บทบาทพยาบาลวิสัญญีต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม
The Role of Anesthetist Nurses on Pain Management in Postoperative Patients Relatingto Cultural Beliefs

จินตนา เด่นสันติกุล พย.ม* **Jintana Densuntikul, M.N S.***

จารวี คณิตาภิลักษณ์ พย.ม* **Jarawee Kanitapiluk, M.N S.***

ทศา ชัยวรรณวรรต พย.ม** **Tasa Chaiwannawat, M.N S.****

Corresponding Authors: Email: jintana-d@hotmail.com

Received: 19 Nov 2019, Revised: 19 Apr 2020, Accepted: 6 Jun 2020

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมเปิด ประชาชนจึงมีเสรีภาพและมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทำให้บรรทัดฐานของความคิด ความเชื่อ และค่านิยม มีอิทธิพลต่อวิธีคิด พฤติกรรม และการตัดสินใจของคนในการกำหนดนิยาม ความหมาย และแบบแผนทางด้านสุขภาพ ทั้งในสภาวะที่ร่างกายปกติและเจ็บป่วย ในสภาวะที่เจ็บป่วยและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความปวดหลังผ่าตัด ความเชื่อทางวัฒนธรรมมีผลต่อบุคคลด้านการรับรู้และการปฏิบัติตัวที่แตกต่างกันออกไป ความหลากหลายทางวัฒนธรรมจึงเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลวิสัญญีในการจัดการความปวดเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยในหลากหลายวัฒนธรรม แนวคิดเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด การจัดการความปวด สมรรถนะพยาบาลวิสัญญีไทยต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม และการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญีเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เนื่องจากความปวดเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่จะต้องได้รับการบำบัดรักษา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน พยาบาลวิสัญญีมีหน้าที่สำคัญในการให้การพยาบาลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงเป็นสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิสัญญีการดูแลในมิติทางกาย จิตใจ จิตวิญาณให้อยู่ในสภาพกลมกลืน สมดุล เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ และพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

คำสำคัญ: ความปวด การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ความเชื่อทางวัฒนธรรม บทบาทวิสัญญีพยาบาล

* *อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี Email: kjarawee29@gmail.com*

* *Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์, อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี Email: kuntidahappy@gmail.com*

** *Assist. Professor, Faculty of Nursing Ratchathani University*

Abstract

Nowadays, Thailand is an open society, allowing Thai people to have freedom and becomes a multicultural society. Behavior and decisions of people result in defining health definitions and conventions in both healthy and sickness. Patients normally experience post-operative pain.Cultural beliefs effect on people in perceiving and behaving differently. Cultural diversity is challenging for anesthetist nurses to manage post-operative pain effectively in the recovery room. Thus, post-operative pain is associated with cultural beliefs.

This article aims to present knowledge about various health belief culture of patients, concepts of post-operative pain management, competencies of Thai anesthesia nurses in post-operative pain management in accordance with cultural beliefs, anesthetic nursing standard practice regarding to post-operative pain management. Since pain is one of the complications of patients after surgery that needs to be treated to keep patients from suffering. Anesthetist nurses play an important role in providing postoperative nursing in the recovery room. Post-operative pain management is, therefore, an essential capability of the anesthetist nurse in maintaining physical, mental, and spiritual balance. Then patients receive effective post-operative pain management and satisfied with the service.

Keywords: Pain, Postoperative pain management, Cultural beliefs, Anesthetized nurse role

บทนำ

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยมีความเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการแพทย์ต้องมีการพัฒนาความรู้ทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา มีการอบรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้นถึงจำนวน 1,066 คน และในการอบรมเฉพาะทางนั้นมีการอบรมสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดหรือพยาบาลวิสัญญีรวมอยู่ด้วย[1] เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอนเพื่อเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วย อีกทั้งยังรวมไปถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดทั้งก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด เนื่องจากบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิสัญญี คือการช่วยเหลือและจัดการอาการปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นรายบุคคล ต้องมีการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม คำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกย่อมมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยในยุคปัจจุบันเป็นเรื่องสำคัญ เพราะวัฒนธรรมเป็นหนทางในการดำเนินชีวิต เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นบรรทัดฐานของความคิด ความเชื่อและค่านิยม ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพล และปลูกฝังต่อวิธีคิดซึ่งมีผลต่อความเชื่อ ส่งผลต่อการกำหนดพฤติกรรม และการตัดสินใจของคน รวมทั้งเป็นตัวกำหนดนิยามความหมายและแบบแผนทางด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Leininger[2] พบว่า วัฒนธรรมมีอิทธิพลอย่างใกล้ชิดต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กันอย่างเป็นพลวัตซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม การให้การพยาบาลจะประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีถ้ามีการวางแผนการดูแล

โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยจะเป็นเครื่องกำหนดให้ผู้ป่วยเลือกที่จะรับการดูแลรักษา การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันจึงต้องเผชิญกับผู้ป่วยที่มีความเชื่อทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันเพิ่มมากขึ้น ความแตกต่างทางวัฒนธรรมจึงเป็นประเด็นหลักที่สำคัญที่ควรคำนึงถึง แล้วนำมาประกอบการวางแผนการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

วัฒนธรรมความเชื่อด้านสุขภาพของผู้รับบริการในหลากหลายวัฒนธรรม

ความเชื่อด้านสุขภาพที่หลากหลายของวัฒนธรรมไทย พบว่า ศาสนาพุทธเป็นศาสนาที่คนไทยส่วนใหญ่เคารพนับถือ และเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตคนไทย มีความสำคัญต่อวัฒนธรรม ความเชื่อ ความหวัง เป็นที่พึ่งทางใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ ภาวะวิกฤติ หรือการเจ็บป่วย[3] การดูแลสุขภาพตามแนวทางของวัฒนธรรมพุทธ เชื่อว่าการดำรงจิตใจให้บริสุทธิ์ช่วยให้ฟื้นหายได้เร็ว ไม่มีข้อห้ามใด ๆ ในการรักษาโรคไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหาร ยา หรือวิธีการรักษาอื่น ๆ เน้นหลักเดินสายกลาง ให้ยาตามความเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ ดังเช่นมีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งนิมนต์พระภิกษุทำสมาธิลดความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วยมะเร็ง ปรากฏว่าได้ผลดีจึงนำไปขยายผลสำหรับคนไข้ที่เจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและโรคอื่น ๆ ปัจจุบันทีมสุขภาพสามารถจัดการทำสมาธิลดความเจ็บปวดที่หอผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ[4] นอกจากนี้ยังมีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาจัดการกับความเจ็บป่วยตามสาเหตุ เชื่อว่าเกิดจากอำนาจตามธรรมชาติ เช่นการปวดเมื่อยอันเกิดจากการประกอบอาชีพ หรือเกิดเหน็บชาจากการไหลเวียนเลือดผิดปกติ ก็จะนำภูมิปัญญาหมอบีบนวดภาคใต้ ที่ช่วยในการรักษาอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ[5]

