@hotmail.com

บทคัดย่อ

ความปวดในเด็กเกิดขึ้นได้จากพยาธิสภาพจากโรคทั้งจากภาวะเฉียบพลัน ภาวะวิกฤติ และภาวะเรื้อรังของโรค ในบางภาวะของความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ หรือจากพยาธิสภาพของโรคเอง ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด ความกลัว ความวิตกกังวลต่อเด็กและครอบครัว ในการประเมินความปวดและการจัดการความปวดที่มีความแตกต่างกันตามช่วงวัยเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งวัยเด็กเองไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจความปวดได้ตรงกับความต้องการของตนเอง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล แนวคิดการดูแลเด็กโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จะให้ความสำคัญกับครอบครัว สนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล และเป็นกรรวมครอบครัวเข้าไว้ในแผนการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจในการดูแลเด็ก และการทำกิจกรรมดูแลของครอบครัว นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับครอบครัว

* Received 14 August 2021; Revised 10 November 2021; Accepted 29 November 2021



ในการเสริมพลังและร่วมมือกันในการดูแลเด็ก หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ทำให้ครอบครัวไม่สามารถแสดงบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับบทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีความปวด โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การตระหนักและเคารพบทบาทของครอบครัวมีความสำคัญมากต่อเด็ก สามารถให้การช่วยเหลือบรรเทาอาการปวดได้ทันเวลา และสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลรักษาให้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น เด็กเกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก เป็นการดูแลแบบองค์รวม ทำให้เด็กที่มีความปวดได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความปวดในเด็ก, ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง, บทบาทของพยาบาล

Abstract

Pain in children can be caused by both disease pathology and acute conditions, crisis and chronic conditions of disease. In some conditions, the illness requires pediatric patients to be treated by surgery or performing an operation or from the pathology of the disease itself This results in pain, fear, and anxiety for children and their families. Pain assessment and pain management with age differences are essential. In which childhood is unable to communicate to understand pain to meet their own needs. Therefore, it is imperative to have a family to take part in the care. The concept of family-centered child care will give priority to family. Encourage families to take part in caring and incorporating families into patient care plans. In addition, information was exchanged, child care decisions and taking care of family activities used in nursing practice. Family should be given priority in empowering and cooperating in child care. If without the support of the nurses this made the family unable to play their roles effectively. For the role of nurses in caring for children with pain using the family as the center. Recognizing and respecting the role of family is very important to children. Able to provide timely relief from pain relief and can be used as information in planning comprehensive maintenance and more efficient. Children feel warm, safe and reduce the impact on pediatric patients. It's a holistic care. This allows children with pain to be treated more effectively.

Keywords: pain in children, family-centered care, role of nurses.



บทนำ

ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่ต้องได้รับการผ่าตัดจากภาวะของโรคต่างๆ เช่น การผ่าตัดทางช่องท้อง การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดบริเวณต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลให้เกิดความปวดบริเวณที่ผ่าตัด ซึ่งความปวดนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็กและครอบครัว พัฒนาการในช่วงวัยของเด็กจะมีการรับรู้ความปวดและการสื่อสารออกมาแตกต่างกัน เช่น เด็กทารกและเด็กวัยหัดเดิน มีการรับรู้ถึงการปวดแต่จะมีการสื่อสารเกี่ยวกับความปวดได้แค่เพียงร้องกวน งอแง ไม่ยอมอดนม เด็กวัยก่อนเรียนจะมีการรับรู้ความปวดและสามารถสื่อสารได้มากขึ้นแต่อาจจะสื่อสารได้ไม่เฉพาะเจาะจง ส่วนในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นจะมีการรับรู้ความปวดและสื่อสารความปวดได้จากการประเมินตนเอง ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวดในเด็กเป็นสิ่งสำคัญ ความปวดเป็นการประเมินอย่างหนึ่งในสัญญาณชีพจากเป็นสัญญาณชีพตัวที่ 5 ที่ได้เพิ่มมาจาก อุณหภูมิ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ไม่เพียงแต่พยาบาลเท่านั้นที่จะประเมินความปวดในเด็กได้ แต่ครอบครัวสามารถที่จะร่วมกันประเมินความปวดในเด็กได้ การใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการทำกิจกรรมดูแล ส่งผลให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยเด็กเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในบทความนี้มุ่งเน้นในการดูแลเด็กที่มีความปวดหลังจากการผ่าตัดโดยการใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และการประยุกต์ใช้จากกรณีศึกษา เพื่อให้เกิดการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การประเมินความปวดและการจัดการความปวดในเด็ก

การประเมินความปวดในเด็กสามารถประเมินได้จากเครื่องมือการประเมินความปวด และจากการรับรู้ความปวดของเด็กเอง พยาบาลสามารถประเมินความปวดของผู้ป่วยเด็กได้จากการสังเกต ซักถามข้อมูล และใช้เครื่องมือการประเมินความปวดที่เหมาะสมกับช่วงวัยของเด็ก แต่หากพยาบาลไม่ใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดจะทำให้มีการจัดการอาการที่ไม่เหมาะสม ในการศึกษาการรับรู้ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะจัดการความปวดโดยการใช้รับประทานยา และพยาบาลไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินความปวดมากที่สุด (สุภาพร คิดเห็น และคณะ, 2559) ทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับการจัดการโดยวิธีที่เหมาะสมตามระดับความปวดของผู้ป่วยเด็ก แต่หากมีการจัดการความปวดที่เหมาะสมจะทำให้ลดอาการที่ไม่พึงประสงค์ได้ โรส ภัคดิโต ได้นำแนวทางการจัดการอาการของดอดด์ (Dodd, M. et al., 2001) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่มีความปวด ที่ไม่สามารถจัดการอาการด้วยตนเองได้ (โรส ภัคดิโต, 2563) ทำให้เกิดผลของการจัดการอาการที่พึงประสงค์ คือ อาการบรรเทาและช่วยลดประสบการณ์ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในจิตใจของเด็กได้ แต่กลับพบว่าความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (ฮัมดี มาแย และคณะ, 2563) รวมทั้งเด็กที่ได้รับการผ่าตัด



