



ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร
หนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง



ปญญาดา มุกตาก้านทอง

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร
หนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง"

ของ ปุณญาดา มุกดาก้านทอง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัศนี วันชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คำบุญ)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา ปากันทะ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ดร.รุ่งนภา ชัยรัตน์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
ผู้วิจัย	ปุกัญญาดา มุกตาก้านทอง
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คำบุญ
กรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา ปากันทะ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	โปรแกรมการจัดการอาการ, อาการท้องอืด, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การผ่าตัดช่องท้อง

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เลือกรandomized control trial แบบเจาะจงและการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประสพการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565-เดือนสิงหาคม 2566 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบประเมินอาการท้องอืดตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์ สถิติทดสอบทีแบบสองกลุ่ม และสถิติแมน-วิทนียู ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้น ควรนำโปรแกรมการจัดการอาการมาใช้เพื่อช่วยบรรเทาอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่
ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง



Title	THE EFFECTS OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM ON ABDOMINAL DISTENTION IN COLORECTAL CANCER PATIENTS AFTER ABDOMINAL SURGERY.
Author	Pulyada Mookdagarthong
Advisor	Assistant Professor Thidarat Khamboon, Ph.D.
Co-Advisor	Assistant Professor Intira Pakanta, Ed.D
Academic Paper	M.N.S. Thesis in Adult and Gerontological Nursing - (Type A2), Naresuan University, 2023
Keywords	Symptom management program, Abdominal distension, Colorectal cancer, Abdominal surgery

ABSTRACT

This study was quasi-experimental research design. The purpose of this research was to investigate the effects of symptom management program on abdominal distention in colorectal cancer patients after abdominal surgery. The participants were patients diagnosed with colorectal cancer and are receiving treatment by abdominal surgery in Uttaradit hospital. There were selected by purposive sampling and separated. 52 participants were divided into an experimental group and a control group, 26 for each group. The experimental group received the symptom management program, adapted from symptom management concept of Dodd et al. (2001) comprised of 3 steps: 1) symptom experience of abdominal distension 2) symptom management strategies for abdominal distension, and 3) symptom outcome of abdominal distension. Control group received routine nursing care. Data were collected between November 2022 and August 2023. The research collection tools were 1) personal information record and 2) abdominal distension form was used to test reliability (Cronbach's alpha coefficient 0.97). Data were analyzed using Descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test, and Mann-Whitney U test.

The results revealed that the patients receiving the symptom management program had a lower mean abdominal distention score than the control group receiving routine nursing care statistical significance ($p < .001$). The results of this study suggest that should apply the symptom management program to help reduce abdominal distention after abdominal surgery.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธิติรัตน์ คำบุญ
ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้อุทิศสละเวลาอันมีค่ามาเป็นทั้งที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พร้อมทั้งให้
คำแนะนำ ให้คำปรึกษา แนะนำทางด้านวิชาการ ตลอดจนชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรค
ข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอขอบพระคุณกรรมการที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อินทิรา ปากันทะที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาอย่างยิ่ง
ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมถึง
ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อนำไปปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้
สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและฝ่ายบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ที่ได้อนุญาตให้
เก็บข้อมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกท่านในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรม
ชาย ที่อำนวยความสะดวกในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือใน
การดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้เป็นกตัญญูแก่แต่ บิดามารดา
ครู อาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวางรากฐานการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุก
ท่านที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัย จนกระทั่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

บุญญาดา มุกตาก้านทอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.....	10
สาเหตุ.....	10
อาการ และอาการแสดง.....	10
การคัดกรอง และการวินิจฉัยโรค.....	11

การรักษา และผลกระทบของการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการผ่าตัด	
ช่องท้อง.....	12
การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการผ่าตัดช่องท้อง.....	12
วิธีการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก.....	12
ผลกระทบของการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการผ่าตัดช่องท้อง	13
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่อง	
ท้อง.....	15
อาการท้องอืด และการจัดการอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดช่องท้อง.....	22
ความหมาย และลักษณะของอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	22
สาเหตุ และปัจจัยส่งเสริมอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	22
การประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	24
การจัดการอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง.....	25
แนวคิดการจัดการอาการ และการนำไปใช้.....	28
เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลวิธีในการจัดการอาการท้องอืด.....	31
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการท้องอืด ตามแนวคิดการจัดการอาการ	
ของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001).....	32
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	42

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย.....	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	52
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	52
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ.....	57
บทที่ 5 บทสรุป.....	59
สรุปผลการวิจัย.....	59
อภิปรายผล.....	60
ข้อเสนอแนะ.....	64
บรรณานุกรม.....	65
ภาคผนวก.....	73
ประวัติผู้วิจัย.....	113

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา ระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	53
ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูล อายุ และระดับโพแทสเซียมในเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง	55
ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อมูลคะแนน ความปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง.....	56
ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย ความรู้สึกอึดแน่นท้อง การเรอ การผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ และ ขนาดเส้นรอบท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	57

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001).....	28
ภาพ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	34
ภาพ 3 ขั้นตอนการวิจัย.....	50



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของโรคมะเร็งทั้งหมดทั่วโลก อุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ 1,900,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อย่างน้อยถึง 900,000 รายต่อปี (World Health Organization (WHO), 2020) ส่วนในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเพศชายเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในเพศหญิงเป็นอันดับที่ 3 รองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563) โดยในปี 2563-2565 สาเหตุการเสียชีวิตด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นคิดเป็นร้อยละ 8.2, 7.7 และ 8.2 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี และเคมีบำบัด ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของมะเร็ง ระยะของโรค รวมถึงสภาพร่างกาย และความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งการผ่าตัดเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่อยู่ในระยะที่ 1, 2 และ 3 โดยการผ่าตัดช่องท้องเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรค ก้อนมะเร็ง และต่อมน้ำเหลืองออก เพื่อเพิ่มโอกาสหายขาดให้มากที่สุด ลดการกลับเป็นซ้ำ และลดการแพร่กระจายไปตำแหน่งอื่นให้น้อยที่สุด (สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2558) การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอวัยวะบางส่วนของร่างกาย แพทย์อาจต้องตัดอวัยวะสำคัญบางส่วนออกไป (นัทธมน วุทธานนท์, 2554) ใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานของร่างกาย และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ความปวด แผลหายล่าช้า แต่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และพบบ่อย คือ อาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยเกิดขึ้นใน 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Cargir, 2018) พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 95.45 ของผู้ป่วย ศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2559) ซึ่งอาการท้องอืดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เกิดภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ (Ufoaroh et al., 2019) ปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น และความวิตกกังวล (จิรนุช สมโชค ไวท์, ศรัญญา จุฬารี, และจันทร์ทิรา เจียรณย์, 2563) ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (Harnsberger, Maykel, & Alavi, 2019)