ความเชื่อด้านสุขภาพของศาสนาคริสต์เป็นความเชื่อของวัฒนธรรมทางตะวันตกที่ถูกเผยแพร่โดยมิชชันนารีผู้เผยแพร่ศาสนา ความเชื่อด้านสุขภาพของคริสต์ศาสนา มีปรากฏในคัมภีร์ศาสนา (The holy bible) ซึ่งถูกตีพิมพ์เผยแพร่และแปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากมายใช้ทั่วโลก[6] คำสอนในคัมภีร์ใช้ในการดูแลจิตวิญญาณของผู้ที่มีความเชื่อ ทำให้บุคคลค้นพบความหมาย และเป้าหมายแท้ของชีวิต ก่อให้เกิดสันติสุขอย่างแท้จริง ซึ่งเรียกว่าเป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งความต้องการทางจิตวิญญาณนั้น ได้แก่ ความต้องการความรักแบบไม่มีเงื่อนไข (Non-conditional love) การให้อภัย (Forgiveness) ต้องการความไว้วางใจ (Trust) ความหวัง (Hope) เข้าใจคุณค่าและความหมายของชีวิต เกิดพลังใจในการต่อสู้สิ่งต่าง ๆ ที่มาคุกคามนั้นได้ด้วยความมั่นคง และมั่นใจต้องการความสมบูรณ์ (Need for perfection) ได้พบกับความหลุดพ้นจากความไม่เที่ยงแท้ของชีวิต มีชีวิตนิรันดร์เข้าสู่ภราดรภาพ[7] การนำหลักคำสอนไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณเป็นเรื่องละเอียดอ่อน และต้องเข้าถึงความเป็นปัจเจกของบุคคลซึ่งจะแตกต่างกันไป ตามแต่สภาวะทางจิตวิญญาณของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งต้องอาศัยการประเมินโดยละเอียดและนำมาสู่การวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง[8]

การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งดูแลจิตวิญญาณตามบริบทสังคมวัฒนธรรมตะวันตก มีจุดเน้นในการประยุกต์ใช้ คือ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยได้ศึกษาคัมภีร์ศาสนา เตรียมคัมภีร์ศาสนาไว้ในที่เข้าถึงได้ง่าย การเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ การดูแลขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ซึ่งการพยาบาลคือศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ (Human caring science) เป้าหมายของการดูแลคือการช่วยเหลือบุคคลให้ค้นพบภาวะดุลยภาพ (Harmony) ของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ[9] ส่งเสริมให้เกิดความผาสุก การขอความร่วมมือและเป็นผู้ประสานกับทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ ร่วมกับบาทหลวง ศิษยาภิบาล พี่เลี้ยงทางจิตวิญญาณ หรือบุคคลที่ใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและจิตวิญญาณของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลโดยให้ความรัก และการดูแลเอาใจ พยาบาลจะต้องเข้าใจ

และแสดงความเคารพต่อภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย จะช่วยทำให้เข้าใจบริบททางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วย และสามารถนำมาประยุกต์ในการดูแลทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ในการวางแผนการดูแล การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมความเป็นองค์รวมอันเป็นหัวใจของงานการพยาบาล[10]

ความเชื่อด้านสุขภาพของชาวมุสลิมศาสนาอิสลาม มีอิทธิพลมากในการดำรงชีวิตของคนมุสลิม มุสลิมถือว่าความเจ็บป่วยเป็นพระเมตตาของพระเจ้า พระองค์ให้มุสลิมทุกคนมีความหวังและไม่ท้อแท้ ความเจ็บป่วยเป็นการทดสอบจากอัลเลาะห์ทั้งในรูปแบบของความสุขสบาย และความทุกข์ยาก ให้ผู้ป่วยอดทนและต่อสู้ การบำบัดรักษาเป็นหน้าที่และสิ่งที่จำเป็นสำหรับมุสลิมที่เจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติตามคำสั่งของพระเจ้าห้ามทำร้ายร่างกายให้รีบบำบัดรักษาด้วยวิธีที่ไม่ขัดกับศาสนา ส่วนการหายของโรคขึ้นอยู่กับพระประสงค์ของอัลเลาะห์เท่านั้น[11]

ผู้ป่วยและผู้ใช้บริการชาวจีนมีความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติซึ่งมีรากฐานมาจากวัฒนธรรมประจำชาติ จนเกิดแนวปฏิบัติตามความเชื่อ[12] ได้แก่ ถ้าร่างกายแข็งแรงไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ ไม่ค่อยสนใจการตรวจคัดกรองเพื่อการป้องกันโรค (Preventive screening) ยังใช้การรักษาดั้งเดิม (Traditional treatments) ด้วยการแพทย์แผนจีน เช่น การฝังเข็ม (Acupuncture) การขูดผิวหนังด้วยวัตถุใด ๆ การใช้สมุนไพรเพื่อการบำบัดโรค สมุนไพรบำบัดโรคมีทั้งผลดีและผลไม่พึงประสงค์คล้ายกับการแพทย์แผนปัจจุบัน สมุนไพรบางชนิดอาจมีปฏิกิริยาต่อยารักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน และบางชนิดก็อาจถูกอาหารบางชนิดรบกวนการออกฤทธิ์ และบางชนิดก็มีอาการข้างเคียง คือกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มความดันเลือด อาจมีอาการปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ใจสั่น ดังนั้น หลักในการดูแลสุขภาพ คือ การรักษาที่เน้นการหาสาเหตุที่แท้จริงของการเจ็บป่วยของอวัยวะ พร้อมกับการรักษาอาการของโรค วิธีทั่วไปที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ การใช้สมุนไพรจีน การฝังเข็ม และการนวดแบบจีน และหลักการป้องกัน ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพกายและจิตที่แข็งแรงสมดุลกัน การสาธารณสุขไทยได้นำการแพทย์แผนจีนมาใช้เพื่อป้องกันโรคส่งเสริมสุขภาพ ใช้การฝังเข็ม อาหารหรือสมุนไพรเพื่อใช้ในการบำบัดโรค ใช้การนวดแบบแผนจีนเพื่อบำบัดอาการปวดและคลายกล้ามเนื้อ หลักการที่สำคัญที่สุดของการแพทย์แผนจีน คือหลักการสร้างสมดุลของพลังต่าง ๆ ในร่างกาย[13]

