

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการประเมิน และจัดการความปวดของผู้ป่วยเด็กเล็ก

ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์ Ph.D. (Nursing)* นุสรา ประเสริฐศรี Ph.D. (Nursing)**

บทคัดย่อ

เด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยทั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอยู่ที่บ้านมีโอกาสที่จะมีความปวดทั้งพยาธิสภาพโรค การตรวจวินิจฉัย และการรักษา ความปวดมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กเล็กที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น มีการเจ็บป่วยนานมากขึ้น การหายของแผลช้า ระบบภูมิคุ้มกันลดลง และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆได้ง่าย รวมทั้งจะมีผลต่อการเรียนรู้และการพัฒนาการของเด็ก การประเมินและการจัดการความปวดในเด็กเล็กจึงมีความสำคัญมาก จุดประสงค์ของบทความนี้ เพื่อเสนอแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยวัยเด็กเล็กตั้งแต่ 1 ถึง 6 ปี และแนวทางการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินและการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กเล็ก เพื่อให้การจัดการความปวดในเด็กเล็กมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคลากรด้านสาธารณสุขควรตระหนักเห็นความสำคัญในการจัดการความปวดในเด็กเล็ก และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเด็กเล็กทรมานกับความปวด

คำสำคัญ : การจัดการความปวด การมีส่วนร่วมของครอบครัว การประเมินความปวด ผู้ป่วยเด็กเล็ก

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Family Participation in Pain Assessment and Managements with Young Children

.....

Tirapaiwong, Y., Ph.D.* Prasertsri, N., Ph.D.**

Abstract

Sick children who were in the hospital or at home, are likely to have pain from pathology, investigation, and treatment. Pain has impacts on children both physical and psychological aspects as well as their family, particularly young children who have limited communication of their pain, such as long term of illness, delayed wound healing, immune system dysfunction, and other complications. Pain also affects the learning and development of young children. Therefore, pain assessment and management in young children are very important. The aim of this article is to present a concept of pain in young children, aged 1-6 years, and guideline for family to participate in pain assessment and management for young children. Health care providers should concern on pain management in young children and encourage their family participation in pain management to decrease suffering from pain in their young children.

Keywords : Pain Management, Family Participation, Pain Assessment, Young Children Clients

* Registered Nurse of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

** Registered Nurse of Boromarajonani College of Nursing Sanprasithiprasong

บทนำ

ปัจจุบันบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญในการจัดการความปวดของผู้รับบริการมากขึ้นและมีโรงพยาบาลหลายแห่งได้นำการประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพตัวที่ 5 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการความปวดได้ดีมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และเด็กวัยเรียน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถรายงานความปวดด้วยตนเองได้ดี¹ ส่วนการประเมินความปวดในผู้ป่วยวัยเด็กเล็กยังมีความลำบากเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากเด็กวัยนี้มีข้อจำกัดในการสื่อสาร และการแสดงออกทางกาย และการถูกประเมินความปวดโดยบุคคลแปลกหน้า เช่น บุคลากรด้านสาธารณสุข ทำให้เด็กไม่กล้าบอก ไม่กล้าอธิบายหรือไม่กล้าแสดงออก เพราะเด็กจะมีความไว้วางใจในผู้ปกครองมากกว่า บุคลากรด้านสาธารณสุข² จุดประสงค์ของบทความนี้ เพื่อเสนอแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยวัยเด็กเล็กตั้งแต่ 1 ถึง 6 ปีที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารความปวดของตนเอง และแนวทางการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กเล็ก เพื่อให้การจัดการความปวดในเด็กเล็กมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ความสำคัญของการจัดการความปวดในเด็กเล็ก

สมาคมศึกษาความปวดในเด็กระหว่างประเทศได้ศึกษาความปวดของเด็กในหลายประเทศ (the Special Interest Group on Pain in Childhood)³ พบว่าเด็กต้องทนทุกข์ทรมานจากความปวดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ พยาธิสภาพโรค โดยเฉพาะในโรคที่คุกคามชีวิต ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งความปวดมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว การศึกษาของวอนเบเยอร์และคณะ⁴ พบว่า ทารก

แรกเกิดหรือเด็กเล็กที่เคยมีประสบการณ์ความปวด เด็กสามารถจำความปวดได้ และเป็นสาเหตุทำให้เด็กและครอบครัวหลีกเลี่ยงการดูแลรักษาทางการแพทย์ในอนาคต เนื่องจากมีประสบการณ์ความปวดในโรงพยาบาลหรือคลินิก ความปวดที่ได้รับจากความเจ็บป่วยและการรักษาในช่วงต้นของชีวิตมีผลต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลต่อการพัฒนาทางสังคมและทางกายภาพและเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรในระบบประสาทที่จะส่งผลกระทบต่อประสบการณ์ความปวดในอนาคต นอกจากนี้ความปวดยังมีผลต่อครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก ทำให้เกิดความเครียดและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว

ความปวดของเด็กอาจเป็นเรื่องยากที่จะประเมิน เด็กอาจจะนอนหลับหรือเล่นแม้ว่าเด็กจะมีความปวด ดังนั้นความปวดของเด็กอาจจะไม่ได้รับการบรรเทา³ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการความปวดในเด็กเล็กทั้งการประเมินความปวดและเทคนิคการจัดการที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับทารกและเด็กเล็ก รวมทั้งตระหนักถึงความคาดหวังและความต้องการของเด็กและครอบครัว เพื่อให้เด็กได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ความเชื่อและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กเล็ก