อาการท้องอืด มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ระบบประสาทถูกยับยั้ง (Inhibitory neural reflexes) จากการตัดผ่านกล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปในช่องท้อง วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก และผลของยาระงับความรู้สึก (Analgesia) ซึ่งยาระงับความรู้สึกแต่ละชนิดจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะอาหาร และลำไส้ การได้รับยาระงับความปวดกลุ่ม narcotic drug เช่น morphine, pethidine ซึ่งมีฤทธิ์ระงับความปวดแล้ว ยังออกฤทธิ์ต่อกลุ่มเซลล์ในผนังทางเดินอาหาร โดยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาท acetylcholine (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556) ทำให้การบีบรัดตัวของลำไส้ลดลง เกิดภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (Sethi, 2018) นอกจากนี้การงดน้ำ และอาหารหลังผ่าตัดที่นานเกิน 48 ชั่วโมง การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง อารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความกลัว และความวิตกกังวล ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์โดยเฉพาะภาวะโพแทสเซียมในกระแสเลือดต่ำ (Hypokalemia) จะพบภาวะลำไส้ไม่ทำงาน การบีบรัดของลำไส้ลดลง (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559) มีการศึกษาพบว่าระยะเวลาการผ่าตัด อายุ และระยะเวลาการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ส่งผลต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลำไส้ใหญ่แบบเปิดช่องท้อง (นภาพร วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, 2562; อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559) โดยการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายที่ล่าช้าภายหลังผ่าตัดเป็นสาเหตุสำคัญของอาการท้องอืด ส่วนปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเกิดจากการไม่ได้รับการกระตุ้นให้ลุกเดินจากเตียง หรือได้รับการกระตุ้นให้ลุกเดินจากเตียงหลังผ่าตัดแต่ไม่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเพียงพอ (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559; สิริอร ข้อยุ่น, วริศรา ภูทวี, และอาภา ศรีสร้อย, 2562) การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง เนื่องจากความปวด โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนนิ่ง ๆ อยู่กับเตียงไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว และขาดการกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ทำให้มีแก๊สคั่งอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559)

ผลกระทบที่เกิดจากอาการท้องอืด ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบายแน่นอึดอัด และปวดท้องจากการสะสมของของเหลว และแก๊สทำให้เพิ่มความดันในช่องท้อง ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ไม่รับประทานอาหาร คลื่นไส้อาเจียน และการทำงานของลำไส้ลดลง ตรวจไม่พบเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (รัชณี เบญจธนัง, พิมพ์จิตร กายจนสินธุ์, ปราณี ทองใส, และสุมินตรา สินธุ์ศิริมานะ, 2558; อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559) หากไม่สามารถจัดการอาการท้องอืดได้ อาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรงตามมา เช่น ภาวะแทรกซ้อนด้านการหายใจ ผู้ป่วยหายใจไม่สะดวก นอนราบไม่ได้ เนื่องจากกระเพาะอาหารขยายปริมาตรไปดันกระบังลม การขยายตัวของทรวงอกไม่เต็มที่ ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนที่ขึ้นลงตามจังหวะการหายใจเข้า และออกตามปกติ ความจุปอดลดลงเกิดภาวะปอดแฟบ และอาจเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักน้ำย่อยเข้าปอด ส่งผลให้

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (Harnsberger, Maykel, & Alavi, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีกลวิธีการจัดการอาการท้องอืดหลังผ่าตัดทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา (อรอนงค์ ทักษสุวรรณ, 2559) การจัดการโดยไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทอิสระและเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลมีหลากหลายวิธีที่ใช้ได้ผลแต่กลวิธีเหล่านั้นมีข้อจำกัดในการใช้ เช่น การเคี้ยวหมากฝรั่ง (Liu, Jiang, Xu, & Jin, 2017) ซึ่งต้องใช้กลวิธีนี้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากอาจเกิดการสำลักได้ การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นวิธีที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย แต่ใช้เวลาค่อนข้างนาน และต้องฝึกทักษะการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าให้ถูกต้อง และชำนาญ (ศศิวิมล เฟ็งแก้ว, 2558) ส่วนกลวิธีที่ใช้ได้ผลเนื่องจากทำได้ง่าย คือ การเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวเป็นลำดับขั้นตอนโดยวิธีต่าง ๆ เช่น การพลิกตะแคงตัวบนเตียง (นุชรี ธรรมพันธ์, 2558) การบริหารหน้าท้องและการหายใจ (พรฤดี นราสงค์, 2563) และการลุกเดินหลังผ่าตัด (สุพัฒตรา ศรีภักดี, 2561) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้อาการเคลื่อนไหว ส่งผลในการลดอาการท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้กระเพาะอาหาร และลำไส้กลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น ส่งเสริมการทำหน้าที่ของปอด โดยกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนควรเป็นลำดับเริ่มจากการพลิกตะแคงตัว บริหาร และออกกำลังกายบนเตียง ลุกนั่งบนเตียง การนั่งข้างเตียง การยืน และการเดินตามลำดับจะช่วยให้ระบบการย่อยอาหารฟื้นตัวเร็วขึ้น (Grass et al., 2018) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นการจัดการที่จัดกระทำขึ้นในช่วงหลังผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยเกิดอาการแล้ว ซึ่งการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อการทำงานของลำไส้ ทำให้เกิดภาวะลำไส้หยุดทำงานชั่วคราว จึงเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด (Harnsberger et al., 2019) ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จึงควรมีการเตรียมประสบการณ์ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดอาการท้องอืด และวิธีในการจัดการกับอาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด

แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการจัดการอาการอย่างแพร่หลาย โดยสามารถนำมาใช้ได้ทั้งในสถานการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นแต่มีความเสี่ยงในการเกิด และสถานการณ์ที่เกิดอาการขึ้นแล้ว (Landers, 2014) ประกอบด้วย 3 โมโนทัศน์หลัก คือ 1) ประสบการณ์มีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) ซึ่งต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะจัดการโดยใคร (Who) ใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (What) จัดการเมื่อใด (When) จัดการที่ไหน (Where) จัดการทำไม (Why) จัดการมากน้อยเพียงใด (How much) จัดการให้ใคร (To Whom) และจัดการอย่างไร (How) และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcomes) จากการศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดนี้เพื่อจัดการอาการท้องอืดในกลุ่มผู้ป่วยนิเวศหลัง

ผ่าตัดช่องท้อง พบว่า สามารถลดอาการท้องอืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วีรียา ศิลา, 2561) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ร่วมกับกลวิธีจัดการอื่น ๆ เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประสบการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีจัดการอาการท้องอืดโดยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด พบว่า อาการท้องอืดหลังการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องของกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในช่วงเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1 (4 ชั่วโมง, 8 ชั่วโมง) และหลังผ่าตัดวันที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (กัญธิดา พันทรังษี, 2565) และการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่ออาการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ผลพบว่า การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (รัชดา อนุวงศ์ศิลปะชัย, 2559)

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือตอนล่างที่รับการรักษาผู้ป่วยทั่วไปรวมทั้งผู้ป่วยมะเร็ง จากข้อมูลพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2562 – 2566 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเข้ารับการรักษา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 280, 264, 250, 217 และ 241 ราย ตามลำดับ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดช่องท้อง จำนวน 144, 136, 145, 135 และ 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.4, 51.5, 58.0, 62.2 และ 62.7 ตามลำดับ (สถิติข้อมูลโรงพยาบาลอุตรดิตถ์, 2566) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก หลังการผ่าตัดช่องท้อง 67 รายในระยะ 6 เดือน พบว่า อัตราการเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดยังพบมากถึงร้อยละ 68.65 (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลอุตรดิตถ์, 2562) อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปอดแฟบ ภาวะปอดอักเสบ ซึ่งยังเป็นปัญหาของหน่วยงานศัลยกรรมที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดจะได้รับการเตรียมผ่าตัดทั่วไป เป็นการประเมินสภาพ การเตรียมร่างกาย และให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลแผล และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความปวด และการได้รับยาระงับความปวดซึ่งส่งผลต่อการทำงานของลำไส้ ทำให้เกิดภาวะท้องอืด การจัดการอาการท้องอืดที่ใช้เป็นการให้ยา เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ และไม่ใช้ยา คือ การกระตุ้นการลุกเร็วหลังผ่าตัด และให้เริ่มจิบน้ำในวันที่ 3 และ 4 หลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวยังพบข้อจำกัดคือ การให้ยาลดอาการท้องอืดต้องมีแผนการรักษาของแพทย์ก่อน ส่วนการกระตุ้นให้ลุกเร็วและเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ยังขาดการเตรียมพร้อมและฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายที่เป็นขั้นตอน

ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด อีกทั้งยังไม่ได้รับการเตรียมประสบการณ์ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยงอาการ ท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การประเมินลักษณะอาการ การตอบสนองต่ออาการ และการใช้ กลวิธีในการจัดการอาการท้องอืดที่เหมาะสม การกระตุ้นให้ใช้กลวิธีที่เพียงพอ จึงทำให้ผู้ป่วยส่วน ใหญ่ไม่กล้าลุกออกจากเตียงหรือลุกออกจากเตียงช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการท้องอืด และ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มาเป็นขั้นตอนในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการที่ครอบคลุม ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดถึงหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประสบการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีในการจัดการอาการท้องอืดโดยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน และ 3) การประเมิน ผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด โดยมีพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่ในการ เตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ป้องกันหรือลดความรุนแรง ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยมีการเตรียมประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ความเสี่ยงของการเกิดอาการท้องอืด และกลวิธีในการจัดการกับอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่ก่อน ผ่าตัดเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของอาการท้องอืด ซึ่งทำให้จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลลดลง ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

คำถามการวิจัย

อาการท้องอืดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับ การผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดวัดหลังการทดลอง (The experimental posttest-only control group design) เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดช่องท้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

โปรแกรมการจัดการอาการ ใช้แนวทางการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยใช้องค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom-outcome)

2. ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการอาการ

ตัวแปรตาม คือ อาการท้องอืด

3. ขอบเขตด้านประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ขณะทำการผ่าตัด ซึ่งรับการรักษาโดยการผ่าตัดหน้าท้องเป็นครั้งแรก และพักรักษาตัวในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เลือกรandomized แบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 52 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) และเกณฑ์การถอนออก ซึ่งต้องมีการรักษาโดยการผ่าตัดหน้าท้องเป็นครั้งแรก และพักรักษาตัวในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรดิตถ์อย่างน้อย 1 วันก่อนการผ่าตัด

ด้านสถานที่ที่ทำการศึกษา

แผนกศัลยกรรม ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ด้านเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 ถึง 31 สิงหาคม