ชาวพม่าโดยทั่วไปยังคงพึ่งการรักษาแบบพื้นบ้าน โดยแพทย์แผนโบราณอยู่มาก ซึ่งแพทย์แผนโบราณต้องมีองค์ความรู้ 1) พุทธเวช รักษาด้วยแนวคิดศาสนาและวิถีธรรมชาติ เช่น การใช้อาหารบำบัด การหลีกเลี่ยงอาหารแสลง และการป้องกันโรค 2) เภสัชเวช เป็นการรักษาด้วยเภสัชธาตุ ต่าง ๆ ได้แก่ สมุนไพร ยากลางบ้าน แร่ธาตุและซากสัตว์ 3) นักขัตเวช เป็นการตรวจสอบดวงชะตาอันเกี่ยวเนื่องกับวันเกิดและสิ่งแวดล้อม การรักษาด้วยอาหารหรือการสะเดาะเคราะห์ 4) ไสยเวช อาศัยอำนาจเหนือธรรมชาติที่มีอิทธิพลเหนือมนุษย์ อย่างไรก็ตามหากเป็นโรคร้ายหรือโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัด จึงหันไปพึ่งแพทย์สมัยใหม่[14]

กล่าวโดยสรุป ความแตกต่างทางเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต นำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน การดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มคนดังกล่าว ผู้ให้การดูแลจะต้องมีความเข้าใจในความแตกต่างที่สอดคล้องกับบริบทนั้น ๆ ทั้งในด้านกายภาพ และด้านสังคม ดังนั้น ผู้ให้การดูแลจักต้องศึกษาทำความเข้าใจวิถีวัฒนธรรมความเป็นอยู่ เพื่อออกแบบกิจกรรมได้สอดคล้องกับแนวคิดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความปวด

ความปวดเป็นปรากฏการณ์หนึ่งซึ่งเกิดขึ้นกับร่างกาย ที่ทุกคนเคยมีประสบการณ์และ รู้สึกถึงความปวดนั้น และในความปวดของแต่ละคนเป็นความรู้สึกที่แตกต่างกันออกไปหลายรูปแบบ จนยากจะอธิบาย

และให้คำจำกัดความที่ตรงกันได้ อย่างไรก็ตามได้มีนักการวิชาการหลายท่านได้ศึกษาให้ความหมายของความปวด ดังนี้

สมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติเพื่อศึกษาเกี่ยวกับความปวด ให้ความหมายของความเจ็บปวดว่าเป็นประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสและทางอารมณ์ที่สัมพันธ์กับโอกาสหรือการเกิดขึ้นจริง ๆ ของความเสียหายในเนื้อเยื่อ[15] และความปวด หมายถึง การตอบสนองของร่างกายเมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย ได้แก่ การผ่าตัด การบวมจากการอักเสบ การอุดตันของหลอดเลือด การเกร็งของกล้ามเนื้อ ความร้อน ความเย็นกระแสไฟฟ้า สารเคมีทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย[16] นอกจากนี้คำจำกัดความเชิงประสาทวิทยาให้ความหมายว่าความปวดคือสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึก ไม่พึงพอใจจากสาเหตุการกระตุ้นที่ปลายประสาท[17]

กล่าวโดยสรุป ความปวดเป็นการตอบสนองของร่างกายเมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย เช่นการผ่าตัด การบวมจากการอักเสบ ความเจ็บปวดจึงเกิดเป็นประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสและทางอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจจากสาเหตุดังกล่าว

พยาธิสรีรภาพของความปวด

ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) กระแสประสาทรับความเจ็บปวดนำเข้าจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะถูกปรับให้ลดลงในไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความเจ็บปวดในสมอง โดยขนาดของกระแสประสาทขนาดใหญ่ (รับรู้ตำแหน่งส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความสั่นสะเทือน รับสัมผัส อย่างละเอียด) และใยประสาทขนาดเล็ก (รับความเจ็บปวด อุณหภูมิ สัมผัสอย่างหยาบ) เมื่อใยประสาทขนาดใหญ่ (A alpha, A beta) มีผลกระตุ้น T cell และ Substantia gelatinosa (S.G.) cell พร้อมกันซึ่งเป็นการยับยั้งการทำงานของ T cell ทำให้กระแสประสาทขนาดเล็ก (ซึ่งนำความเจ็บปวด) ทำงานไม่ได้จึงปิดประตูขณะเดียวกันหากมีการกระตุ้นกระแสประสาทขนาดเล็กอย่างแรง หรือมีการทำลายกระแสประสาทขนาดใหญ่ เป็นการเปิดประตูทำให้เกิดความเจ็บปวด

ความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดมีทั้งภาวะ Peripheral sensitization และ Central sensitization รวมถึงปัจจัย Humoral ต่าง ๆ ในร่างกาย ความปวดเฉียบพลันมีทั้งความปวดในขณะพักและความปวดขณะเคลื่อนไหว การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดนำไปสู่การกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึก Nociceptor และเกิดภาวะการตอบสนองที่ไวเพิ่มขึ้น Sensitization ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดต่อเนื่องแม้ไม่มีการเคลื่อนไหวก็ตาม การผ่าตัดต่าง ๆ ทำให้มีการบาดเจ็บของอวัยวะ และเนื้อเยื่อทั้งโดยตรงและเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียง ซึ่งทำให้มีการกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึก และตอบสนองไวขึ้น การผ่าตัดต่างกันก็มีภาวะ Nociceptor sensitization แตกต่างกัน ลักษณะตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของความปวดจึงไม่เหมือนกัน สารที่เป็นตัวกลางของความปวดหลายชนิดเป็นตัวกระตุ้น Nociceptor ให้มี Sensitization สารเหล่านี้ถูกปลดปล่อยออกมาทั้งระหว่างและหลังผ่าตัดจากบริเวณใกล้เคียงกับที่บาดเจ็บและจากระบบทั่วร่างกาย

การมีความดันของออกซิเจนต่ำลง เนื้อเยื่อเป็นภาวะกรดและความเข้มข้น Lactate ที่เพิ่มขึ้นและอยู่นานที่บริเวณผ่าตัดหลายวันเป็นปัจจัยสนับสนุนให้มี Peripheral sensitization และทำให้มีพฤติกรรมความปวดที่เกิดขึ้นเอง ซึ่งส่งสัญญาณที่เกิดจากการขาดเลือด และจะถูกนำผ่านด้วย Acid-sensing ion channels กระบวนการ Peripheral sensitization และความปวดหลังผ่าตัดยังเกี่ยวข้องกับ Peripheral neutrophillic granulocytes และการตอบสนองของ Endogenous CD14+monocytes จึงทำให้ช่วงระยะเวลาของความปวดหลังผ่าตัดแตกต่างกันในแต่ละราย การบาดเจ็บของเส้นประสาทระหว่างผ่าตัดทำให้เกิดการเหนี่ยวนำกระแสไฟฟ้าผิดปกติที่เกิดขึ้นเองซึ่งเป็นลักษณะหนึ่งของอาการปวดจาก Neuropathic ที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของหลังผ่าตัดและสามารถนำไปสู่อาการปวด Neuropathic แบบเรื้อรังได้[18]

การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบร้อยละ 38.8 พบภาวะแทรกซ้อน 3 อาการ ดังนี้

1) ความปวดหลังผ่าตัด (ร้อยละ 28.1) คะแนนคะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 6.53, 0.19)