พบว่าระดับความรู้และทัศนคติของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (กตกร ประสารวรรณ และคณะ, 2561) บิดามารดามีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก การสนับสนุนด้านข้อมูลจากพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก และการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กอยู่ระดับปานกลาง (รุ่งนภา คำอ้อย และคณะ, 2559) ดังนั้นจำเป็นจะต้องมีการส่งเสริมและการให้ความรู้แก่พยาบาล เพื่อให้มีการประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น

การประเมินความปวดในเด็ก

การประเมินความเจ็บปวดในทารกและเด็กเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาล เนื่องจากความปวดมีความซับซ้อน เด็กมีข้อจำกัดของพัฒนาการด้านภาษา ทำให้ไม่สามารถรายงานความปวดด้วยตนเอง ใช้การสังเกตพฤติกรรมหรืออาการทางสรีรวิทยา และคำนึงถึงบริบททางสังคมของความปวด โดยความแตกต่างในการรับรู้ความเจ็บปวดและการแสดงออกขึ้นอยู่กับอายุ เพศ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ การประเมินความปวดในเด็กประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ชักประวัติ ขั้นตอนที่ 2 ประเมินความปวดของเด็ก ด้วยเครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมตามพัฒนาการ และขั้นตอนที่ 3 ประเมินความปวดของเด็กซ้ำ หลังจากการบรรเทาความปวด (Manworren R. C. B & Stinson J., 2016)

การประเมินความปวดในเด็ก สามารถใช้แบบวัดได้ 2 แบบ ได้แก่ 1) แบบวัดพฤติกรรมความปวด และ 2) แบบวัดความปวดด้วยตนเอง

1) แบบวัดพฤติกรรมความปวด (Behavior measures of pain)

แบบวัดพฤติกรรมความปวด Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) สำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิด ระดับคะแนนตั้งแต่ 0-7 คะแนน คะแนนที่ต้องจัดการความปวด ≥ 3 คะแนน (Lawrence J., et al, 1993)

พฤติกรรม	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน
สีหน้า	เฉยๆ สบายๆ	แสยะปาก จมูก คิ้ว ย่น ปิดตาแน่น	-
ร้องไห้	ไม่ร้อง	ร้องคราง	กรีดร้อง
การหายใจ	สม่ำเสมอ	หายใจเร็วขึ้น หรือช้าลง หรือกลั้นหายใจ	-
แขน	วางสบายๆ	งอแขน	-
ขา	วางสบายๆ	งอหรือเหยียดขา	-
ระดับการตื่น	ปกติ	กระสับกระส่าย	-



แบบวัดพฤติกรรมความปวด Toddler Preschool Postoperative Pain Scale (TPPPS) สำหรับเด็กอายุ 1 – 5 ปี ระดับคะแนนตั้งแต่ 0-8 คะแนน คะแนนที่ต้องจัดการความปวด >3 คะแนน (Tarbell et al., 1992)

พฤติกรรม	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน
การออกเสียง	บ่น ร้องไห้	หวีดร้อง	ครวญคราง กรีดร้อง
สีหน้า	อ้าปาก แปะปาก	หลับตาแน่น	ขมวดคิ้วเข้าหากัน
ท่าทาง	กระสับกระส่าย	ถูหรือสัมผัสบริเวณที่ปวด	-

แบบวัดพฤติกรรมความปวด Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) สำหรับเด็กอายุ 1 – 6 ปี ระดับคะแนนตั้งแต่ 4-13 คะแนน คะแนนที่ต้องจัดการความปวด >8 คะแนน (Suraseranivongse S. et al, 2005)

พฤติกรรม	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน
สีหน้า	ยิ้ม	สีหน้าเฉย	เบ้หน้า	-
การร้องไห้	-	ไม่ร้อง	- ครางฮือๆ ร้องไห้เจี๊ยบๆ - กำลังร้อง ร้องไห้หรือครางเบาๆ	ร้องไห้สุดเสียง สะอึกสะอื้น อาจบ่นหรือไม่บ่น
การส่งเสียง	พูดรำเริง	- ไม่พูด	- บ่นปวด	-
ท่าทาง	-	- บ่น หิว หาแม่ อยู่ในท่าสบาย	- ทั้งบ่นเรื่องอื่นและบ่นปวด - ลำตัวส่ายไปมา ดิ้นไปมา - ลำตัวอแอ้ง - ลำตัวสั่น ขนลุก - เด็กอยู่ในท่ายึดตัวตรงหรือแนวตั้ง - เกร็ง เจ็บมาก	-
การสัมผัสแผล	-	ไม่แตะแผล	- ให้ความสนใจแผลแต่ไม่แตะแผล - แตะแผลเบาๆ - กุมแผลแน่น - กุมแผลแน่นและทำตัวแข็งต็ง กลัวที่เจ็บ	-
ขา	-	นิ่ง ผ่อนคลาย	- ขยับขาไปมา - ขาเกร็งและ/หรือขาเข้าชิดลำตัว - ผุดลุก ผุดนั่ง งอเข้า - เกร็งไม่เคลื่อนไหว	-

แบบวัดพฤติกรรมความปวด Face, Legs, Cry, Consolability Scale (FLACC) สำหรับเด็กอายุ 1 – 6 ปี ระดับคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนที่ต้องจัดการความปวด ≥ 4 คะแนน (Merkel S. et al., 1997)

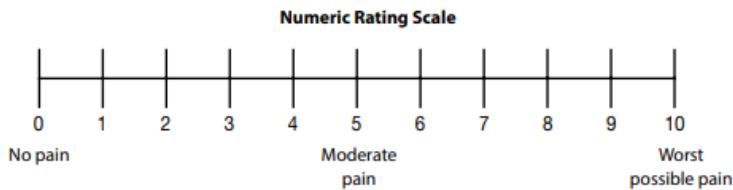
พฤติกรรม	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน
สีหน้า	เรียบเฉย	หน้าตาแบะ ขมวดคิ้ว ถอยหนี	คางสั้น กัดฟันแน่นบ่อยๆ หรือตลอด
ขา	ปกติ	อยู่ในท่าไม่สุขสบาย กระสับกระส่าย เกร็ง	เตะ งอขาขึ้น
การเคลื่อนไหว	ปกติ	บิดตัวไปมา แอนหน้า แอนหลัง เกร็ง	ตัวงอ เกร็งจนแข็งหรือสั่น กระตุก
ร้องไห้	ไม่ร้อง	ครางฮือเบาๆ บ่นบางครั้ง	ร้องไห้ตลอด สะอื้น บ่นบ่อยๆ
การตอบสนองต่อ	เชื่อฟังดี	ปลอบได้โดยการสัมผัส โอบกอด	ปลอบโยนหรือทำให้สบายยาก
การปวด	สบายๆ	พุดคุย	