สมาคมศึกษาความปวดนานาชาติ⁵ ให้นิยามความปวดว่า ความปวด “คือประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบาย ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือมีแนวโน้มในการทำลายเนื้อเยื่อนั้น” แต่ความปวดเป็นสิ่งที่ซับซ้อนมากกว่าการรับรู้ของระบบประสาทจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย เพราะมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดของมนุษย์ซึ่งอาจจะไม่สัมพันธ์กับการ

ที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเด็ก เช่น พัฒนาการเด็กและประสบการณ์ความปวด ปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคม มีความสำคัญต่อการสร้างแบบแผนการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดของแต่ละบุคคล และปัจจัยด้านผู้ปกครอง เช่น พฤติกรรมของผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อการแสดงความปวดในเด็ก⁶ และความรู้ ความเชื่อและทัศนคติของผู้ปกครองก็มีผลต่อการรับรู้ของผู้ประเมินในการประเมินและจัดการความปวดในเด็กเช่นกัน⁷

บุคลากรทางด้านสาธารณสุขบางส่วนยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความปวดของเด็กและไม่ให้ความสำคัญกับครอบครัวของเด็กในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเมื่อมีความปวด (ตารางที่ 1) ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการประเมินและการจัดการความปวดของผู้ป่วยเด็กเล็ก ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและชุมชนควรมีความเข้าใจที่ถูกต้องในการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กเล็กและสามารถให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความปวดแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 1 ความเข้าใจผิดและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความปวดในเด็ก

ความเข้าใจผิด	ข้อเท็จจริง
ทารกยังไม่มีความรู้สึกปวดเพราะระบบประสาทยังพัฒนาไม่เต็มที่	กายวิภาคและการทำหน้าที่ของระบบประสาทในการรับรู้เรื่องความปวดในทารกมีการพัฒนาแล้วตั้งแต่อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ และทารกสามารถรับรู้ได้ไวเนื่องจากกลไกการลดปวดของร่างกายยังทำงานได้ไม่เต็มที่ ⁴
ทารกและเด็กไม่มีความทรงจำเกี่ยวกับความปวด	ทารกสามารถจดจำความปวดได้ เช่น เมื่อได้กลิ่นแอลกอฮอล์ในการเจาะส้นเท้า ทารกจะขยับเท้าหนี ทารกและเด็กจะร้องไห้เมื่อทราบว่าต้องฉีดวัคซีน ⁸
ทารกไม่สามารถแสดงความปวดได้	ทารกสามารถแสดงอาการปวดได้ทั้งทางพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาซึ่งสามารถประเมินได้
เด็กสามารถทนต่อความปวดได้ดี	เด็กไม่สามารถทนความปวดดีเท่ากับผู้ใหญ่ เด็กยิ่งอายุน้อยจะไวต่อความปวดมาก ⁴
เด็กที่สามารถทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดหรือสามารถนอนหลับได้แปลว่าเด็กไม่ปวด	เด็กกำลังเผชิญความปวดและพยายามเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดและรู้สึกเพลียมากจนนอนหลับ
เด็กจะบอกท่านเมื่อเขาารู้สึกปวด	เด็กอาจจะไม่กล้าแสดงหรือบอกว่าปวดกับผู้อื่นยกเว้นพ่อแม่ หรือ อาจจะไม่บอกว่าปวดเพราะความกลัวที่จะได้รับการทำหัตถการเพื่อรักษาความปวด ⁷
เด็กมีความเสี่ยงในการติดยาหรือภาวะแทรกซ้อนจากยาที่ใช้ในการจัดการความปวด	การติดยาหรือภาวะแทรกซ้อนพบได้น้อยมากในเด็กที่ได้รับยาจากการรักษาความปวดแบบเฉียบพลัน (น้อยกว่า 1%) ⁹
การประเมินความปวดในเด็กของบิดามารดาหรือผู้ดูแลไม่น่าเชื่อถือ เพราะมักจะประเมินความปวดรุนแรงมากเกินความเป็นจริง	บิดามารดาหรือผู้ดูแลรู้จักเด็กและสามารถรับรู้ได้ว่าเด็กกำลังเผชิญความปวด ¹
การที่ปล่อยให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กอยู่ด้วยจะทำให้เด็กไม่ร่วมมือในการทำหัตถการ	การได้อยู่กับบิดามารดาหรือผู้ดูแลที่คุ้นเคย เด็กจะลดความกลัวและวิตกกังวล ทำให้เด็กกล้าแสดงหรือบอกความปวดได้ ¹

หลักการประเมินความปวดในเด็กเล็ก

เนื่องจากความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะตน การประเมินความปวดในเด็กจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรด้านสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องเข้าใจถึงหลักการประเมินความปวด เพื่อช่วยให้สามารถประเมินความปวดในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ เทียงตรง อันจะนำไปสู่การบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยเด็กได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การประเมินความปวดในเด็กมีหลักการหรือข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดดังนี้¹⁰ (1) ตระหนักว่าเด็กเจ็บป่วยทุกคนย่อมมีความปวดร่วมด้วย (2) ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะของบุคคล สิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่าปวดคือข้อมูลที่เป็นจริง (3) เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกว่าปวดและการประเมิน