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการจัดการอาการ หมายถึง กระบวนการจัดการอาการท้องอืดแบบไม่ใช้ยา โดยเป็นความร่วมมือของพยาบาลและผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 1) ประสพการณ์อาการท้องอืดในระยะก่อนการผ่าตัด เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับประสพการณ์อาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินลักษณะอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคล ใช้สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) ระยะหลังการผ่าตัด เป็นการประเมินประสพการณ์อาการท้องอืด โดยพยาบาลสอบถามคะแนนอาการท้องอืด และใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกเกี่ยวกับอาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด ระยะก่อนการผ่าตัด เป็นการเตรียมความพร้อมการจัดการอาการท้องอืด โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ (สาธิตและสาธิตย้อนกลับ) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน โดยใช้สื่อ VDO และคู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด หลังผ่าตัดผู้ป่วยใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดโดยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัว การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด พยาบาลช่วยเหลือให้กำลังใจ และให้คำปรึกษา ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด ผู้ป่วยประเมินผลการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด ปัญหา อุปสรรค และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกับพยาบาล

การเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน หมายถึง กิจกรรมการเคลื่อนไหวที่มีลำดับ และขั้นตอนในการปฏิบัติที่ชัดเจน ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว และการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องภายใน 24 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และลุกเร็วหลังผ่าตัดใน 24-48 ชั่วโมง และการลุกเร็วหลังผ่าตัดใน 48-72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด โดยให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในเวลาเช้า-เย็น

การผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง การผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไป เพื่อรักษาตามพยาธิสภาพ และทำการเย็บปิดซ่อมแซม โดยผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยที่แพทย์มีการนัดหมายล่วงหน้าเพื่อเข้ารับการผ่าตัด

อาการท้องอืด หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่รับรู้ถึงความไม่สุขสบายจากการแน่นอึดอัดท้อง จากการที่ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวชั่วคราวหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินอาการท้องอืด (วิริยา ศิลา, 2561) มีการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้สึกอึดแน่นท้อง โดยให้ผู้ป่วยประเมินด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข จาก 0-10 2) การเรอ โดยสอบถามผู้ป่วยตามจำนวนครั้งของการเรอใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) การผายลม โดยสอบถามผู้ป่วยตามจำนวนครั้งของการผายลมใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา 4) การเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ทั้ง 4 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 1 นาที แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยเป็นจำนวนครั้งต่อนาที

และ 5) ขนาดเส้นรอบท้อง โดยให้ผู้ป่วยนอนราบหนุนหมอน โดยใช้สายวัดรอบท้องผ่านระดับสะดือ ภายหลังให้ผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่แล้วกลั้นไว้ เปรียบเทียบกับเส้นรอบท้องตามปกติของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย และ ผลการตรวจชิ้นเนื้อยืนยันเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้อง พักรักษาตัวหลังผ่าตัดในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

การพยาบาลปกติ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้รับจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ประกอบด้วยกิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การประเมินสภาพก่อนผ่าตัด การซักประวัติ การเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว การแพ้ยา การงดน้ำและอาหาร การทำความสะอาดบริเวณที่ต้องลงมีดผ่าตัด และการเตรียมลำไส้ สำหรับการพยาบาลหลังการผ่าตัดประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การประเมินแผลผ่าตัด การดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา การดูแลสายระบายสิ่งตกค้างในกระเพาะอาหารผ่านทางจมูก สายระบายเลือดในช่องท้อง สายสวนปัสสาวะ ดูแลให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว และลุกเดินหลังผ่าตัด การประเมินความปวดและการจัดการกับความปวด โดยพยาบาลวิสัญญี การให้ยาบรรเทาอาการท้องอืดได้แก่ Air-X และ Metoclopramide ตามแผนการรักษาของแพทย์

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

- 1.1 สาเหตุ
- 1.2 อาการ และอาการแสดง
- 1.3 การคัดกรอง และการวินิจฉัยโรค

2. การรักษา ผลกระทบ และการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง

- 2.1 การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการผ่าตัดช่องท้อง
- 2.2 ผลกระทบของการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการผ่าตัดช่องท้อง
- 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ช่องท้อง

3. อาการท้องอืด และการจัดการอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดช่องท้อง

- 3.1 ความหมาย และลักษณะของอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง
- 3.2 สาเหตุ และปัจจัยส่งเสริมอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง
- 3.3 การประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง
- 3.4 การจัดการอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง

4. แนวคิดการจัดการอาการ และการนำไปใช้

5. เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer) เกิดขึ้นโดยเซลล์มีการเปลี่ยนแปลงจากเยื่อบุลำไส้ปกติเป็นเยื่อที่มีการแบ่งตัวมากกว่าปกติ (Hyperproliferative epithelium) จากนั้นมีการขยายขนาดขึ้นเป็นติ่งเนื้อ (Adenomatous polyp, Early adenoma) และต่อมาติ่งเนื้อโตขึ้น (Late adenoma) และเริ่มมีเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นบนติ่งเนื้อ (Dysplasia and carcinoma) ส่วนที่เป็นมะเร็งแบ่งตัวเร็ว และปกคลุมติ่งเนื้อทั้งหมดจนขยายขนาดขึ้นเป็นก้อนมะเร็งในที่สุด (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, พิเศษ พิเศษพงษา, ทยา กิติยากร, และองอาจ ไพรสมทรางกูร, 2558)

สาเหตุ

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งในคนส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และการดำรงชีวิตสามารถแบ่งสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งออกเป็น 2 สภาวะ คือ

1. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่กระทบต่อมนุษย์ทั้งทางกายภาพ สารเคมี และชีวภาพ เช่น แสงเอกซเรย์ รังสีอัลตราไวโอเล็ต สารกัมมันตรังสี สารเคมี ซึ่งอยู่ในเครื่องอุปโภคบริโภค วัฒนธรรมการกินของคนแต่ละภูมิภาค การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เนื้อแดง อาหารปิ้งย่างรมควัน อาหารที่มีสารก่อมะเร็ง การรับประทานผัก ผลไม้ น้อย รวมถึงการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ (ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์, 2557)