2) แบบวัดความปวดด้วยตนเอง (self-report measures of pain)

ในเด็กอายุ 3-4 ปี ขึ้นไปที่สามารถสื่อสารภาษาได้รู้เรื่อง สามารถประเมินความรู้สึกด้วยตนเองได้ (self-report measures of pain) ซึ่งการวัดความปวดด้วยตนเองนั้นเป็นวิธีการประเมินที่ดีที่สุด เครื่องมือที่นิยมใช้ ได้แก่ faces pain scale เป็นเครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดที่มีภาพวาดเป็นหน้าเพื่อแสดงความเจ็บปวดในระดับมาก ปานกลาง น้อย หรือ ไม่ปวดเลย ในแนวราบ ดังรูปที่ 1 ก่อนที่จะให้เด็กเลือกภาพที่แสดงความรู้สึกปวดของตนเอง ผู้ประเมินต้องอธิบายให้เด็กเข้าใจว่า ภาพแรกทางซ้ายมือ แสดงถึงความรู้สึกไม่ปวด และภาพสุดท้ายทางขวามือแสดงถึง ความรู้สึกปวดอย่างรุนแรงหรือปวดมากที่สุดในชีวิต ข้อควรระวังใน scales บางชนิดที่มีภาพปลายสุด แสดงความรู้สึกไม่ปวด เป็น ใบหน้าที่ยิ้ม อาจทำให้เด็กเข้าใจผิดและไขว้เขวได้ เนื่องจากความรู้สึกไม่ปวดกับความรู้สึกเป็นสุข ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน (ปิยศักดิ์ วิทญูรณานนท์ และหฤทัย โชติสุขรัตน์, 2559)คะแนนที่เป็นไปได้ 0-10 และคะแนนที่ต้องจัดการความปวด > 4 คะแนน



ภาพที่ 1 แบบประเมิน faces pain scale (Wong D., 2016)



ภาพที่ 2 แบบประเมิน Numerical rating scale (Wong D., 2016)

การจัดการความปวดในเด็ก

การจัดการความปวดในเด็ก พยาบาลต้องประเมินความปวดโดยการใช้เครื่องมือวัดความปวดที่เหมาะสม กับช่วงวัยและพัฒนาการของเด็ก และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมิน การดูแลจัดการความปวดที่เกิดขึ้น รวมทั้งการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความปวดที่ถูกต้องได้ตามมาตรฐาน จึงจะสามารถช่วยจัดการความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด การจัดการความปวดของเด็ก โดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ดังนี้

การจัดการความปวดโดยการใช้ยา

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำในการจัดการความปวดโดยการใช้ยาไว้ 3 ชั้น (WHO Analgesic Ladder) (Kahsay H., 2017) (Schellack N. & Matimela M., 2016) ดังนี้
 ชั้นที่ 1 สำหรับความปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ใช้ยาในกลุ่ม non-opioids ได้แก่ aspirin, paracetamol หรือ ibuprofen

ชั้นที่ 2 เมื่อความปวดระดับปานกลาง ใช้ยาในกลุ่ม weak opioids ได้แก่ codeine phosphate, dihydrocodeine, tramadol and buprenorphine โดยอาจใช้เพียงอย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม non-opioids ในชั้นที่ 1

ชั้นที่ 3 เมื่อผู้ป่วยปวดมากขึ้น และไม่สามารถระงับปวดได้ด้วย weak opioids ในขนาดที่เหมาะสมแล้ว ให้เปลี่ยนมาใช้ strong opioids ได้แก่ morphine, hydromorphone, oxycodone, buprenorphine and tapentadol อาจใช้เพียงอย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม non-opioid (ชั้นที่ 1) สำหรับอาการปวดอย่างรุนแรง

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา

1. การผ่อนคลาย เป็นการลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่ทำให้เกิดความปวด เพื่อให้ร่างกาย จิตใจ ผ่อนคลาย (Davidson F., et al., 2016) โดยให้เด็กหลับตา นั่งในท่าที่สบาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วนเริ่มจากเท้าจนถึงใบหน้า หายใจเข้าลึกๆ และพ่นลมหายใจออกช้าๆ การสอนเด็กเล็ก สามารถใช้เทคนิคการหายใจ เพื่อผ่อนคลาย โดยบอกให้เด็กทำตัวเหมือนลูกโป่ง สูดลมหายใจเข้าลึกๆ แล้วพ่นลมออกช้าๆ สำหรับทารกสามารถจัดท่าให้เด็กอยู่ในท่าที่สบาย ห่อผ้า และอุ้มโยกตัว (Hockenberry M. J., 2017)



2. การเบนจุดสนใจ เป็นวิธีการที่ให้ง่วงสนใจไปยังสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากกว่าความปวดที่เผชิญอยู่ในเด็กๆ สามารถเบนจุดสนใจได้ง่ายวิธีจึงใช้ได้ผลดี โดยในทารกและเด็กเล็กๆ อาจทำได้โดยการอุ้ม การนั้บ การพูดคุย ในเด็กวัยหัดเดินอาจให้ของเล่น เล่นเกมง่ายๆ วัยก่อนเรียน อาจให้ร้องเพลงเล่นของเล่นที่ชอบ วัยเรียนหรือวัยรุ่นอาจเบนความสนใจโดยการเล่นเกม การดูวิดีโอ หรืออ่านหนังสือ (Hockenberry M. J., 2017)

3. การใช้จินตนาการ วิธีนี้เป็นการดึงความสนใจ โดยการใช้จินตนาการ และการเล่าเรื่องผสมผสานกันสามารถลดความปวด การใช้จินตนาการต้องอาศัยความร่วมมือจากเด็ก เช่น การให้เด็กระลึกถึงความทรงจำ เกี่ยวกับสถานที่ หรือการเล่นที่ชอบ ในขณะที่เด็กก็นึกชวนให้เด็กพูดคุยถึงสิ่งที่เห็นและทำเมื่ออยู่ในเหตุการณ์นั้นๆ การใช้จินตนาการสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในเด็กอายุมากกว่า 8 ปี (Syrjala K. L. & Abrams J. R., 2002)