ต้องรวบรวมข้อมูลประกอบจากหลายมิติ ในผู้ป่วยเด็กคนในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักมักจะรู้พฤติกรรมเฉพาะของเด็กและสามารถแยกแยะพฤติกรรมได้ ดังนั้นควรใช้ข้อมูลของผู้ดูแลประกอบในการประเมินและจัดการความปวด (4) ให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการปวดทันที และ(5) เมื่อให้การบรรเทาความปวดแล้ว ต้องประเมินผลความปวดเป็นระยะ

สำหรับการประเมินความปวดในเด็กมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการตอบสนองต่อความปวดในเด็ก ทั้งในด้านความเข้าใจ พฤติกรรมแสดงออก การบอกความปวดและวิธีการบรรเทาความปวด ซึ่งเด็กเล็กทุกกลุ่มอายุต้องการการอุ้มกอดจากผู้ดูแล (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมของเด็กเล็กเมื่อมีความปวดและวิธีการบรรเทาความปวดตามพัฒนาการ¹¹

อายุเด็ก	ความเข้าใจความปวด	พฤติกรรมแสดงปวด	การบอกความปวด	การบรรเทาความปวด
ทารก - 6 เดือน	ไม่เข้าใจความปวด แต่จะมีปฏิกิริยากับความวิตกกังวลของผู้ดูแล	เคลื่อนไหวทั้งตัว มีท่าทางไม่สุขสบาย หน้าเบ้ ดุนมน้อยลง	ร้องไห้	วิธีการปลอบโยน อุ้ม กอดรัด โยกและกล่อม
อายุ 6-12 เดือน	สามารถจดจำความปวด แต่จะมีปฏิกิริยากับความวิตกกังวลของผู้ดูแล	มีปฏิกิริยาถอยหนีต่อต้านทั้งร่างกาย ท่าทางไม่สุขสบาย หน้าเบ้ ดุนมนและนอนหลับน้อยลง	ร้องไห้	การปลอบโยน อุ้มกอดรัด โยกและกล่อม
วัยเตาะแตะ อายุ 1-3 ปี	ไม่เข้าใจสาเหตุของความปวดว่าทำไมต้องได้รับความปวด	ต่อต้านและเคลื่อนไหวในตำแหน่งที่ปวด ปฏิเสธคนอื่น ปฏิเสธอาหาร และนอนหลับน้อยลง	ร้องไห้ แผดเสียง ปฏิเสธทุกอย่าง บอกปวดได้ แต่บอกความรุนแรงไม่ได้	ของเล่นชิ้นโปรด การอุ้มโยกตัว กอดรัด ปลอบโยน หันเหความสนใจโดยการเล่านิทาน ดนตรี การดูโทรทัศน์
วัยก่อนเรียน อายุ 3-6 ปี	รู้จักความปวดแต่ไม่เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุกับความเจ็บปวด	ต่อต้านทั้งทางร่างกายและการใช้คำพูดบอก จะร้องไห้ เตะ ตี	ร้องไห้ แผดเสียง กรีดร้อง บอกตำแหน่งปวดได้ กลัวการปวด บรรยายสั้นๆ ได้	บอกได้ว่าทำอะไรเพื่อช่วยลดปวด ของเล่นชิ้นโปรด การอุ้มโยกตัว กอดรัด ปลอบโยน หันเหความสนใจโดยการเล่านิทาน ดนตรี ดูโทรทัศน์

ความสำคัญของครอบครัวในการประเมินและจัดการความปวด

การศึกษาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ต่างสนับสนุนว่า ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด เนื่องจากการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการประเมินและจัดการความปวดของเด็กที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยที่มีความปวดมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเครียดและบรรเทาอาการปวดแก่เด็ก⁷ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ปกครองในการให้บริการเด็กด้วย¹⁴ ผู้ปกครองสามารถประเมินความปวดของเด็กได้ไม่ต่างจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข¹⁵ เนื่องจากผู้ปกครองมักมีสัญชาตญาณและสามารถแปลพฤติกรรมของเด็กได้ดีกว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และยังสามารถทำหน้าที่ในการปลอบโยนเด็กให้คลายความปวดได้ดีตามความต้องการของเด็กที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน¹ นอกจากนี้ การส่งเสริมความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่โรงพยาบาลจะเป็นการส่งเสริมความมั่นใจแก่ผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความปวดที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพด้วย¹⁵

แบบประเมินความปวดในเด็กเล็กโดยผู้ดูแลในครอบครัว

การประเมินความปวดเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการความปวดในเด็ก การประเมินความปวดที่ดี เพียงพอ จะช่วยให้เด็กได้รับการช่วยเหลือเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสามารถประเมินได้ 3 วิธี คือ จากการสังเกตพฤติกรรมขณะปวด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพและการรายงานปวดด้วยตนเอง ในบทความนี้จะนำเสนอเฉพาะแบบประเมินที่ผู้ดูแลครอบครัวสามารถใช้ในการประเมินความปวดใน

เด็กเล็ก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสังเกตพฤติกรรมขณะปวดและแบบประเมินรายงานปวดด้วยตนเอง โดยผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินแทน ดังนี้