2. สาเหตุจากความผิดปกติภายในของร่างกายที่มีความผิดปกติของยีน (Gene) ในเซลล์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเองหรือเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และความผิดปกติของยีนนั้นอาจทำให้มีการตอบสนองต่อสารก่อมะเร็ง และกลายพันธ์เป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด (ธนศ พงศ์ธีรรัตน์, 2562)

อาการ และอาการแสดง

ผู้ที่เป็นโรคนี้นักไม่มีอาการแสดงให้เห็นในระยะแรก จนกว่าตัวเนื้องอกจะมีขนาดค่อนข้างใหญ่จึงจะมีอาการแสดง อาการที่พบได้บ่อยได้แก่ (จุฬาพร ประสงค์สิต, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, และยุวรัตน์ ม่วงเงิน, 2562)

1. อาการอ่อนล้า น้ำหนักลด ซีด กล้ามเนื้อลีบ เป็นกลุ่มอาการของภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) มีสาเหตุจากก้อนมะเร็งเจริญเติบโต และมีเมตาบอลิซึมสูง การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งจะกระตุ้นการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันร่างกายให้หลั่งสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ (mediator inflammation) เข้าไปรบกวนเมตาบอลิซึมของร่างกาย สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้นอาจตรวจพบว่า มีอาการซีด ซึ่งเกิดจากการเสียเลือดโดยที่ไม่มีเลือดออกในอุจจาระให้เห็นได้ด้วยตาเปล่า อาจคล้ายกับก้อนที่บริเวณท้องน้อยด้านขวา

2. อาการปวดท้อง ท้องอืดแน่น ถ่ายอุจจาระลำเล็กลง สาเหตุเกิดจากเซลล์มะเร็งที่งอกขยายทำให้ลำไส้ใหญ่อุดตันบางส่วน (Partial large bowel obstruction) ลักษณะการปวดขึ้นอยู่กับขนาดของก้อน และตำแหน่งที่พบ

3. อาการถ่ายลำบาก ถ่ายไม่ออก ถ่ายไม่สุด ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ มีมูกเลือดปน ปวดเบ่ง ปวดบริเวณทวารหนัก มีสาเหตุจากการอุดตันของก้อนมะเร็ง บริเวณที่เกิดได้บ่อยคือมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนของลำไส้ตรง และทวารหนัก

4. อาการท้องอืดบวม แน่นท้องมากขึ้น ไม่ถ่าย ไม่ผายลม สาเหตุเกิดจากก้อนมะเร็งอก ขยายจนปิดกั้นทางเดินของลำไส้ใหญ่ทั้งหมด (Complete large bowel obstruction) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดลำไส้เปิดออกทางหน้าท้องแบบชั่วคราวก่อน (Loop colostomy) เพื่อลดแรงดันที่ผนังลำไส้ใหญ่

5. อาการกดเจ็บทั่วท้อง หน้าท้องเกร็ง หนาวสั่น มีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ซีพจรเบาเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที WBC สูงกว่าปกติ เป็นกลุ่มอาการที่แพทย์ส่วนใหญ่วินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องสาเหตุเกิดจากลำไส้แตกทะลุ ลำไส้เกิดการขาดเลือด และลำไส้เน่าตาย

การคัดกรอง และการวินิจฉัยโรค

การตรวจคัดกรองมีความสำคัญ ถ้าสามารถส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และตรวจพบติ่งเนื้อออกได้ ตั้งแต่ไม่มีอาการ แพทย์จะสามารถตัดติ่งเนื้อออกผ่านทางกล้องโดยไม่ต้องทำการผ่าตัด วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีหลายวิธีด้วยกัน ดังนี้ (Gail & Marlene, 2018)

1. การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal occult blood testing) เนื่องจากเส้นเลือดบนผิวของมะเร็ง และ polyps ฉีกขาดง่ายทำให้มีเลือดออกมา เมื่อตรวจแล้วพบว่ามีเลือดออกจำเป็นต้องไปส่องกล้องตรวจลำไส้เพื่อหาความผิดปกติต่อ ควรตรวจทุก 1 ปี

2. การส่องกล้องมีทั้งการส่อง Sigmoidoscopy คือส่องดูแค่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ทุก 5 ปี และ Colonoscopy ส่องดูลำไส้ใหญ่ทั้งหมด ทุก 10 ปี

3. การสวน Barium enema โดยการสวนสารทึบรังสีเข้าไปในลำไส้ใหญ่ แล้ว x-ray ดูลำไส้ใหญ่ทุก 5 ปี

4. การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Biopsy) อาจตัดชิ้นเนื้อขณะส่องกล้อง หรือตรวจหลังจากทราบผลเอกซเรย์ จากการสวน Barium enema

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเลือดเพื่อหาระดับของ Carcinoembryonic antigen (CEA) โดยค่าที่สูง บอถึงการเกิดขึ้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (กิตติพิชญ์ ทิพากรวิศิษฐ์, 2566)

6. การตรวจช่องท้องด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เพื่อประเมินระยะของโรค และเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมต่อไป (วรุตม์ ไส้สิริวัฒน์, 2560)

การแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Staging of colorectal cancer)

การแบ่งระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นตัวกำหนดว่าผู้ป่วยควรรักษาอย่างไร และมีประโยชน์ในการบอกการพยากรณ์โรค (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และคณะ, 2558) ระยะของมะเร็งลำไส้ใหญ่แบ่งตามระบบของ TNM classification ดังนี้

ขนาดของก้อน (Primary tumor) (T)

Tx ไม่สามารถประเมินก้อนได้

T0 ไม่มีหลักฐานของก้อน

Tis มะเร็งระยะต้น ๆ ที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ

T1,2,3,4 ขนาดต่าง ๆ ก้อนของก้อนจากเล็กไปใหญ่

ต่อมน้ำเหลือง (Regional lymph nodes) (N)

Nx ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้

N0 ไม่พบมะเร็งในต่อมน้ำเหลือง

N1,2,3 มะเร็งเข้าไปในต่อมน้ำเหลือง (จำนวนต่อม และตำแหน่งต่อมที่แพร่ไป)

การแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น (Distant metastasis) (M)

Mx ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายได้

M0 ไม่พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

M1 แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

การรักษา และผลกระทบของการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการผ่าตัดช่องท้อง

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการผ่าตัดช่องท้อง

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักใช้การผ่าตัดเป็นหลัก ก่อนผ่าตัดต้องเตรียมลำไส้ให้สะอาดปราศจากอุจจาระ และเชื้อแบคทีเรีย การผ่าตัดมุ่งที่จะตัดลำไส้ส่วนที่มีมะเร็ง และต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียงออกไปพร้อมกันทั้งหมด (ทวิสิน ต้นประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2550) โดยการผ่าตัดช่องท้อง ผ่านทางผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ กระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ ถุงน้ำดี และอวัยวะในอุ้งเชิงกราน เพื่อการตรวจวินิจฉัย รักษาโดยการตัด ต่อ หรือซ่อมแซมอวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้องแล้วทำการเย็บปิด (นภาพร วงศ์วิวัฒนกุล, 2562)

วิธีการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชนิดของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนเนื้องอก ดังนี้ (Edge, & Compton, 2010)

1. การผ่าตัดลำไส้ด้านขวาออก (Right hemicolectomy) เนื่องจากอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (Caecum) ส่วนขึ้น (Ascending colon)
2. การผ่าตัดลำไส้ส่วนขวางออก (Transverse colectomy) เนื่องจากอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง Transverse colon
3. การผ่าตัดลำไส้ด้านซ้ายออก (Left hemicolectomy) เนื่องจากอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนลง (Descending colon) และส่วนคด (Sigmoid colon)
4. การผ่าตัด low anterior resection เนื่องจากอยู่ในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ส่วนลำไส้ตรง (Rectum) ถ้าอยู่ประมาณ 1/3 ของลำไส้ตรง สามารถตัดเนื้องอกออกได้

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดช่องท้อง ผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะที่มีอยู่ในเยื่อช่องท้อง และบริเวณลำไส้ จุดมุ่งหมายหลักเพื่อเอาอวัยวะส่วนที่เป็นรอยโรค พร้อมต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียงออก จากนั้นทำการต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันใหม่ ถ้าไม่สามารถต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันได้ จะเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้อง เพื่อขับถ่ายอุจจาระเป็นการชั่วคราวหรือแบบถาวร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วย และก่อนมะเร็งมีการลุกลามไปมากน้อยแค่ไหน การเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้องเป็นการเปลี่ยนทิศทางของทางเดินอาหารที่ถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย การเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องนี้เรียกว่า ทวารเทียม (Colostomy)

ผลกระทบของการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการผ่าตัดช่องท้อง

การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ถือว่าเป็นภาวะบาดเจ็บหรืออันตรายอย่างหนึ่งของร่างกายที่ผู้ป่วยจะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อชีวิต และส่งผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานของร่างกาย และจิตใจอยู่เสมอทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัดความกลัว และความวิตกกังวล มีผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความไม่รู้ ทำให้เกิดจากความไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัด เช่น กลัวการผ่าตัด กลัวหลับไม่สนิทขณะผ่าตัด ความกลัวตาย กลัวการดมยาสลบ กลัวว่าเมื่อได้ยาสลบแล้วจะไม่ฟื้น โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ อาชีพ และประสบการณ์ผ่าตัด (สายทอง ชัยวงศ์, กล้าเผชิญ โชคบำรุง, และศรีนรัตน์ จันทพิมพ์, 2563) ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่มีเหตุการณ์มากระตุ้น ส่งผลให้กระบวนการคิด และการรับรู้ของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะประเมินว่าเป็นภาวะวิกฤติในชีวิต และเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (วรางคณา พุทธิรักษ์, 2564)

ระยะหลังผ่าตัด

การผ่าตัดช่องท้องส่งผลกระทบต่อลำไส้ ในระยะหลังผ่าตัดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการท้องอืด และอื่น ๆ ดังนี้

1. อาการท้องอืด เป็นอาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด ผลจากการผ่าตัดและได้รับยา าระงับความรู้สึก ทำให้กลไกการเคลื่อนไหวของลำไส้ถูกรบกวน โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ตัดผ่านเยื่อช่องท้อง และจัดการกับลำไส้ เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอาการท้องอืดโดยทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic distension) ถูกกระตุ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแน่นอืดท้องหายใจไม่สะดวก เนื่องจากภาวะอาหารขยายปริมาตรตันกระบังลมไว้ ความจุปอดลดลง นอนราบไม่ได้ ซึ่งโดยปกติอาการดังกล่าวจะหายไปหลังผ่าตัดทางช่องท้องประมาณ 3-5 วัน (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2559) โดยอายุ วิธีการให้ยา าระงับความรู้สึก และระยะ เวลาการผ่าตัด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัว ด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556) การไม่ได้ลุกเดินหรือลุกนั่งหลังผ่าตัด มีผลทำให้ภาวะอาหาร และลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอืดแน่นท้อง (จิรนุช สมโชคไวท์, ศรีัญญา จุฬาริ, และจันทร์ทิรา เจียรณัย, 2563)

2. ระบบทางเดินหายใจ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ร้อยละ 17-88 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (ฐิตาภา อิศรไกรศีล, 2565) โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบ เช่น ปอดขยายตัวได้น้อยลง (Decreased lung expansion) เกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และปอดอักเสบ (Pneumonia) การผ่าตัดช่องท้องส่วนบน ทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อบริเวณช่องท้อง และการทำงานของกระบังลมที่ผิดปกติ ส่งผลรบกวนต่อรูปแบบการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนของร่างกาย และจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของปอดภายหลังการผ่าตัดได้ (โจธิกา เบ็ญญา, ชนิตา ไวยสุตรา, เบญจพร มั่นอยู่, และอมรรวรรณ กวีภัทรนนท์, 2560)