4. การสัมผัสทางผิวหนัง เป็นการกระตุ้นผิวหนังโดยการลูบ จะอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีควบคุมประตู และการเบนจุดสนใจ บริเวณผิวหนังมีใยประสาทขนาดใหญ่จำนวนมากที่ใยประสาทขนาดเล็ก เมื่อมีการกระตุ้นโดยการลูบ นวด หรือถู กระแสประสาทจากใยประสาทขนาดใหญ่ที่มีมากจะทำให้ระบบควบคุมประตูปิด ทำให้ไม่มีสัญญาณกระแสประสาทความเจ็บปวดไปสู่สมอง ในขณะที่เด็กก็ยังเป็นการเบนจุดสนใจของเด็กจากความปวดไปที่การลูบผิวหนัง หรือในทารกแรกเกิดใช้การสัมผัสผิวหนังต่อผิวหนัง โดยการให้มารดาอุ้มทารกแนบกับลำตัวเช่นเดียวกับจิงโจ้ (Kangaroo Care) ที่ทำให้ความปวดลดลง ทั้งทางสรีรวิทยา และคะแนนความปวด (Johnston C. et al., 2014)

5. การใช้ความร้อนและความเย็น การประคบด้วยความร้อนเป็นวิธีที่ใช้กันได้ทั่วไปในการลดความปวด (Kahsay H., 2017) ซึ่งจะช่วยในการสกัดกั้นหรือรบกวนการถ่ายทอดสัญญาณความปวดตลอดแนววิถีประสาทจนถึงระบบประสาทส่วนกลาง ปลายประสาทระงับการหลั่งสารที่ทำให้เกิดความปวด (ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์ และนุสรา ประเสริฐศรี, 2558)

แนวคิดการดูแลเด็กโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การดูแลเด็กที่มีความปวดโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้นจะส่งเสริมให้บรรลุปเป้าหมายในการดูแลได้ดีคือครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญตามบริบทของแต่ละครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในครอบครัวจะมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว อาศัยความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรม สนับสนุนการมีเครือข่ายของครอบครัวและมีระบบบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ในการดูแลเด็กที่มีความปวดโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต้องประเมินความต้องการการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปตามพัฒนาการ และการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็ก และการทำกิจกรรม



ดูแล พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพเหมาะสมกับบริบท โดยแนวคิด การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายดังนี้

แนวคิดของ National Center for Family-Centered Care (NCFCC) (Coker T. R. et al, 2010) ได้เสนอความคิดเห็นไว้ดังนี้ 1) การเคารพและตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญ 2) การสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพ 3) การแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารที่จำเป็น 4) การตระหนัก ยอมรับ ในความแตกต่างทางวัฒนธรรม และความเป็นปัจเจกบุคคล 5) การให้ความสำคัญกับศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว 6) การเข้าใจและ ประสานความต้องการตามระยะพัฒนาการของบุคคลและครอบครัวเข้ากับระบบบริการ สุขภาพ 7) การสนับสนุนครอบครัวสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือของครอบครัว 8) การ ปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ต้องกำหนดเป็นนโยบายเพื่อตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 9) การออกแบบระบบบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ ง่าย และแนวคิดการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ The Association for the Care of Children's Health (ACCH) (ศิริราตรี น พิชัยสงคราม และคณะ, 2559) ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้านคือ 1) ครอบครัวเป็นสิ่งคงที่สำหรับเด็ก 2) การทำงานร่วมกันของครอบครัวและทีม สุขภาพ 3) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกของบุคคลของครอบครัว 4) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและ ความรู้สึก 5) การส่งเสริมช่วยเหลือกันระหว่างครอบครัว 6) การตอบสนองความต้องการตาม ระยะพัฒนาการของเด็ก 7) การช่วยเหลือด้านอารมณ์แก่ครอบครัว

แนวทางการส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลเด็กของอุษาศย์ โถหินัง ได้ เสนอแนะ ไว้ว่าการบูรณาการในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่โดยให้ครอบครัวเป็น ศูนย์กลางตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem D.E., 2010) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของคินส์ท์ และทริเวทท์ (Dunst C. J. & Trivette C. M., 1996) ด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแล ที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ดังนี้ การ ประเมินความสามารถของบุคคลในครอบครัวและการช่วยเหลือหรือส่งเสริมครอบครัว (อุษาศย์ โถหินัง, 2560) ส่วนปาริชาติ ดำรงค์รักษ์ และคณะ ได้นำแนวคิดการใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มาประยุกต์ใช้ดังนี้ การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) การตัดสินใจเกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วย (joint decision making) และการทำกิจกรรมดูแล (performing cared activities) (ปาริชาติ ดำรงค์รักษ์ และคณะ, 2555) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมี ส่วนร่วมใยการดูแลบุตรของมารดาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลสูง กว่าก่อนการทดลอง และการจัดการความปวดในเด็กเล็ก ควรสนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเด็กเล็กได้รับความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านการเตรียมความพร้อมของครอบครัว การให้ความรู้ในการจัดการความปวด การใช้แบบประเมินความปวดและการแปลผล สอนการ จัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (ยุพาภรณ์ ดิโรไพรวงศ์ และนุสรุ ประเสริฐศรี, 2558) และ บุคลากรต้องคำนึงถึงสภาพของครอบครัว ความต้องการของครอบครัว และความซับซ้อนของ



โรคในการรักษา เพื่อให้เกิดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเด็ก (ชูศักดิ์ ยืนนาน, 2560); (วรรณฤดี เชาวศรีกุล, 2560) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จินดารัตน์ สมใจนึก และคณะ ได้แนะนำให้หน่วยงานได้สร้างความตระหนักในการดูแลเด็กโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พร้อมทั้งควรสนับสนุนให้เป็นเชิงรูปธรรม และควรปลูกฝังนักศึกษาพยาบาลให้มีทัศนคติ มีความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (จินดารัตน์ สมใจนึก และคณะ, 2559) โดยเฉพาะเรื่องของการรับรู้ความจำเป็นของการดูแลโดยการมีครอบครัวเป็นศูนย์ โดยผู้ดูแลและนักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้การได้รับการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางระดับสูง แต่ด้านการส่งเสริมการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของครอบครัว มีระดับการรับรู้ที่น้อยที่สุด (ศิริกรนิ พิชัยสงคราม และคณะ, 2559) ดังนั้นควรมีการสนับสนุนให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของครอบครัวด้วย

ครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่ช่วยสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเด็ก การดูแลเด็กโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีที่สุด จะต้องวางแผนและดำเนินการร่วมกันระหว่างครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ การดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงเป็นสิ่งจำเป็น การขาดความสนใจในความต้องการของผู้ดูแลจากพยาบาลจะทำให้การสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลบกพร่องซึ่งเป็นสาเหตุหลักทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดมีความวิตกกังวล (Sadeghi H. et al., 2019) ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีความปวดจากการผ่าตัดโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในบทความนี้มุ่งเน้น การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) เพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก (joint decision making) ร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว และการทำกิจกรรมดูแล (performing care activities) ในการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปราะบางทางด้านสุขภาพตามพัฒนาการ จะทำให้เกิดการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้อย่างเหมาะสม และทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพเหมาะสมกับบริบท

ดังนั้นการดูแลเด็กที่มีความปวดโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินครอบครัว โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินผู้ป่วย ได้แก่ ประเมินโรคที่ผู้ป่วยเป็น อาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ และประเมินผู้ดูแล ได้แก่ ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมการพยาบาลของผู้ดูแล

2. การจัดกิจกรรมการพยาบาล โดยพยาบาลจัดกิจกรรมการพยาบาลในการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยพยาบาลอธิบายและให้ข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ดูแล ได้แก่ การประเมิน การจัดการความปวดตามระดับคะแนน การประเมินสัญญาณชีพ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับโรคด้วยความนุ่มนวล การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย



เด็กที่มีความปวด ได้แก่ การประสานทีมสหวิชาชีพให้ครอบครัวตัดสินใจในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยเด็ก และให้ครอบครัวร่วมทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ ผู้ดูแลประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยเด็ก จัดการความปวด เช่น การอุ้มปลอบโยน การจัดกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ

3. การประเมินผล โดยพยาบาลประเมินการให้ข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ระดับความปวด สัญญาณชีพ อาการข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวด หลักการเบนความสนใจ ประเมินการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ และประเมินครอบครัวในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ ผู้ดูแลสามารถประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยเด็กได้ ทั้งสีหน้า การร้องไห้ การเคลื่อนไหวของแขนขา การตอบสนองต่อการปวด และสามารถจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาได้ ได้แก่ การปลอบโยน การจัดทำทาง การจัดกิจกรรมสำหรับเด็ก

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีความปวดโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง : กรณีศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็ก อายุ 2 เดือน การวินิจฉัยโรค โรคลำไส้โป่งพองแต่กำเนิด (Hirschsprung's Disease) ได้รับการผ่าตัดลำไส้ผ่านทางรูทวาร (Trans anal endorectal pull through)

อาการสำคัญ refer มายังโรงพยาบาล ด้วยอาการไม่ถ่ายอุจจาระ และท้องอืด

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 2 เดือนก่อน แรกเกิดผู้รับบริการไม่ถ่ายขี้เทา ไม่มีการขับถ่ายอุจจาระ ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีอาการท้องโป่งตึง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นลำไส้โป่งพองแต่กำเนิด ทำการสวนล้างอุจจาระทุกวัน วันละ 2-3 ครั้ง 1 เดือนก่อน แพทย์ได้ refer มายังโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อรักษาลำไส้โป่งพองแต่กำเนิดต่อ มีอาการไม่ถ่ายอุจจาระ มีขย้อนนมทางปากเล็กน้อย มีอาการท้องอืด

การประเมินแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ

แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

มารดาบอกผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ลำไส้โป่งพองแต่กำเนิด และให้สวนอุจจาระที่บ้านเองทุกวัน วันละ 2 - 3 ครั้ง หากไม่ได้สวนอุจจาระ ผู้ป่วยก็จะมีอาการท้องอืด ท้องโป่งตึงตั้งแต่แรกคลอดไม่ถ่ายขี้เทา หลังจากนั้นจะถ่ายประมาณ 2 - 3 สัปดาห์/ครั้ง มีลักษณะเป็นสีเหลืองปริมาณเล็กน้อย และมีอาการขย้อนเป็นนมออกมาจากทางปากเล็กน้อย ประมาณวันละ 2 - 3 ครั้ง หลังจากนั้นได้รับการรักษาโดยการสวนอุจจาระ ก็ยังไม่ถ่ายเล็กน้อยมีกลิ่นเหม็นท้องโป่งตึงมากขึ้น แพทย์จึงส่งต่อมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ เนื่องด้วยทางโรงพยาบาลชุมชนไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมในเด็ก ขณะอยู่โรงพยาบาลศูนย์ มารดาบอกว่าโรคที่น้องเป็นอยู่เกิดจากการที่ปมประสาทของลำไส้ไม่ทำงาน ลำไส้จึงไม่มีการบีบตัว ทำให้ไม่มีการ



ขับถ่ายอุจจาระออกมา ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มารดาปฏิเสธการแพ้อาหารและสารต่างๆ ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

มารดาบอกว่าผู้ป่วยเด็กที่มันนมผสมชนิด pan-enteral 3 ออนซ์ ทุก 2-3 ชั่วโมง มีอาการขย้อนนมหลังกินนมประมาณวันละ 2-3 ครั้ง ปริมาณเล็กน้อย แรกเกิดให้ที่มันนมแม่ได้ประมาณ 1 เดือน หลังจากนั้นก็เปลี่ยนเป็นนมผสมชนิด pan-enteral ตลอดเพราะนมชนิดนี้ช่วยเพิ่มการดูดซึมและการย่อยอาหารได้ดี ผู้ป่วยเด็กมีน้ำหนัก 5.4 กิโลกรัม ส่วนสูง 62 เซนติเมตร ความยาวรอบศีรษะ 38 เซนติเมตร ความยาวรอบอก 39 เซนติเมตร ความยาวรอบเอว 43.8 เซนติเมตร ลักษณะของท้องสมมาตรกัน มีท้องโป่งตึงแต่กดไม่เจ็บ