1. แบบประเมินการสังเกตพฤติกรรมขณะปวด ได้แก่ แบบประเมิน The Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scales (CHEOPS) พัฒนาโดย McGrath et al¹⁶⁻¹⁷ และ แบบประเมิน FLACC (The Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale) พัฒนาโดย Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, & Malviya¹⁶⁻¹⁷ เป็นเครื่องมือประเมินความปวดในเด็กเล็กที่ได้รับการพัฒนาสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการสังเกตพฤติกรรมความปวดในเด็กเล็ก และมีการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเที่ยงตรงโดยสุวรรณี สุระศรีวงศ์¹⁶ มีการนำไปใช้ในผู้ป่วยเด็กไทยอย่างแพร่หลายและได้นำมาทดลองใช้กับผู้ปกครองในการประเมินความปวดของบุตร¹⁸ เครื่องมือดังกล่าวใช้ประเมินความเจ็บปวดจากพฤติกรรมของเด็กตั้งแต่วัย 1 – 6 ปี สำหรับการให้คะแนนของเครื่องมือแต่ละชนิดประกอบด้วย การให้คะแนนตามลำดับขั้นของแต่ละพฤติกรรม คะแนนน้อย ซึ่งอาจเป็น 0 หรือไม่ก็ได้ จะบ่งถึงความเจ็บปวดน้อย คะแนนมากบ่งถึงความเจ็บปวดมาก แล้วรวมคะแนนทั้งหมดจุดตัด (cut-off point) ใช้ในการตัดสินใจให้ยาแก้ปวดถ้าคะแนนสูงกว่าจุดนั้น โดย CHEOPS (คะแนน 4-13) และ FLACC (คะแนน 0-10) มีจุดตัด คือ 8 และ 4 ตามลำดับ Suraseranivongse และคณะ¹⁸ ศึกษาเปรียบเทียบการประเมินความปวดผู้ป่วยเด็กอายุ 1-12 ปี หลังผ่าตัด ระหว่างผู้ปกครองและพยาบาล โดยผู้ปกครองได้รับการสอนการใช้แบบประเมิน FLACC และ CHEOPS ก่อน หลังจากนั้นให้ผู้ปกครองประเมินความปวดของผู้ป่วยเด็กจากวิดีโอพร้อมกับพยาบาล พบว่า สามารถสอนผู้ปกครองให้ใช้แบบประเมินทั้ง 2 แบบได้อย่างง่ายและผลการ

ประเมินได้คะแนนความปวดมีค่าใกล้เคียงกับการประเมินของพยาบาล โดยพบว่าแบบประเมิน CHEOPS ใช้ได้ง่ายและเวลาสั้นกว่า FLACC อย่างไรก็ดีตามส่วนใหญ่ในทางปฏิบัติการใช้แบบประเมินความปวดทั้ง 2 แบบนี้ความยากและง่ายในการประเมินขึ้นอยู่กับความรู้และทักษะของผู้ประเมิน ดังนั้นควรเลือกใช้แบบประเมินอย่างใดอย่างหนึ่ง

เท่านั้น เพื่อใช้สื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ และระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะการประเมินไปในแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้การใช้แบบประเมินเหล่านี้ยังคงถูกใช้โดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินและจัดการความปวดของเด็กมากขึ้น

ตารางที่ 5 เครื่องมือ CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)

ประเภท	พฤติกรรม	คะแนน	คำจำกัดความ
ร้องไห้	ไม่ร้อง	1	เด็กไม่ร้อง
	คราง	2	ครางฮือๆ หรือ ร้องไห้เสียบๆ
	ร้องไห้	2	กำลังร้องไห้ ร้องไห้เบาๆหรือครางเบาๆ
	หีดร้อง	3	ร้องไห้สุดเสียง สะอึกสะอื้น อาจบ่นหรือไม่บ่นก็ได้
สีหน้า	เฉยๆ	1	สีหน้าเฉยๆ
	เบ้	2	ให้คะแนนเมื่อสีหน้าไปทางลบ
	ยิ้ม	0	ให้คะแนนเมื่อสีหน้าไปทางบวก
การส่งเสียง	ไม่มี	1	เด็กไม่พูด
	บ่นเรื่องอื่น	1	เด็กบ่นเรื่องอื่น ๆ เช่น หิว หาแม่ แต่ไม่บ่นปวด
	บ่นปวด	2	บ่นปวด
	บ่นทั้ง 2 เรื่อง	2	ทั้งบ่นเรื่องอื่นและบ่นปวด
	พูดทางบวก	0	ส่งเสียงร่าเริง พูดเรื่องอื่นโดยไม่บ่น
ท่าทาง (ลำตัว)	ธรรมดา	1	ลำตัวอยู่ในท่าพักดูสบาย ๆ
	ดิ้นไปมา	2	ลำตัวส่าย หรือดิ้นไปมาเหมือนงูเลื้อย
	ตัวอึ้งแข็ง	2	ลำตัวโค้งหรือแข็งเกร็ง
	สั่น	2	ลำตัวสั่นหรือขยุกขยิกโดยควบคุมไม่ได้
	ทำยีน	2	เด็กอยู่ในท่ายึดตัวตรงหรือในแนวตั้ง
	เกร็ง	2	ร่างกายจะปกป้องไม่ให้ เจ็บมาก
การสัมผัส	ไม่สัมผัสสัมผัส	1	ไม่แตะแผล
	สนใจแผล	2	ให้ความสนใจแผลแต่ไม่แตะแผล
	แตะแผล	2	แตะแผลเบา ๆ
	กุมแผล	2	กุมแผลแน่น
	เกร็งแขนไม่ให้ถูกแผล	2	กุมแผลแน่นและทำตัวแข็งตึงกับที่ที่กลัวเจ็บ
ขา	ทำสบาย	1	อยู่นิ่งผ่อนคลาย เคลื่อนไหวปกติ
	ไม่อยู่นิ่ง ขยับขาไปมา	2	ขยับขาไปมา
	เกร็ง	2	ขาเกร็งและ/หรือขาเข้าชิดลำตัว
	ตุลลุกตุลนั่ง	2	ตุลลุกตุลนั่ง งอเข้า
	เกร็งไม่เคลื่อนไหว	2	ขาตึงกับที่