2) อาการหนาวสั่นหลังผ่าตัด (ร้อยละ 9.5)

3) อาการคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 1.2)

การจัดการทางการพยาบาลสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนก่อนย้ายกลับหอ ผู้ป่วยอย่างได้ผล โดยจัดการความปวดให้อยู่ในระดับเล็กน้อย (Mean 3.58, 0.18)[19] การประเมินความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรกที่ฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก พยาบาลวิสัญญีให้การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดยการประเมินระดับความง่วงซึม และการรับรู้ร่วมกับการใช้เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของความปวดแบบง่าย โดยใช้กลุ่มคำอธิบาย (Visual Analog Scale: VAS) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) กล่าวคือถ้าผู้ป่วยบอกคะแนนเท่ากับศูนย์ หมายถึงไม่มีอาการปวดเลย และคะแนนปวดเท่ากับสิบหมายถึงมีระดับคะแนนปวดมากที่สุดเท่าที่จะนึกได้ หรือในบางกรณีผู้ป่วยไม่สามารถบอกตัวเลขได้ให้ใช้การอธิบายความปวดเป็น 5 ระดับ (Verbal graphic rating scale) คือไม่ปวดเลย ปวดน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก หรือปวดมากที่สุด[20] หรือภาพแบบสีหน้าเป็นการบรรยายถึงลักษณะอาการเจ็บปวด ดังนั้นการตัดสินใจหาวิธีการจัดการความเจ็บปวดมี 2 วิธี คือ

1) วิธีการใช้ยา โดยให้ Morphine 1–2 mg ทางหลอดเลือดดำ จากนั้นประเมินความปวดซ้ำทุก 5 นาที ถ้ายังมีคะแนนความปวดมากกว่า 7 คะแนน สามารถให้ Morphine 1–2 mg ทางหลอดเลือดดำซ้ำได้ทั้งหมดไม่เกิน 3 ครั้ง หากได้ยาครบ 3 Dose แล้ว ยังมีคะแนนความปวดมากกว่า 7 คะแนน รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อพิจารณาจัดการกับความปวดต่อไป และบันทึกการพยาบาลในแบบบันทึกทางวิสัญญี

2) วิธีที่ไม่ใช้ยา เป็นวิธีการที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาความปวดด้วยยา โดยการเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด เช่น การนวดคลึง การผ่อนคลายโดยใช้การฝึกการหายใจ การทำสมาธิช่วยให้จิตใจสงบส่งผลทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย การตะแคงตัว เปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นนอนจะช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และการตึงของแผลผ่าตัด[21]

การผ่าตัดแต่ละชนิดก่อให้เกิดความปวดหลังผ่าตัด การระงับปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพต้องได้รับการสนใจดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเริ่มตั้งแต่การประเมินระดับการรู้สึกตัว ระดับความรุนแรงของความปวด การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการจัดการความปวด การเลือกใช้เทคนิคและยาแก้ปวดที่เหมาะสมเพื่อลดความรุนแรง ระยะเวลาของความปวดหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยบางรายที่มารับบริการพยาบาลจะมีความเชื่อทางวัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน บทบาทของพยาบาลวิสัญญีจึงเป็นความท้าทายในการจัดการความปวด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากการใช้ยาระงับปวด ไม่ทุกข์ทรมาน และฟื้นตัวเร็วขึ้นหลังผ่าตัด

ประสบการณ์จากการปฏิบัติงานการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

จากประสบการณ์ปฏิบัติงานของผู้เขียนในหน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส เป็นโรงพยาบาลหนึ่งซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดและระงับความรู้สึกจะมีหลากหลายวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป กลุ่มหลัก ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยชาวไทยมุสลิม รองลงมาชาวไทยพุทธ และผู้รับบริการแรงงานต่างด้าว การพยาบาลผู้หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเป็น

หนึ่งในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิสัญญี อาการหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นที่พบบ่อยมากที่สุด ได้แก่ ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด หากได้รับการบริหารจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพทันที่จะช่วยป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานและความเครียดที่เกิดจากแผลผ่าตัด

สถิติผู้ป่วยไทยมุสลิมที่มารับบริการหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 4,840 ราย ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยไทยมุสลิมที่ รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ตั้งแต่เดือนมีนาคม-เดือนพฤษภาคม 2559 จำนวน 103, 119 และ 120 คน คิดเป็นร้อยละ 94.37, 92.46 และ 93.00 พบว่าหลังการผ่าตัดในระยะแรกผู้ป่วยจะอยู่ในห้องพักฟื้น (Recovery room) และได้รับการประเมินอาการปวดตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดของวิสัญญีทันทีที่รู้สึกตัว โดยประเมินผ่านทางล่ามในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ ระยะต่อมาเมื่อรู้สึกตัวมากขึ้นอาจเปลี่ยนเป็นการประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินอาการปวด ผลการประเมินผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความปวด ≥ 3 จะได้รับการระงับปวดโดยการบริหารยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำได้แก่ ยา Morphine/ Pethedine/ Fentanyl ซึ่งเป็นยากลุ่ม Opioid ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังจากได้รับการบำบัดผู้ป่วยจะมีความรู้สึกคลายความปวด