จากการคำนวณน้ำหนักและความยาวของผู้ป่วยเด็ก โดยการใช้ตารางกราฟแสดงการเจริญเติบโตของเพศชาย อายุ 0-2 ปี ของกรมอนามัย ได้ผลอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์ปกติ และจากการคำนวณความต้องการสารอาหารตามน้ำหนักที่ต้องได้รับมีปริมาณ 540 กิโลแคลอรีต่อวัน ผู้ป่วยเด็กได้รับพลังงานจริงเป็นจำนวน 800 กิโลแคลอรีต่อวัน

แบบแผนการขับถ่าย

มารดาบอกว่าผู้ป่วยเด็กปัสสาวะใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปวันละ 3-4 ครั้ง ปัสสาวะมีสีเหลือง ไม่มีร่องขณะปัสสาวะ ไม่มีกลิ่น ไม่ถ่ายอุจจาระเองตั้งแต่แรกเกิด จะต้องสวนอุจจาระ (rectal irrigation) วันละ 2-3 ครั้ง หลังจากสวนอุจจาระมีลักษณะเป็นสีเหลือง หากไม่ได้สวนอุจจาระจะมีอาการท้องอืด ท้องจะโป่งตึง หลังจากที่ได้รับการผ่าตัดต่อลำไส้ผ่านทางรูทวาร (trans anal endorectal pull through) ผู้ป่วยเด็กถ่ายได้เอง ลักษณะเหลว 2 ครั้ง

แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ

มารดาบอกว่าผู้ป่วยเด็กจะหลับช่วงเวลาสั้นๆ ครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง ทั้งกลางวันและกลางคืน ตื่นมาดูดนมประมาณครั้งละ 15 นาที และแม่อุ้มพาดบ่าอีกประมาณ 10 นาที ผู้ป่วยก็จะหลับ ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะหลับช่วงเวลาสั้นๆ ตกใจง่าย ร้องไห้ง่ายมารดาจะต้องเฝ้าตลอด เมื่ออุ้มก็จะหยุดร้อง ตื่นมาดูดนมประมาณครั้งละ 10 นาที และแม่อุ้มพาดบ่าอีกประมาณ 10 นาที ผู้ป่วยเด็กก็จะหลับได้ หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยเด็กจะนอนหลับได้ช่วงสั้นๆ จะตื่นบ่อยจากมีอาการเจ็บแผล ตื่นมาจะร้องกวน เมื่อแม่ปลอบก็จะมีหยุดร้องให้และจะหลับต่อ ถ้ามีอาการปวดมากต้องได้รับยาแก้ปวดถึงจะหยุดร้อง

แบบแผนการปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

มารดาบอกว่าตนเองมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัดในครั้งนี้ว่าจะต้องพักฟื้นนานแค่ไหน จะต้องดูแลอย่างไร และบอกว่ากลัวผู้ป่วยเด็กเจ็บปวดและร้องไห้จากการผ่าตัด จึงต้องอยู่ดูแลบุตรตลอดเวลาเพราะการได้อยู่ใกล้ทำให้ได้เห็นหน้า ได้ทราบอาการปัจจุบัน ทำให้ลดความวิตกกังวลลงได้



สรุปอาการหลังการผ่าตัด

หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยเด็กร้องกวน Pain score (NIPS) 5/7 ค่ะ แนน On 5%DN/4 500 ml. IV rate 30 ml./hr. On NG tube No.8 มี content สีเขียวคาวสาย Retained foley's catheter No.6 urine flow ดี สีเหลืองใส แผลบริเวณก้น On Vaseline packing ไม่มี Bleed ซึม ไม่บวมแดง สัญญาณชีพ BT 38.6°C PR 172 ครั้ง/นาที RR 36 ครั้ง/นาที BP 75/36 mm.Hg. O2 saturation 97% แผนการรักษาของแพทย์หลังการผ่าตัด Post-op order for trans anal endorectal pull-through On 5%DN/4 500 ml. IV Rate 30 ml./hr., NPO, Fentanyl 4 mcg. IV p.r.n. q 4 hr., Record V/S, I/O, Off Vaseline packing at 19.00 น, Retained NG tube, Retained foley's catheter, Ceftriaxone 250 mg. IV O.D., Metronidazole 50 mg. IV 8 hr.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ปวดแผลผ่าตัด
2. มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อน-หลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

O : Post - op trans anal endorectal pull – through pain score 5/7 ค่ะ แนน BT 38.6°C PR 172 ครั้ง/นาที RR 36 ครั้ง/นาที BP 75/36 mm.Hg. O2saturation 97%

S : มารดาบอกว่า ผู้ป่วยเด็กร้องกวนมากหลังการผ่าตัด อุ้มปลอบโยนก็ไม่หยุดร้อง

วัตถุประสงค์ : ปวดแผลผ่าตัดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยพยาบาลอธิบายและให้ข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลได้แก่

1.1 การประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้แบบประเมิน NIPS (Neonatal infant pain scale) ทุก 2-4 ชั่วโมง ดังนี้ (คะแนนเต็ม 7) พิจารณาจากสีหน้า, ร้องไห้, การหายใจ, แขน, ขา, ระดับการตื่น

If pain < 3 คะแนน ให้เบี่ยงเบนความสนใจโดยการให้มารดาอุ้มปลอบโยน ใช้จุกนมปลอม ขวนเล่นด้วยโมบายสีสดใส เพื่อลดจุดสนใจของเด็กไม่ให้อยู่กับความเจ็บปวด

If pain ≥ 3 คะแนน (3-7คะแนน) ให้ได้รับยาตามแผนการรักษา Fentanyl 4 mcg. IV p.r.n. q 4 hr. ซึ่งเป็นยาลดความปวด และติดตามผลข้างเคียงของยา คือ กดการหายใจ ท้องผูก หรือ Paracetamol 2.5 ml. oral p.r.n. q 4 hr. และติดตามผลข้างเคียงของยา คือ ผื่น คันตามตัว บวมหน้า ริมฝีปาก เสี่ยงแหบ หายใจลำบาก

1.2 ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ผิดปกติ เช่น ชีพจรเร็ว หายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตต่ำ อุณหภูมิสูงขึ้น