ตารางที่ 6 แบบประเมิน FLACC (The Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale)

ประเภท	คะแนน	คำจำกัดความ
สีหน้า	0	เฉย, ไม่อึด
	1	หน้าตาเบะ หรือ ขมวดคิ้ว ถอยหนี ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเป็นบางครั้ง
	2	คางสั่น กัดฟันแน่น เป็นบ่อยๆหรือตลอดเวลา
ขา	0	อยู่ในท่าปกติสบายๆ
	1	อยู่ในท่าไม่สบาย กระสับกระส่าย เกร็ง
	2	เตะ หรืออขาขึ้น
การเคลื่อนไหว	0	นอนเฉยๆ ท่าปกติ เคลื่อนไหวสบายๆ
	1	บิดตัวไปมา แอ่นหน้า แอ่นหลัง เกร็ง
	2	ตัวงอ เกร็งจนแข็ง หรือสั่นกระตุก
ร้องไห้	0	ไม่ร้อง (ตื่นหรือหลับก็ได้)
	1	ครางอื้อๆ หรือครางเบาๆ บ่นเป็นบางครั้ง
	2	ร้องไห้ตลอด หวีดร้องสะอึกสะอื้น บ่นบ่อยๆ
การสนองต่อการปลอบโยน	0	เชื่องดี, สบายๆ
	1	สามารถปลอบโยนด้วยการสัมผัส โอบกอด พุดคุย เพื่อดึงดูดความสนใจเป็นระยะๆ
	2	ยากที่จะปลอบโยนหรือทำให้สบาย

ที่มา: Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, & Malviya, 1997

นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินความปวดโดย ตามมืออาหารใน 2 วันแรก หลังจากเด็กกลับบ้าน การสังเกตพฤติกรรมที่ถูกพัฒนามาเพื่อผู้ปกครอง โดยมีรายละเอียดการประเมินพฤติกรรมตามตาราง โดยเฉพาะ คือ แบบประเมินความปวดผู้ป่วยเด็ก ที่ 7 คะแนนอยู่ระหว่าง 1-15 หากมีคะแนนมากกว่า 7 หมายถึง เด็กมีความปวดและต้องได้รับการจัดการความปวด ซึ่งควรมีการศึกษาและพัฒนาแบบประเมินนี้ในประเทศไทย เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถใช้ประเมินความปวดของบุตรได้ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินความปวดโดย การสังเกตพฤติกรรมที่ถูกพัฒนามาเพื่อผู้ปกครอง โดยเฉพาะ คือ แบบประเมินความปวดผู้ป่วยเด็ก หลังผ่าตัดสำหรับผู้ปกครอง (Parent's Postoperative Pain Measure: PPPM) โดย แชมเบอร์ และคณะ^{15,19} เป็นแบบประเมินที่มีการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งถูกพัฒนาสำหรับผู้ปกครองในการประเมินความปวดผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดที่บ้านวันละ 3 เวลา

ตารางที่ 7 แบบประเมินความปวดผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดสำหรับผู้ปกครอง (Parent's Postoperative Pain Measure: PPPM)¹⁵

การประเมินพฤติกรรมเด็ก	ใช่	ไม่ใช่
1. สะอื้นหรือบ่นมากกว่าปกติ		
2. ร้องไห้ยากกว่าปกติ		
3. เล่นน้อยกว่าปกติ		
4. ไม่ได้ทำสิ่งที่ปกติชอบทำ		
5. แสดงท่าทางที่กังวลมากกว่าปกติ		

การประเมินพฤติกรรมเด็ก	ใช่	ไม่ใช่
6. แสดงท่าทางที่เจ็บมากกว่าปกติ		
7. มีท่าทางที่อ่อนเพลียมากกว่าปกติ		
8. ไม่ยอมรับประทานอาหาร		
9. รับประทานอาหารน้อยกว่าปกติ		
10. กุมหรือประคองบริเวณที่เจ็บ		
11. พยายามหลีกเลี่ยงการชนบริเวณที่ปวด		
12. ร้องครวญครางมากกว่าปกติ		
13. มีท่าทางหงุดหงิดมากกว่าปกติ		
14. ต้องการอยู่ใกล้ผู้ปกครองตลอดเวลา		
15. ยอมรับประทานยาซึ่งปกติไม่ยอมรับ		
รวม		