3. ความปวด โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง ตำแหน่งของความปวดที่ตรงกลางหน้าท้อง ลักษณะของความปวดเป็นแบบปวดจี๊ด และสิ่งที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นคือ การขยับตัว (จุฑารัตน์ สว่างชัย, และศรีสุดา งามขำ, 2560) ทำให้ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหว และไม่มีการลุกเดินจากเตียง ทำให้เกิดอาการท้องอืดมากขึ้น (Trang, Thosingha, & Chanruangvanich, 2017)

4. การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยโดยผู้ป่วยมักมีอาการไข้หลังผ่าตัด 3-4 วัน ปวด บวม แดงบริเวณแผลผ่าตัด โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด ได้แก่ โรคเบาหวาน ซึ่งมีอัตราการเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานร้อยละ 15 และมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 เมื่อระยะเวลาผ่าตัดเพิ่มขึ้นทุก 1 ชั่วโมง หรือได้รับเม็ดยาแก้ปวดมากกว่า 2 ลูกขณะผ่าตัด ดังนั้น The American Diabetes Association จึงแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้น้อยกว่า 200 mg/dl ในระหว่างการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

(โจธิกา เบ็ญชา และคณะ, 2560) และภาวะทุพโภชนาการส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้บาดเจ็บแผลหายช้า และเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (ชนุตพร รัตนมงคล, ศิริอร สินธ, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และเชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์, 2559) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดการท้องอืด ระบบทางเดินหายใจเกิดภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ ความปวด และการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็จะมากขึ้นไปด้วย

อาการท้องอืดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา ได้แก่ ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ความปวดเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น งานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาอาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดช่องท้อง

สำหรับการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัดมีจุดประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดรวมทั้งการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดได้ และสามารถลดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และยังคงครอบคลุมถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับภาวะอารมณ์หรือปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล เกี่ยวกับผลการรักษา เป็นต้น กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดประกอบด้วย

1. การเตรียมด้านจิตใจก่อนการผ่าตัด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก มักเป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดย่อมมีทั้งความกลัว ความวิตกกังวลต่อการสูญเสียอวัยวะ การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ การแยกจากครอบครัว อาจเกิดความท้อแท้ หหมดกำลังใจที่จะต่อสู้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวหลาย ๆ ด้าน จึงควรเตรียมผู้ป่วย ดังนี้ (Meera, 2022)

- ศึกษาพื้นฐานอารมณ์ จิตใจ ภาวะสังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างละเอียด และมีความไวต่อปฏิกริยาการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และจิตใจที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เพื่อเป็นการประเมินความต้องการ และเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

- ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือ เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะรับการรักษา

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัย การตรวจพิเศษต่าง ๆ การรักษาพยาบาล การจัดการความปวด การฝึกการหายใจโดยใช้กลัมนื้อกระบังลม และการดูแลบาดแผล เพื่อลดความวิตกกังวล และความกลัว

2. การเตรียมด้านร่างกาย

2.1 การเตรียมด้านร่างกายทั่วไป

การเตรียมพร้อมทางด้านร่างกาย (Physical preparation) การเตรียมทางด้านร่างกายเป็นสิ่งสำคัญเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับความพร้อมสำหรับการได้รับยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัดเพื่อป้องกันปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัดพยาบาลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยให้มีความพร้อมด้านร่างกายเพื่อเข้ารับการผ่าตัด ดังนี้ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2559)

1) อาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ที่เพียงพอก่อนการผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นของผู้ป่วยเพื่อให้ร่างกายมีความพร้อมก่อนการผ่าตัด การให้อาหารทางปากเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้หรือได้รับอาหารทางปากไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายก็จำเป็นต้องให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (Parenteral nutrition) หรืออาหารเหลวชนิดพิเศษที่มีคุณค่าสูงทางการแพทย์ ควรดูแลผู้ป่วยให้รับประทานอาหารที่มีคุณภาพประโยชน์ครบถ้วน และได้น้ำเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย

2) การพักผ่อน และออกกำลังกาย ถ้าผู้ป่วยนอนไม่หลับอาจแจ้งให้แพทย์ทราบพิจารณาให้ยานอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ถ้าผู้ป่วยแข็งแรงดีกระตุ้นให้ออกกำลังกาย เช่น เดิน การออกกำลังกายแขน และขาเบา ๆ เป็นต้น

3) การขับถ่าย ผู้ป่วยบางรายมีการขับถ่ายอุจจาระผิดปกติ เช่น เป็นมูกเลือด มีภาวะอุจจาระดำเนื่องจากมีเลือดปน (Melena) ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ ต้องสังเกต และบันทึกโดยละเอียด

4) สานิต และอธิบายเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตนในระยะก่อน และหลังผ่าตัด ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถฝึกปฏิบัติได้ดังนี้

- การพลิกตะแคงตัวบนเตียง หลังรับกลับจากห้องผ่าตัด และไม่มีข้อห้ามใด ๆ ที่เป็นอันตราย พยาบาลช่วยพลิกตัวเปลี่ยนท่านอนจากนอนหงายเป็นนอนตะแคงซ้ายหรือขวาทุก 2 ชั่วโมง จนผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้ภายหลังผ่าตัด เพื่อลดอาการท้องอืด และปวดเมื่อยภายหลังผ่าตัด

- การลุกนั่งบนเตียงหรือลุกจากเตียงภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 18-24 ชั่วโมง พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยนั่งโดยไขหัวเตียงสูงประมาณ 30 องศา และยกขาขึ้นเล็กน้อย ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั้นจนแน่ใจว่าไม่มีอาการวิงเวียน หน้ามืด จังหวะหัวเตียงสูงถึง 45 องศา หลังจากนั้น พยาบาลช่วยประคองศีรษะผู้ป่วยขึ้นจากที่นอน จนกระทั่งสามารถนั่งได้ การฝึกนั่งทำวันละ 3-4 ครั้ง แต่ครั้งให้นั่งนานเท่าที่ผู้ป่วยทำได้ พยาบาลจะต้องทำเป็นขั้นตอน เช่น นั่งบนเตียง นั่งข้างเตียง เดินรอบเตียงระยะสั้น ๆ โดยมีพยาบาลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