ผู้ป่วยมุสลิมบางรายที่มีอายุมากกว่า 50 ปี จะมีความอดทนต่อความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ร้องขอยา แม้จะเจ็บปวดก็ตาม โดยเชื่อและศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าทุกอย่างพระผู้เป็นเจ้าเป็นผู้กำหนด พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยการกล่าวนามของพระองค์ตลอดเวลา พร้อมกับคำว่า “มีองจ๊ะ”เพื่อเป็นการรำลึกถึงพระเจ้า และการนำคัมภีร์อัลกุรอานหรือบทสวดให้ญาติที่มาเยี่ยมอ่านขอพรให้ผู้ป่วยได้รับฟังจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบขึ้น ซึ่งพยาบาลวิสัญญีเกรงว่าวิธีการบรรเทาอาการปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากเกินไป จึงได้อธิบายให้เข้าใจว่าการพยายามทนต่อความเจ็บปวดที่มากเกินไปจะทำให้เขาเกิดการสูญเสียสมดุลของระบบพลังงานในร่างกาย แต่การได้รับยาแก้ปวดจะช่วยให้ร่างกายดึงความสมดุลกลับคืนมาได้ พร้อม ๆ กับขอพรและการรำลึกถึงพระเจ้า เป็นการปฏิบัติตามคำสั่งของพระเจ้า ห้ามมิให้ทำร้ายร่างกายและรีบบำบัดรักษาด้วยวิธีที่ไม่ขัดกับศาสนา ส่วนการหายของโรคขึ้นอยู่กับพระประสงค์ของอัลเลาะห์เท่านั้น ดังนั้นแผนการรักษาโดยวิธีการใช้ยาระงับปวดร่วมกับการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ส่งผลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัดและสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัยโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น พบว่าผู้ป่วยไทยมุสลิมบางคนไม่สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ จะใช้ภาษามลายูถิ่นภาคใต้หรือเดิมเรียกว่าภาษายาวีในการสื่อสาร จำเป็นต้องสื่อสารโดยผ่านล่าม ซึ่งการใช้ภาษาผ่านล่ามยังพบอุปสรรคต่อประสิทธิภาพการเข้าถึงการบริหารจัดการความปวดของผู้ป่วย เมื่อมีการแปลความหมายของคำประโยคในภาษานั้นยังไม่ถูกต้อง ปัญหาที่เกิดขึ้นในการแปลคือการมีคำศัพท์สำนวนหรือหลักไวยกรณ์ที่ในอีกภาษาหนึ่งไม่มีประสบการณ์แลแนวคิดที่มีอยู่ในแต่ละวัฒนธรรมในบางครั้งก็ไม่สามารถทำได้โดยการแปลคำต่อคำ เพราะคำที่มีอยู่ในภาษาแต่ละภาษาก็มีโครงสร้างรูปประโยคที่ไม่เหมือนกัน การแปลที่ไม่ถูกหลักไวยกรณ์ก็อาจมำให้เกิดการสับสน อย่างไรก็ตามปัญหาการสื่อสารที่เกิดจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้และการตีความสารที่ได้รับ การขาดประสบการณ์ร่วมกันหรือมีกรอบอ้างอิงที่แตกต่างกันอาจนำไปสู่ความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน มีผลทำให้การซักประวัติและรายละเอียดของปัญหาทำได้ในลักษณะที่กว้าง ๆ ลักษณะทางด้านพฤติกรรมก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งการไม่ใส่ใจที่จะเรียนรู้วัฒนธรรมและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว การยึดติดกับมาตรฐานการปฏิบัติโดยไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ป่วยที่มารับบริการ ทุกอย่างที่กล่าวมาข้างต้น

เป็นปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลให้การเข้าถึงการจัดการความปวดของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลวิสัญญีตามแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความปวดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม

บทบาทพยาบาลวิสัญญีมีความแตกต่างจากบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่ลักษณะงาน ได้แก่การปฏิบัติงานให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้รับบริการ โดยการวินิจฉัยปัญหาของผู้รับบริการ เพื่อเลือกวิธีการและดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้รับบริการในภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและให้การอภิบาลผู้รับบริการภาวะวิกฤตภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ดังนั้นงานของพยาบาลวิสัญญีจึงเป็นทั้งงานการพยาบาล และงานเวชปฏิบัติควบคู่กันไป เพราะการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อทำผ่าตัดนั้นถือเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามพระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การบริการพยาบาลวิสัญญีเป็นบริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญี โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ระยะให้บริการทางวิสัญญี และระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลผ่าตัดและทีมแพทย์ผ่าตัดวิสัญญี พยาบาลนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะ ด้านบริการทางวิสัญญี[22]

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการระงับปวดหลังผ่าตัด มีหน้าที่ในการจัดการทางคลินิก ได้แก่ 1) ให้ความรู้เรื่องการระงับปวดแก่ผู้ป่วยในระหว่างการเยี่ยมก่อนการผ่าตัด ทั้งความรู้ทางด้านวิธีการระงับปวด ผลดีผลเสียของการระงับปวดแต่ละวิธีแก้ไขเจตคติที่ผิด ๆ ต่อการระงับปวด และให้ผู้ป่วยรายงานอาการปวดอย่างถูกต้องแต่เนิ่น ๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจของแพทย์ในการรักษาต่อไป 2) เลือกและประเมินความต้องการการระงับปวดของผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนการผ่าตัด 3) วางแผนการระงับปวดในระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ วิธีระงับปวดมีหลายชนิด เช่น การป้องกันก่อนที่อาการปวดจะเกิดขึ้นซึ่งเรียกว่า Pre–emptive analgesia การใช้ยาระงับปวดชนิดใหม่ ๆ ร่วมกับการใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่ทันสมัยอื่น ๆ การผสมผสานวิธีการระงับปวดต่าง ๆ ร่วมกันซึ่งเรียกว่า Multi-modal pain therapies ทั้งนี้เนื่องจากการระงับอาการปวดให้ได้ประสิทธิภาพดี หรือมีอาการข้างเคียงน้อยจำเป็นต้องใช้การผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน 4) ให้การรักษาความปวดของผู้ป่วยในระหว่างและหลังการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในระยะพักฟื้นซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มฟื้นและจะหมดฤทธิจากยาระงับความรู้สึก ต้องเผชิญกับความปวดเฉียบพลันจากแผลผ่าตัดที่รุนแรง หลังจากสิ้นสุดการผ่าตัดต้องผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินและดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นประมาณ 1-2 ชั่วโมง หรือจนผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยแล้วจึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย ต่อจากนั้นทีมวิสัญญีต้องติดตามเยี่ยมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้บริการทางวิสัญญีและแก้ไขหลังสิ้นสุดห้องพักฟื้นภายใน 12-24 ชั่วโมงแรกหลังออกจากห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเนื่องจากผลของการผ่าตัด ยาระงับความรู้สึก และยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำที่ยังคงอยู่ในร่างกายของผู้ป่วย หรือติดตามเยี่ยมในกรณีที่ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับปวดหลังผ่าตัดโดยการได้ยาหยดต่อเนื่องทางช่องเหนือไขสันหลัง[23]

บทบาทของพยาบาลวิสัญญีในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม นอกเหนือการจัดการทางคลินิกแล้วยังต้องใส่ใจกับมิติอื่น ๆ เช่น มิติทางด้านครอบครัวรวมถึงการประเมินทางด้านวัฒนธรรม ร่วมกับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาลตามมาตรฐานการบริการวิสัญญีเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล[24] เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องของความเชื่อค่านิยมสุขภาพของผู้ป่วย และนำมาวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานวิชาชีพ

จะช่วยตอบสนองความปัญหา ความต้องการและจัดการปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ถึงแม้ว่าหน่วยงานวิสัญญีจะมีแนวทางการปฏิบัติ แนวทางการดูแลเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดแล้วก็ตาม แต่ในความหลากหลายทางความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มารับบริการอาจเป็นปัญหาและอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญอันดับแรกในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพคือพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความรู้ และทัศนคติที่บุคคลใช้ในการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในวัฒนธรรมที่มีความหลากหลาย[25]

ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญีที่หอผู้ป่วย พยาบาลวิสัญญีตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน (Elective case) การตรวจเยี่ยมพยาบาลวิสัญญีจะต้องสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและในการทำงานเพื่อให้การบริการกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม โดยให้ความสำคัญกับสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อผู้ป่วย และให้การพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพล ค้นหาวิธีการที่จะตอบสนอง นอกจากนี้ยังรวมถึงความสามารถหรือวิธีการปฏิบัติที่แสดงออกถึงการให้เกียรติและการยอมรับในความเชื่อลักษณะสัมพันธภาพสัมพันธภาพดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในกับการซักประวัติเบื้องต้นที่เกี่ยวกับอาการปวด และอาการโดยทั่วไป ยาที่ใช้ รับฟังผู้ป่วยด้วยความสนใจทำความเข้าใจในความเป็นบุคคลซึ่งไม่เหมือนกับบุคคลอื่น ไม่ตัดสินผู้ใช้บริการแต่ต้องแสดงออกโดยความเมตตากรุณา อบอุ่นเป็นกันเองและจะพยายามหาข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้องในการแปลความหมายพฤติกรรม หนึ่งในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่สำคัญก่อนเข้ารับบริการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยได้แก่การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยการอธิบายเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวด ปัญหาการประเมินพบว่าภาษาการสื่อสารที่แตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรมทำให้ความเข้าใจมีความผิดพลาด และประเภทของเครื่องมือที่มีความหลากหลายทำให้มีความลำบากในการเลือกใช้ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะใช้ล่ามในการสื่อสาร ต่อจากนั้นตรวจวัดสัญญาณชีพและลงบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มการตรวจเยี่ยมก่อนผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อหรือย้ายมาจากห้องผ่าตัด พยาบาลวิสัญญีจะประเมินระดับความรู้สึกตัวเมื่อแรกรับ ใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดตามมาตรฐานและเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการจัดการความปวดทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาได้อย่างถูกต้องโดยปรับตามระดับความปวดโดยยึดหลักแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดขององค์การอนามัยโลกและมาตรฐานการพยาบาล การประเมินระดับความปวดพบว่าการอธิบายความปวดและการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม เช่น บางกลุ่มมีความเชื่อทางศาสนาว่าความปวดที่เกิดขึ้นเป็นการทดสอบจากพระเจ้าจึงไม่แสดงความปวดให้เห็นชัดเจน บางกลุ่มผู้ป่วยพยายามจะบอกความปวดเป็นคำพูดในขณะที่พยาบาลวิสัญญีและผู้ป่วยพูดภาษาเดียวกันแต่คำจำกัดความที่แตกต่างกันของคำอาจจะซับซ้อนในการสื่อสาร ดังนั้นการใช้ภาษาหลักที่แตกต่างกันหากให้เข้าใจตรงกันเพื่อการประเมิน พยาบาลวิสัญญีควรใช้คำที่สั้น ๆ ธรรมดา ๆ พูดช้า ๆ เพื่อให้ตรงกับความรู้สึกโดยไม่ต้องแปล ซึ่งหากเกินศักยภาพในการสื่อสารจำเป็นต้องผ่านล่าม การนำเครื่องมือเพื่อประเมินระดับความปวดถึงแม้ว่าจะมีความหลากหลายของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแต่เครื่องมือส่วนใหญ่ถูกพัฒนามาจากวัฒนธรรมตะวันตก และได้รับการแปลภาษาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ละวัฒนธรรมที่นำมาใช้ อย่างไรก็ตามการประเมินความปวดของผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการประเมินระดับความรุนแรงร่วมกับการบอกและการแสดงออกทางพฤติกรรม[26] การสรุปสภาพปัญหาสาเหตุจากการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล เพื่อค้นหาว่านอกจากปัญหาความปวดจากพยาธิสภาพของโรคแล้ว ผู้ป่วยมีปัญหาอื่นที่น่าจะมีผลกระทบต่อการควบคุมความปวดที่ต้องการได้รับการแก้ไขอีกหรือไม่[27] โดยเฉพาะ

ความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยอาจเป็นปัญหาและความต้องการที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวด

การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นการสรุปปัญหาและสาเหตุ ได้จากการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลเพื่อค้นหาว่านอกจากปัญหาความปวดจากพยาธิสภาพแล้วผู้ป่วยมีปัญหาอื่น ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้วที่น่าจะมีผลกระทบต่อการเกิดหรือควบคุมความปวดที่ต้องได้รับการแก้ไขอีกหรือไม่ ข้อวินิจฉัยการแก้ปัญหาโดยที่พยาบาลวิสัญญีเองจะต้องมีความตระหนักและมีสติในตนเองอยู่ตลอดเวลาและควรมีความรู้เกี่ยวกับหลักคำสอนของแต่ละศาสนา เพราะไม่ว่าผู้ใช้บริการจะเป็นคนเชื้อชาติใดอยู่ในครอบครัว ลักษณะใด ย่อมมีความเชื่อในคำสอนของศาสนาต่างกัน และลักษณะของความเชื่อนั้นมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับภาษาและการสื่อสารเพราะพยาบาลต้องสามารถพูดได้หลายภาษา สิ่งสำคัญและพยาบาลต้องใช้การสื่อสารที่ตรงกับภาษาของผู้รับบริการที่ใช้ในชีวิตประจำวันจึงจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ กรรณิการ์ เรืองเดช และคณะ[28] ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าภาษาเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพนำไปสู่ความไม่เข้าใจในภาษา รวมทั้งการแปลความที่แตกต่างกันหรือความเข้าใจในความหมายที่แตกต่างกัน ซึ่งก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีและมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจด้านการรักษาร่วมกับผู้ให้บริการ ดังนั้นผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจภาษาที่ผู้รับบริการใช้ หากจำเป็นก็ควรต้องใช้ล่ามในการสื่อสารหรือการปฏิบัติงาน

ส่วนการวางแผนการพยาบาลเป็นการวางแผนกิจกรรมในการแก้ปัญหา โดยเน้นบทบาทอิสระของพยาบาลในการนำความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติโดยคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย และการพยาบาลที่ได้รับต้องครอบคลุมทั้งร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม หลังผ่าตัดการใช้ยาเป็นตัวเลือกอันดับแรกของการรักษาความปวด บางครั้งอาจจะประสบปัญหาการบริหารความปวดโดยใช้ยาเนื่องจากบางวัฒนธรรมศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าและวิถีทางของศาสนาเพราะฉะนั้นการรักษาไม่ใช่อยู่ที่ยาอย่างเดียวแต่เป็นคำสอนเพื่อน้อมนำให้จิตใจของคนๆนั้นกลับมาอยู่ในวิถีทางที่ถูกต้องของศาสนา เมื่อคราวเจ็บป่วยก็ต้องรักษา กระบวนการรักษาก็เป็นเพียงหน้าที่ของมนุษย์ไม่ใช่ปล่อยให้เป็นไปตามยถากรรม[29] การตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์หรือตามแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวด พยาบาลวิสัญญีจะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงความเชื่อโดยผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งยอมรับในวัฒนธรรมที่แตกต่างรวมถึงคำแนะนำการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิต ดังนั้นการบริหารจัดการโดยการนำยาระงับปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดประยุกต์ใช้ร่วมกับวัฒนธรรมความเชื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละในแต่ละรายด้วยความเสมอภาค ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแต่ละรายที่มีวัฒนธรรมความเชื่อที่แตกต่างกันเข้าถึงการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันผู้ป่วยที่มารับบริการหลังผ่าตัดโดยวิธีการระงับความรู้สึกมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม วิสัญญีพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์หนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด บทบาทของพยาบาลวิสัญญีไม่เพียงแต่เป็นการจัดการทางคลินิกเท่านั้นยังต้องใส่ใจกับมิติอื่น ๆ เช่นมิติทางด้านครอบครัวรวมถึงการประเมินทางด้านวัฒนธรรมร่วมกับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาลตามมาตรฐานการบริการวิสัญญีเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องของความเชื่อค่านิยมสุขภาพของผู้ป่วย และนำมาวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานวิชาชีพจะช่วยตอบสนองความปัญหา ความต้องการและ

จัดการปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

สมรรถนะของพยาบาลวิสัญญีไทยต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม[30]

1. สมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการจัดการความปวด

1.1 การประเมินและบันทึกข้อมูลความปวดเบื้องต้น

1.2 อธิบายความยุ่งยากซับซ้อน ความหลากหลายมิติและธรรมชาติของความปวดที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย อธิบายผลกระทบของความปวดที่มีต่อ

1.3 การประเมินและการวัดความปวด เกี่ยวข้องกับการกำหนดการประเมินและการสื่อสารความปวด การใช้เครื่องมือที่น่าเชื่อถือและมีความตรงในการประเมินความปวดและอาการ แสดงให้เห็นถึงการสื่อสารอย่างเอาใจใส่ และเห็นใจขณะประเมินความปวด

1.4 การจัดการความปวด เพื่อการตัดสินใจ การรักษาที่หลากหลาย การให้ความสำคัญกับญาติผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง ความยืดหยุ่นในการดูแล และการบำบัดรักษาความปวดบนพื้นฐานของความเข้าใจในสภาพทางคลินิกอย่างเหมาะสม ติดตามผลของวิธีการจัดการความปวด เพื่อนำมาใช้ปรับแผนการรักษาตามความจำเป็น

1.5 บริบทของการจัดการความปวด อธิบายวิธีการประเมินความปวด และความจำเป็นในการจัดการความปวดอย่างเฉพาะเจาะจงได้กับผู้ป่วยพิเศษกลุ่มต่าง ๆ

1.6 อธิบายประเด็นด้านวัฒนธรรมโดยทำความเข้าใจในขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา ครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย

1.7 สามารถกฎระเบียบที่มีอิทธิพลที่จะส่งผลกระทบต่อการประเมินและการจัดการความปวด

2. สมรรถนะด้านทักษะเชิงพหุวัฒนธรรม

2.1 ควรมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพแสดงออกซึ่งความเข้าใจผู้ใช้บริการ โดยการรับฟังผู้ป่วยด้วยความสนใจ ทำความเข้าใจในความเป็นบุคคลซึ่งไม่เหมือนกับบุคคลอื่น โดยทำความเข้าใจในขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา ครอบครัว และสังคมของผู้ใช้บริการ จะไม่ตัดสินผู้ใช้บริการแต่ต้องแสดงออกโดยความเมตตากรุณา อบอุ่นเป็นกันเองและจะพยายามหาข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้องในการแปลความหมายพฤติกรรม และให้ข้อวินิจฉัยการแก้ปัญหาโดยที่พยาบาลเองจะต้องมีความตระหนักและมีสติในตนเองอยู่ตลอดเวลา

2.2 ควรมีทักษะการมองภาพองค์รวมการพยาบาลผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีความเป็นพหุวัฒนธรรม นอกจากให้การพยาบาลด้านร่างกายและจิตใจแล้วยังต้องให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการเป็นไปในทางเดียวกัน

3. สมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

3.1 ควรมีความรู้เกี่ยวกับหลักคำสอนของแต่ละศาสนา เพราะไม่ว่าผู้ใช้บริการจะเป็นคนเชื้อชาติใดอยู่ในครอบครัว ลักษณะใด ย่อมมีความเชื่อในคำสอนของศาสนาต่างกัน และลักษณะของความเชื่อนั้นมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยและพยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับภาษาและการสื่อสารเพราะพยาบาลต้องสามารถพูดได้หลายภาษา การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพนำไปสู่ความไม่เข้าใจในภาษา การแปลความที่แตกต่างกันหรือความเข้าใจในความหมายที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีและมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจด้านการรักษาร่วมกับผู้ให้บริการ ดังนั้นผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจภาษาที่ผู้รับบริการใช้ หากจำเป็นก็ควรต้องใช้ล่ามในการสื่อสารหรือการปฏิบัติงาน

3.2 ควรมีคุณลักษณะในการเข้าใจข้อแตกต่างทางวัฒนธรรม การที่จะยอมรับผู้ป่วยได้นั้นพยาบาลวิสัญญีต้องเปิดใจและเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วยไม่ด่วนตัดสินใด ๆ ต่อผู้ใช้บริการ การแสดงออกถึงการยอมรับแสดงได้โดยการที่พยาบาลรับฟังผู้ใช้บริการหรือมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้ใช้บริการโดยไม่ตัดสินว่าสิ่งที่ผู้ใช้บริการพูดหรือแสดงออกนั้นดีเลวถูก ผิด

อย่างไร แต่จะเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการได้ให้ข้อมูล เหตุผลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และช่วยให้ผู้ใช้บริการมองเห็นการกระทำของตนเอง จะช่วยให้ผู้ใช้บริการจัดการต่อปัญหาของตนเองได้ พยาบาลวิสัญญีต้องมีการตัดสินใจและความมุมานะอุตสาหะ พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความยากลำบาก ต้องการอิสระในการดำเนินการและควบคุมทุก ๆ อย่างตามภารกิจ อดทน เมตตา กรุณา รับผิดชอบต่อหน้าที่ ซื่อสัตย์ต่อคนไข้ คิดบวก เพื่อเอาชนะความเครียด

3.3 พยาบาลควรมีพฤติกรรมใฝ่เรียนใฝ่รู้ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของตนเองได้ ใช้ความรู้ในการวางแผนการพยาบาลในเชิงวิชาชีพ เพื่อจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม

การให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความไม่เข้าใจกันก่อให้เกิดความคับข้องใจ เกิดความขัดแย้งขณะปฏิบัติการพยาบาลได้ พยาบาลจึงต้องมีคุณลักษณะดังกล่าวข้างต้นเพื่อเปิดใจยอมรับความแตกต่างหลากหลายของผู้ป่วย สามารถควบคุมตนเองไม่ให้เกิดการขัดแย้งหรือคับข้องใจขณะให้บริการ หมั่นศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อพัฒนาตนเองให้มีความ รู้ที่กว้างและหลากหลาย สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