2. แบบประเมินรายงานปวดด้วยตนเองโดยให้ผู้ปกครองรายงานความปวดแทนเด็ก ได้แก่ แบบประเมินความปวด Maternal judgment of child pain พัฒนาโดย Jensen, Karoly, O'Riordan, Bland, & Burns¹ และแบบบันทึกอาการประจำวัน (Symptom Dairy) พัฒนาโดย ยุพภรณ์ พงษ์สิงห์¹ และให้มารดาของผู้ป่วยเด็กเล็กโรคมะเร็งบันทึกอาการต่างๆ ของเด็กระหว่างได้รับเคมีบำบัด โดยอาการปวดเป็นหนึ่งในหลายอาการที่ถูกบันทึก ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร เป็นต้น มารดาจะบันทึกวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น เป็นเวลา 3 วัน โดยแบบประเมินนี้ประเมินทั้งระยะเวลา ระดับ

ความปวดและผลกระทบจากการปวด ร่วมกับการใช้แบบประเมินความปวด Maternal judgment of child pain ข้อจำกัดของแบบประเมินรายงานปวดด้วยตนเองโดยให้ผู้ปกครองรายงานความปวดแทนเด็ก คือ มีความคลาดเคลื่อนสูง หากผู้ประเมินไม่ได้รับการเตรียมอย่างดี หรือไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีความปวดหรือไม่คุ้นเคยกับเด็ก อย่างไรก็ตามแบบประเมินชนิดนี้ สามารถใช้ได้กับผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีความปวดเรื้อรังและลดภาระของผู้ปกครองที่มีความจำเป็นต้องประเมินความปวดร่วมกับอาการอื่นๆบ่อยครั้งในแต่ละวัน

ภาพที่ 1 แบบประเมินความปวด Maternal judgment of child pain หากลูกของคุณมีอาการปวด กรุณาตอบคำถามด้านล่าง

เลือกหมายเลขที่ คุณคิดว่าตรงกับระดับความปวดของลูกในวันนี้ มากที่สุด											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ปวด	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
											ปวดมากที่สุด

ที่มา: Jensen, Karoly, O'Riordan, Bland, & Burns (1989)¹

ภาพที่ 2 แบบบันทึกอาการปวดของเด็กประจำวัน¹

ลูกของคุณรู้สึกเจ็บปวดมากกว่าปกติหรือไม่	มี ☐	ไม่มี ☐
ถ้ามี ลูกของคุณ		
1. รู้สึกเจ็บปวดนานเท่าไร?		
☐ ระยะเวลาสั้นๆ	☐ ระยะเวลาปานกลาง	☐ เกือบตลอดเวลา
2. รู้สึกเจ็บปวดมากเท่าไร?		
☐ เล็กน้อย	☐ ปานกลาง	☐ มาก
3. อาการเจ็บปวดนี้รบกวนกิจวัตรประจำวันของลูกมากแค่ไหน		
☐ ไม่รบกวนเลย	☐ รบกวนเล็กน้อย	☐ รบกวนปานกลาง ☐ รบกวนมาก

บทบาทของครอบครัวในการจัดการความปวดของผู้ป่วยเด็กเล็ก

การจัดการความปวดในเด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพนั้น มีความจำเป็นที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขต้องตระหนักเห็นความสำคัญของบทบาทครอบครัวในการจัดการความปวดในเด็ก โดยต้องเน้นการยอมรับ (respect) การสื่อสารระหว่างครอบครัวและผู้รับบริการ (communication and information) ความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรและครอบครัว (collaboration) เพิ่มความเข้มแข็งของครอบครัวในการดูแลเด็ก (strengths) ให้ครอบครัวมีสิทธิเลือก (choice) ให้การสนับสนุนประคับประคอง (support) และเพิ่มพลังอำนาจในการตัดสินใจ (empowerment)⁷ จากแนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดได้ ดังนี้

1. เตรียมความพร้อมของครอบครัว โดยเน้นผู้ดูแลหลักซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นมารดาหรือคุณยายของเด็ก โดยประเมินความเครียดและความวิตกกังวล รวมทั้งความรู้และทัศนคติต่อการจัดการความปวดตามปกติหากผู้ป่วยเด็กไม่อยู่ในระยะที่มีความเจ็บป่วยร้ายแรงหรือวิกฤติ ผู้ดูแลหลักจะมีความต้องการและยินดีที่จะมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด

2. การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับความสำคัญในการจัดการความปวดในเด็ก สาเหตุความปวด วิธีการประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรมของเด็กหรือการสอบถามเด็กเป็นระยะ ซึ่งจะ เป็นประโยชน์อย่างมาก หากสามารถให้ความรู้กับผู้ดูแลก่อนผู้ป่วยประสบกับความปวด เช่น การเตรียมผู้ดูแล ก่อนเด็กได้รับการผ่าตัด ก่อนการหัตถการ หรือก่อนการได้รับยาเคมีบำบัด

3. สอนการใช้แบบประเมินความปวดและการแปลผลตามแบบประเมินที่ใช้ในโรงพยาบาล เช่น ในผู้ป่วยเด็กอายุ 1 ถึง 6 ปี ใช้แบบประเมิน CHEOPS หรือ FLACC เพราะการศึกษาพบว่าสามารถสอนผู้ปกครองให้ใช้แบบประเมินทั้ง 2 แบบได้อย่างง่าย และผลการประเมินได้คะแนนความปวดมีค่าใกล้เคียงกับการประเมินของพยาบาล¹⁸

4. สอนการจัดการความปวดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยการใช้คู่มือหรือวีดิทัศน์การจัดการความปวดในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลักและครอบครัว การศึกษาพบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองโดยใช้คู่มือหรือวีดิทัศน์เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก พบว่า ความสามารถของผู้ปกครองในการจัดการความปวดในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ¹²⁻¹⁴ นอกจากนี้ควรอธิบายทางเลือก

วิธีการจัดการความปวดที่เหมาะสมกับวัย (ตารางที่ 2) และตามความชอบของเด็กแต่ละคน ซึ่งผู้ดูแลจะทราบข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของเด็กมากกว่าบุคลากรทางสาธารณสุข โดยวิธีที่เลือกต้องไม่ขัดต่อมาตรฐานการดูแลหลังผ่าตัด โดยพยาบาลสนับสนุนด้านความรู้และอุปกรณ์ ได้แก่

4.1 การให้ผู้ดูแลให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยเด็ก โดยการอธิบายถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวด ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการทำหัตถการ การผ่าตัด หรือจากโรคเรื้อรัง ตลอดจนวิธีการบรรเทาอาการปวดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กมีความเข้าใจและต่อสู้กับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้เด็กไม่วิตกกังวลล่วงหน้าต่อความปวด และลดความกลัวลง¹⁴

4.2 การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กไปสู่สิ่งกระตุ้นนอกร่างกาย หรือสร้างสิ่งกระตุ้นในร่างกาย การเบี่ยงเบนความสนใจนี้จะช่วยให้เด็กรับรู้ความปวดน้อยลง เมื่อเด็กมีความพึงพอใจ สนุกสนานกับสิ่งกระตุ้นอื่น ทำให้ไฮโปทาลามัสกระตุ้นต่อมได้สมองให้หลั่งสารคล้ายมอร์ฟินมาควบคุมความปวดได้ ดังนั้นเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจจึงเป็นเทคนิคหนึ่งที่น่าสนใจ เพื่อบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยขณะได้รับการทำหัตถการ การเบี่ยงเบนความสนใจในเด็ก ได้แก่ การดูการ์ตูน การนับเลข ร้องเพลง ฟังเพลง เล่นวิดีโอเกม หรือการฟังนิทาน^{1,10,20}

4.3 การผ่อนคลาย เป็นการส่งเสริมให้เด็กเกิดสภาวะการผ่อนคลาย ทำให้ร่างกายและจิตใจมีภาวะปราศจากความตึงเครียด การผ่อนคลายเป็นการลดการรับรู้ทางอารมณ์และเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวดร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ตัวยางของความปวด การผ่อนคลายยังช่วยทำให้ลดความเหนื่อยล้าและเสริมให้ผู้ป่วยมีระดับความอดทนต่อความปวดสูงขึ้นด้วย นอกจากนี้ การผ่อนคลายในเด็กเป็นการลดความปวดโดยวิธีร่วมระหว่างการเล่นแบบการรับรู้ข้อมูลความปวด ร่วมกับกิจกรรมทางกายภาพ เพื่อลดความรู้สึกปวด เช่น การลดความปวดจาก

การเจาะเลือด โดยให้เด็กดูกล้องกระจกหลายมิติ เพื่อกระตุ้นความอยากรู้อยากเห็น ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความปวดและการกลั้วการเจาะเลือด^{10,13,20}

4.4 การบรรเทาความปวดในเด็กโดยวิธีกายภาพ เช่น การอุ้ม การโยก การนวด การใช้ความร้อน ความเย็น การใช้แรงกด การจัดทำ ซึ่งจะช่วยในการสกัดกั้นหรือรบกวนการถ่ายทอดสัญญาณความปวดตลอดแนววิถีประสาทจนถึงระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ปลายประสาทรับการหลังสารเคมีที่ก่อความปวด^{10,13,20}

4.5 การบรรเทาปวดด้วยการใช้ยา มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขต้องให้ข้อมูลวิธีการใช้ยาอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองสอบถามปัญหาจากการใช้ยาและมีการติดตามการใช้ยาลดปวด รวมทั้งปัญหาอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากพบว่า ผู้ปกครองมักจะกังวลว่ายาลดปวดจะเป็นอันตรายสำหรับเด็ก แต่ในความเป็นจริง เด็กจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาเช่นเดียวกับผู้ใหญ่และเด็กจะไม่ติดยาเสพติด หากได้รับยาที่มีขนาดเหมาะสมตามอายุของเด็ก และระดับความรุนแรงของความปวด ซึ่งมักพบว่าผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ที่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงไม่ได้รับยาลดปวดขณะเมื่ออยู่บ้าน เนื่องจากผู้ปกครองไม่กล้าให้ยาลดปวด²¹ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ปกครองในการบรรเทาความปวดแบบใช้ยาโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ

5. ติดตามและให้การสนับสนุนประคับประคองทั้งผู้ดูแล ครอบครัวและผู้ป่วยเด็กเป็นระยะ โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยเด็กกำลังเผชิญกับความปวด เพราะในช่วงเวลานี้ผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวลมากขึ้นและต้องการความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้นแม้จะได้รับการเตรียมความพร้อมแล้วก็ตาม¹⁴