1.3 ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็ว เพื่อลดความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นได้

1.4 ประเมิน Packing Vaseline ว่ามีเลือดซึมหรือมีสิ่งคัดหลั่งออกมาหรือไม่ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังผ่าตัด

2. การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความปวด

2.1 ประสานทีมสหวิชาชีพในการให้ครอบครัวตัดสินใจในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยเด็ก แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาในการผ่าตัด พยาบาลให้ข้อมูลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

2.2 สนับสนุนประคับประคองครอบครัว และให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัด

3. การให้ครอบครัวร่วมทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเด็ก

3.1 เมื่อเด็กร้องปวดดูแลให้ได้รับการดูด Sucrose โดยใช้ไม้พันสำลีให้ดูดเพื่อบรรเทาอาการปวด

3.2 การประเมินความปวดจากเครื่องมือวัดความปวดสำหรับครอบครัว

3.3 การจัดการความปวดโดยใช้เทคนิคไม่ใช้ยา ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การอุ้มปลอบโยน เปิดเพลงเบาๆให้ผู้ป่วยเด็กฟัง

เกณฑ์การประเมิน

1. การให้ข้อมูลโดยพยาบาลถึงการปฏิบัติกรพยาบาล

pain score = 2-3 คะแนน

Vital signs stable BP 87-105/53-66 mm.Hg. BT 36.4-37.5°C PR 80-120 ครั้ง/นาที RR 30-60 ครั้ง/นาที

ไม่มีอาการข้างเคียงหลังได้รับยา เช่น กตการหายใจ หายใจลำบาก ท้องผูก ค้นตามตัว บวมหน้า ริมฝีปาก เสียงแหบ

2. ได้รับการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพ

3. การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเด็ก

3.1 ผู้ป่วยเด็กมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม ไม่ร้องกวน

3.2 ครอบครัวประเมินความปวด และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อน-หลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

O : มารดามีสีหน้า คิ้วขมวด เมื่อถามถึงเรื่องการผ่าตัด

S : มารดาถามว่าการผ่าตัดจะต้องทำอย่างไร, พักฟื้นนานหรือไม่, ต้องดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างไร บ้าง และบอกว่าน้องร้องมากกว่าเดิมหลังจากผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : มารดาไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อน-หลังผ่าตัด



กิจกรรมการพยาบาล

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยพยาบาลอธิบายและให้ข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาล
 - 1.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว แสดงความเป็นมิตรอย่างเป็นกันเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจกัน
 - 1.2 ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ยอมรับในพฤติกรรมและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว
 - 1.3 ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยบอกให้ทราบทุกครั้งก่อนทำกิจกรรมต่างๆ และสอบถามความต้องการ เพื่อจะนำมาปรับเปลี่ยนแผนการรักษาพยาบาลให้เหมาะสม
 - 1.4 เตรียมจิตใจผู้ป่วยเด็กและครอบครัวให้พร้อมที่จะทำการผ่าตัด อธิบายเรื่องโรค แนวทางการรักษาพยาบาล และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา พร้อมทั้งปลอบโยน ให้กำลังใจ ตอบคำถาม และให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแล และการปฏิบัติตัวของเด็กหลังได้รับการผ่าตัด สร้างความมั่นใจให้ทราบว่าแพทย์และพยาบาลจะให้การรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุด โดยก่อนผ่าตัดจะต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเด็กดังนี้
 - 1.5 อธิบายการให้งดน้ำงดอาหารหลัง 06.00 น.ก่อนวันผ่าตัด เนื่องจาก การผ่าตัดเด็กจะต้องได้รับการดมยา (ยาสลบ) ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ส่งผลให้หลอดลมเปิด และกล้ามเนื้อที่หลอดอาหารเกิดการหย่อนตัว หากมีอาหารในกระเพาะอาหาร จากการที่ไม่ได้งดน้ำและอาหารไว้ก่อน อาหารอาจจะท้นขึ้นมาทางหลอดลมนี้ได้เกิดอาการสำลักอาหารเข้าปอด ทำให้ปอดอักเสบ หรือปอดติดเชื้อตามมาได้ซึ่งอาจรุนแรงถึงชีวิตได้
 - 1.6 อธิบายการได้รับสารน้ำ 5% DN/4 500 ml. IV 25 ml/hr. เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและเสียสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์
 - 1.7 อธิบายการใส่สายยางให้อาหาร (Nasogastric tube) คือ การคาสายยางทางจมูกถึงกระเพาะอาหาร เพื่อดูน้ำย่อยหรือสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหาร ป้องกันการสำลักอาหารที่จะส่งผลต่อการติดเชื้อและปอดติดเชื้อได้
 - 1.8 อธิบายการใส่สายสวนปัสสาวะ Foley's catheter No.6 คือการใส่สายสวนปัสสาวะผ่านทางท่อปัสสาวะเข้าไปจนถึงกระเพาะปัสสาวะ ด้วยวิธีการปราศจากเชื้อ เพื่อระบายปัสสาวะออกภายนอกทำให้ท่อปัสสาวะว่าง
 - 1.9 อธิบายการได้รับยาตามปฏิชีวนะแผนการรักษา เพื่อเป็นการรักษาการติดเชื้อในช่องท้อง
 - 1.10 อธิบายวิธีการประเมินและการจัดการความปวดหลังการผ่าตัด
2. การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความปวด



2.1 ประสานทีมสหวิชาชีพในการให้ครอบครัวตัดสินใจในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วยเด็ก แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาในการผ่าตัด พยาบาลให้ข้อมูลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

2.2 สนับสนุนระดับประคับประคองครอบครัว และให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อน-หลังผ่าตัด

3. การให้ครอบครัวในการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเด็ก

3.1 แนะนำและกระตุ้นให้มารดาดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิด ทั้งก่อน-หลังผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

3.2 สื่อสารให้ทีมสหวิชาชีพทราบอย่างเสมอเมื่อมีปัญหาในการดูแล

3.3 ทดลองใช้เครื่องมือประเมินความปวดในเด็ก

เกณฑ์การประเมิน :

1. การให้ข้อมูลโดยพยาบาลถึงการปฏิบัติกรพยาบาล

ครอบครัวรับทราบ และเข้าใจเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยก่อน-หลังผ่าตัด