การบริการพยาบาลวิสัญญีเป็นบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญี โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ระยะให้บริการทางวิสัญญี และระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี การจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นหนึ่งในมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี ปัจจุบันผู้ป่วยที่มารับบริการดังกล่าวจะมีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ การพยาบาลไม่เพียงแต่จะเน้นทางด้านร่างกายเท่านั้นแต่ต้องประเมินความต้องการความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นสมรรถนะพยาบาลวิสัญญีในการให้พยาบาลแก่ผู้ป่วยตามความเชื่อทางวัฒนธรรม จำแนกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ ประกอบด้วยด้านความรู้เกี่ยวกับมานุษยวิทยาสุขภาพ หลักคำสอนของแต่ละศาสนา ภาษาและการสื่อสาร 2) ด้านทักษะ ประกอบด้วย ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการมองภาพองค์รวม และ 3) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยการเข้าใจข้อแตกต่างทางวัฒนธรรม การควบคุมตนเอง การคิดบวก และการใฝ่เรียนรู้ ส่งผลให้อาการทุเลาและหายจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากแผลผ่าตัด และพึงพอใจกับคุณภาพในการบำบัดรักษาที่ผสมผสานความเชื่อของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. Leininger, M. Cultural care diversity and universality: Theory of nursing. London: Jones and Bartlett; 2001.
3. สมบูรณ์ เงาส่อง. เยียวยาด้วยแนววิถีพุทธ [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2562/1/29]. เข้าถึงได้จาก www.med. Cmu. ac.th/ hospital/nsurge/2012/2102-11-14-07-44.../16-buddha-html)
4. สุรชัย ปัญญาพฤทธิ์พงศ์. การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจวิถีพุทธ. หมอชาวบ้าน [ออนไลน์]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2562/1/29]. เข้าถึงได้จาก https://www.doctor.or.th/article/detail/11032.

5. เปรมทิพย์ ชลิดาพงษ์. Cultural diversity in pain experience: Thai culture across the country Southern patients with Orofacial Pain. ใน ชัชชัย ปรีชาวัย, อนงค์ ประสาธน์วนกิจ และวงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร (บรรณาธิการ). มิติความหลากหลายทางวัฒนธรรมในการจัดการกับความปวด. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2553.
6. Ward K. Why the Bibleis the world's bestselling book? Hamilton; Miki Garcia; 2003.
7. พัชนี สมกำลัง. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้นำทางการพยาบาล ฟลอเรนซ์ไนติงเกล: การตีความหมายชีวประวัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
8. Maddox, M. Spiritual assessments in primary care. The Nurse Practitioner. 2002; 27(2), 12-3.
9. Watson, J. (2008). Nursing: the philosophy and science of caring. Boulder, Colorado: University Press of Colorado.
10. พัชนี สมกำลัง และเพ็ญศิริ ดำรงภคภากร. การใช้หลักการคัมภีร์ศาสนาเพื่อการดูแลจิตวิญญาณตามบริบทสังคมวัฒนธรรมตะวันตก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2554; 34(4), 93-101.
11. ยูซูฟ นิมะ และสุภัทร ฮาวรรณกิจ (บรรณาธิการ). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
12. อารี ชีวเกษมสุข. การพยาบาลผู้ใช้บริการจีน [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2562/1/29]. เข้าถึงได้จาก http://www.stou.ac.th/tcna/file/6-TCNA%20 pdf.
13. พัชนา (เฮ้งบริบูรณ์พงศ์) ใจดี, กุหลาบ รัตนสัจธรรม และศิริพร จันทร์ฉาย. การแพทย์แผนจีนกับการสาธารณสุขไทย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2551; 8(2); 112-118.
14. พงศกร เบญจขันธ์. การรักษาแผนโบราณของพม่า [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2562/1/18]. เข้าถึงได้จาก https//www.gotoknow.org/post/15561.
15. International Association for the Study of Pain. Gate-control-theory. [Online]. 2016 [reserved 2019/4/1]. Available from: http://www.gotoknow.org/post/15561.
16. Carr, D. B. & Goudas, L. Acute pain. The Lancet; 1999. 2051–2058.
17. Evans, M.L., & Hansen B.D. A clinical guide to pediatric nursing (2nd Eds.). New York: Appleton-Century Crofts; 1985.
18. International Association for the Study of Pain. Gate-control-theory. [Online]. 2016 [reserved 2019/4/1]. Available from: http://www.gotoknow.org/post/15561.
19. ศรัญญา จุฬารี. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560; 35(4): 194-203.
20. ดวงชีวัน ชูฤกษ์. ตำราวิสัญญีพยาบาลพื้นฐาน และแนวทางปฏิบัติ. ใน มานี รักษาเกียรติศักดิ์, จริยา เลิศอรรฆยมณี, เบญจรัตน์ หยกอุบล, อรณี สวัสดิ์-ชูโต และปาริชาติ อภิเดชากุล (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. (พิมพ์ครั้งที่ 2), กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด; 2559.

21. นุสรา ประเสริฐศรี และยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์. การจัดการความปวด: ความหลากหลายวัฒนธรรม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2556; 6(2), 2-10.
22. นิ่มนวล มันตราภรณ์. การพยาบาลขั้นสูง สาขาการให้ยาระงับความรู้สึก : การก้าวสู่ APN ของวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย [ออนไลน์]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2563/5/5]. เข้าถึงได้จากhttp://www.nurseanesth.org/data/original_PeeNimnual%20History Of Nurse Anes.pdf.
23. อรุโณทัย ศิริอัศวกุล. การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. ในอรลักษณ์ รอดอนันต์, วรินี เล็กประเสริฐ และฐิติกัญญา ดวงรัตน์ (บรรณาธิการ). ตำราฟื้นฟูวิสัญญีวิทยา ราชวิทยาลัยแพทย์แห่งประเทศไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2555.
24. อรนันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557; 15(3): 137-143.
25. ปราณีต ส่องวัฒนา. การวิจัยทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: แนวคิดและประเด็นวิจัย. วารสารสภาการพยาบาล. 2557;29(4), 5-21.
26. นุสรา ประเสริฐศรี และยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์. การจัดการความปวด: ความหลากหลายวัฒนธรรม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2556; 6(2), 2-10.
27. กุศลศรี ตอเล็บ. การจัดการความปวด: บทบาทวิสัญญีพยาบาล. จุฬาลงกรณ์เวชวารสาร. 2557; 51(11), 461-469.
28. กรรณิกา (เรืองเดช) ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ และปัจมัย ดำทิพย์. สมรรถนะพยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559; 26(3), 52-65.
29. ยูซูฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: (สวรส)ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
30. ชลลดา ติยะวิสุทธิ์ศรี ภาณุวัฒน์ ภักดีวงศ์ และชมนาด วรรณพรศิร. การพยาบาลพหุวัฒนธรรม: สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลไทยในอนาคต. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559; 10(1), 8-15.