สรุปและข้อเสนอแนะ

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดของเด็กโดยเฉพาะเด็กเล็ก บุคลากรทางด้านสาธารณสุขทั้งที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลและในชุมชน ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด โดยมีการเตรียมความพร้อมและให้ความรู้แก่ครอบครัว สอนการใช้แบบประเมินความปวดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสังเกตความปวดในเด็กหรือการประเมินความปวดร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข รวมถึงการให้คำแนะนำและการสนับสนุนระดับครอบครัวในการจัดการความปวดทั้งแบบไม่ใช้ยาและการใช้ยาลดปวด โดยใช้สื่อการสอนต่างๆ เพื่อช่วยในการเข้าใจและนำไปใช้ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดของเด็กที่บ้านและวิธีการประเมินและการจัดการความปวด โดยผู้ปกครอง รวมทั้งมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดสำหรับผู้ปกครองเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพและอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Pongsing Y. Thai mothers' reports of symptoms in young children receiving chemotherapy. Doctoral dissertation. Oregon Health & Science University, OR, U.S.A. Pillai Riddell, R. R., Stevens, B. J., Cohen, L. L., Flora, D., & Greenberg, S. (2007). Predicting maternal and behavioral measures of infant pain: The relative contribution of maternal factors. *Pain*, 133, 138-149. doi:10.1016/j.pain.2007.03.020.
2. Finley, G. A., Franck, L. S., Grunau, R. E., & Von Baeyer, C. L. (2005). Why children's pain matters. *International Association for the Study of Pain. Pain: Clinical Updates*, 8 (4), 1-6.
3. Von Baeyer, C. L., Marche, T. A., Rocha, E.M., & Salmon, K. (2004). Children's memory for pain: Overview and implications for practice. *Journal of Pain*, 5, 241-249.
4. International Association for the Study of Pain. (2013). IASP pain terminology. IASP Website: Retrieved from: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm#Pain>.
5. Pillai Riddell, R. R., Stevens, B. J., McKeever, P., Gibbins, S., Asztalos, L., Katz, J.,...Din, L. (2009). Chronic pain in hospitalized infants: Health professionals' perspectives. *Journal of Pain*, 10, 1217-1225. doi: 10.1016/j.jpain.2009.04.013.
6. ดารุณี จงอุดมการณ์, นิภา อังศุภากร, พรเทพ แพรชาว และวิไลลักษณ์ กฤษศฤทธิสิน (2448). เมื่อครอบครัวต้องอยู่กับความปวด: ลูกปวดเราก็ดปวด. *Journal of science and technology Mahasarakham University*. 24, 69-79
7. Young, K. D. Pediatric procedural pain. *Annals of Emergency Medicine*, 2005, 45, 160-171.
8. Plaisance, L., & Logan, C. Nursing students' knowledge and attitudes regarding pain. *Pain Management Nursing*, 2006, 7, 167-175.

10. Jacob, E. Pain assessment and management in children. In M. J. Hockenberry (Ed), Wong's Nursing Care of Infants and Children. 2011, (9th ed) (pp.179-226). St. Louis: Mosby.
11. London, M. L., Ladewig, P. W., Davidson, M. C., Ball, J. W., Bindler, R. C., & Cowen, K. J. (2013). Pain assessment and management in children. In M. L. London., P. W. Ladewig, & M. C. Davidson, Maternal & Child Nursing Care (4th ed). (pp.1102-1122). New Jersey: Prentice Hall.
12. Greenberg, R. S., Billett, C., Marianna, Z., & Yaster, M. (1999). Videotape increase Parental knowledge about pediatric pain management. *Pediatric Anesthesia*, 89, 899-903.
13. Kankkunen, P., Vehvilainen-Jelkunen, P., Pietila, A., Korhonen, A., Nyyssonen, S., Lehtikainen, N. (2009). Promoting parents's use of non-pharmacological methods and assessment of children's postoperative pain at home. *International Journal of Caring Sciences*, 2, 11-21.
14. ยุพาภรณ์ ตีรไพวงศ์ และณัฐสุดา เสมอทรัพย์ ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วย เด็กโรคทางตา หูคอจมูก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2556, 29, 96-109.
15. Chambers, C. T., Finley, A. G., McGrath, P. J., & Walsh, T. M. (2003). The parent's postoperative pain measure: replication and extension to 2-6-year-old children. *Pain*, 105, 437-443.
16. สุวรรณีย์ สุเรศธนิวงศ์ การประเมินความ น่าเชื่อถือของเครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดในเด็กไทย วัย 1-5 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
17. Suraseranivongse, S., Santawat, U., Kraiprasit, K., Petcharatana, S., Prakkamodom, 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.
18. Suraseranivongse, S., Kraiprasit, K., & Petcharatana, S. (2002). Postoperative pain assessment in ambulatory pediatric patients by parents. *Journal of Medical Association of Thailand*, 85, S917-922.
19. Chambers, C. T., Reid, G. J., McGrath, P. J., & Finley, A. G. (1996). Development and preliminary validation of a postoperative pain measure for parents. *Pain*, 68, 307-313.
20. ดารุณี จงอุดมการณ์ ปวดในเด็ก: การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2546.
21. Wilson, M. E., & Helgadóttir, H. L. Patterns of pain and analgesic use in 3-7 year old children after tonsillectomy. *Pain Management Nursing*, 7, 2006, 159-166.