2. การได้รับการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

ได้รับการประสานจากทีมสหวิชาชีพในการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ

3. การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเด็ก

ผู้ป่วยเด็กมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม ผู้ดูแลสามารถใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดในเด็กได้ และจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาได้

สรุป

การประเมินความปวดเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น บิดามารดาเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ดูแล ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ตลอดจนเป็นผู้รู้ เข้าใจ และไวต่อการตอบสนองความต้องการของเด็กได้เป็นอย่างดี หากการประเมินความปวดมีประสิทธิภาพ มีการใช้เครื่องมือวัดความปวดที่เหมาะสมกับวัย และมีการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับวัย เด็กย่อมได้รับการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยทารก การประเมินและบรรเทาอาการปวดมีความยากเพิ่มขึ้น หากผู้ดูแลขาดความสามารถในการสังเกตความปวด ไม่มีประสบการณ์การจัดการความปวดของเด็ก ทำให้ไม่สามารถรับรู้ถึงความปวดของทารกได้ อย่างไรก็ตามการบรรเทาความปวดของเด็ก ขึ้นอยู่กับความเข้าใจปัจจัยด้านพัฒนาการและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพล การประมวลผลการรับรู้ความปวด และการตอบสนองการรักษาตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยรุ่น บทบาทของพยาบาลที่สำคัญ คือการประเมินความต้องการ และสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กให้มากขึ้นตามความต้องการโดยไม่ขัดกับแผนการรักษา ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดจากการผ่าตัดโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงให้ความสำคัญต่อการนำแนวคิดการดูแลเด็กและครอบครัว



เป็นศูนย์กลาง โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็ก การทำกิจกรรมดูแลนำไปสู่ครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกรอบอุ้ม ปลอดภัย เป็นแนวทางในการวางแผนการส่งมอบ และประเมินการดูแลสุขภาพที่มีพื้นฐานมาจากความร่วมมือที่เป็นประโยชน์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- กตกร ประสารวรรณ และคณะ. (2561). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพื่อจัดการความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัด. ราชกิจจานุเบกษา, 24(1), 37-50.
- จินดารัตน์ สมใจนึก และคณะ. (2559). ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติของการพยาบาลเด็กในการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 34(2), 71-79.
- ชูศักดิ์ ยืนนาน. (2560). แนวคิดการพยาบาลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยเด็กในภาวะวิกฤติและเรื้อรัง. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 23(2), 59-68.
- ปาริชาติ ดำรงค์รักษ์ และคณะ. (2555). ผลของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด. วารสารพยาบาลศาสตร์, 30(2), 71-79.
- ปิยศักดิ์ วิทย์บูรณานนท์ และหญิง โชติสุขรัตน์. (2559). ความปวดในเด็ก. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์, 60(2), 135-145.
- ยุพาภรณ์ ทิโรไพรวงค์ และนุสรา ประเสริฐศรี. (2558). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการประเมินและจัดการความปวดของผู้ป่วยเด็กเล็ก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 8(3), 1-13.
- รุ่งนภา คำอ้อย และคณะ. (2559). การจัดการความปวดโดยบิดามารดาในผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. พยาบาลสาร, 43(2), 13-22.
- โรส ภัคทีโต. (2563). บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวด : กรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง. พยาบาลตำรวจ, 12(2), 464-470.
- วรรณฤดี เชาวศรีกุล. (2560). ประสพการณ์ : การดูแลผู้ป่วยเด็กเด็กพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจที่บ้านโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา, 18(2), 3-13.
- ศิราคริน พิชัยสงคราม และคณะ. (2559). การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของนักศึกษาพยาบาลและผู้ดูแลเด็ก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 9(1), 75-87.

- สุภาพร คิดเห็น และคณะ. (2559). การรับรู้ความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 39(1), 1-11.
- อุษารักษ์ โถหินัง. (2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่โดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง : การบูรณาการแนวคิดของโอเร็มและแนวคิดการมีส่วนร่วมของต้นสน์และทริเวทย์. วชิรสารการพยาบาล, 19(1), 10-18.
- ฮัมดี มาแย และคณะ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7(3), 47-57.
- Coker T. R. et al. (2010). Family centered care for US children with special health care needs : Who gets it and why. *Pediatrics*, 125(6), 1159-1167.
- Davidson F., et al. (2016). Psychological Interventions in Managing Postoperative Pain in Children: A Systematic Review. *Comprehensive Review*, 157(9). 1872-1886.
- Dodd, M. et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dunst C. J. & Trivette C. M. (1996). Empowerment, effective help giving practices and family-centered care. *Pediatrics Nursing*, 22(4), 334-337.
- Hockenberry M. J. (2017). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Louis: Missouri.
- Johnston C. et al. (2014). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane : Database Syst Rev*.
- Kahsay H. (2017). Assessment and treatment of pain in pediatric patients. *Current Pediatric Research*, 21(1), 148-157.
- Lawrence J., et al. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Netw*, 12(6), 59-66.
- Manworren R. C. B & Stinson J. (2016). Pediatric pain measurement : assessment and evaluation. *Seminars in Pediatric Neurology*, 23(3), 189-200.
- Merkel S. et al. (1997). The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 23(3), 293-297.
- Orem D.E. (2010). *Nursing concept of practice*. St Louis: Mosby.
- Sadeghi H. et al. (2019). The impact of family centered care and meeting the need to learn how much of global anxiety in parents of children with urinary tract infection : a randomized clinical trial. *International. Journal of Ayurvedic Medicin*, 10(1), 68-74 .



- Schellack N. & Matimela M. (2016). Pediatric pain management. South Africa Family Practice, 58(3), 42-47.
- Suraseranivongse S. et al. (2005). Cross-validation of a self-report scale for postoperative pain in school-aged children. J Med Assoc Thai, 88(3), 412-418.
- Syrjala K. L. & Abrams J. R. (2002). Hypnosis and imagery in the treatment of pain. New York: The Guilford.
- Tarbell et al. (1992). The Toddler-Preschooler postoperative pain scale: an observational scale measuring postoperative pain in children aged 1–5. Preliminary report, 50(3). 273-280.
- Wong D. (2016). Wong-Baker FACES Foundation. Retrieved August 15, 2021 from <http://www.WongBakerFACES.org>