- การยืน และการเดิน ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง พยาบาลส่งเสริมให้มีการยืน และการเดิน โดยเริ่มจากให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาริมเตียง พยาบาลประคองให้ยืนข้างเตียงสักครู่

แล้วเดิน 2-3 ก้าว ถ้าผู้ป่วยเหนื่อยหรือมีความปวด ให้นั่งพักที่เก้าอี้ริมเตียงได้ก่อนเดินกลับเตียง การฝึกยืน และเดินอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งนานตามความสามารถของผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเองอย่างปลอดภัย

- การหายใจ และไออย่างมีประสิทธิภาพ (Deep breathing exercise and effective cough) ภายหลังการผ่าตัดดมยาสลบ และการงดน้ำงดอาหาร จะทำให้เสมหะแห้ง และเหนียว ประกอบกับภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงการหายใจเข้าลึก ๆ เพราะกลัวเจ็บแผล ทำให้เกิดการคั่งค้างของเสมหะ ดังนั้นการหายใจลึก ๆ จะช่วยทำให้หลอดลมเล็กขยายตัว และการไออย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยระบายเสมหะ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของทางเดินหายใจได้

2.2 การเตรียมร่างกายเฉพาะที่

การเตรียมร่างกายเฉพาะที่ เพื่อให้มีความพร้อมร่างกายก่อนผ่าตัดประกอบด้วย การเตรียมผิวหนัง การงดน้ำและอาหาร การเตรียมลำไส้ การให้ยาปฏิชีวนะ การประเมินและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการก่อนผ่าตัดมีรายละเอียด ดังนี้ (วิศิษฎ์ จันทรคุณภาส, และสิทธิชา สิริอารีย์, 2560)

1) การเตรียมผิวหนังบริเวณที่ผ่าตัด เพื่อลดจำนวนแบคทีเรียที่อาศัยอยู่บนผิวหนัง โดยทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นสะอาด การเตรียมบริเวณผิวหนังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จะมีการทาบริเวณผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น Povidone-iodine, Chlorhexidine gluconate เป็นต้น ไม่ควรกำจัดขนออกยกเว้นมีข้อบ่งชี้ โดยใช้ปัตตาเลี่ยนหรือ Hair clipper แต่ไม่ควรใช้วิธีโกน เนื่องจากอาจทำให้บาดเจ็บผิวหนังได้ ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด (Surgical site infection) ได้

2) การงดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการงดน้ำ และอาหารก่อนการผ่าตัดล่วงหน้าแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงความสำคัญ และช่วงเวลาการงดน้ำ และอาหาร การให้ข้อมูลควรให้ทั้งทีมวิสัญญี ทีมศัลยแพทย์ และพยาบาล ตรวจสอบระยะเวลาการงดน้ำ และอาหารก่อนผ่าตัด ว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแนวทางอย่างเหมาะสมหรือไม่ หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางการงดน้ำ และอาหารก่อนการผ่าตัด ให้เปรียบเทียบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ได้รับจากการตัดสินใจดำเนินการผ่าตัด โดยพิจารณาจากชนิด ปริมาณของน้ำ และอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ดังนี้ (สุวิมล ค่างวิวัฒน์ และคณะ, 2564)

- อาหารเหลวใส ได้แก่ น้ำเปล่า น้ำหวาน น้ำผลไม้ แนะนำให้ดื่มของเหลวใสได้ถึง 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัดหรือหัตถการที่ต้องการการระงับความรู้สึก

- อาหารมีเนื้อ เช่น ขนมปัง ข้าวต้มหรือโจ๊ก แนะนำให้รับประทานได้ถึง 6 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัดหรือหัตถการที่ต้องการการระงับความรู้สึก

- อาหารมือนัก เช่น เนื้อวัว เนื้อหมู รวมถึงการรับประทานอาหารในปริมาณมาก แนะนำให้รับประทานได้ถึง 8 ชั่วโมง ก่อนการผ่าตัดหรือหัตถการที่ต้องการยาระงับความรู้สึก

3) การเตรียมลำไส้ และการสวนอุจจาระ ทำให้ลดปริมาณอุจจาระในลำไส้ และ ปริมาณแบคทีเรียในทางเดินอาหารได้ รวมถึงลดการเกิดลำไส้ก่อภาวะระหว่างผ่าตัดได้ แนะนำให้ รับประทานยาปฏิชีวนะร่วมกับการเตรียมลำไส้ ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผล ผ่าตัด (Surgical site infection) ได้ สำหรับการเลือกชนิดยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน ควรดูซึม ผ่านทางเดินอาหารน้อย ทำให้ความเข้มข้นของยาสูงในลำไส้ เพื่อต่อต้านเชื้อที่อยู่ในทางเดินอาหาร ได้แก่ Erythromycin, Metronidazole และ Aminoglycoside ร่วมกับยาฆ่าเชื้อทางเส้นเลือดดำ เช่น cefotaxime เป็นต้น (วิศิษฐ์ จันทร์คุณภาส, และสิทธิชา สิริอารีย์, 2560)

4) การให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ แนะนำให้ก่อนผ่าตัดเมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยให้ก่อนลงมีด 120 นาที โดยพิจารณาจากค่าครึ่งชีวิต และเภสัชจลนศาสตร์ เพื่อให้ยา มีความเข้มข้นในเลือด และในเนื้อเยื่อได้ระดับในเวลาที่ลงมีดหรือก่อนที่จะมีการปนเปื้อนเกิดขึ้น เช่น Cefazolin Cefoxitin และ Penicillin ซึ่งมีค่าครึ่งชีวิตสั้น จะพิจารณาให้ก่อนลงมีด 60 นาที นอกจากนี้ควรพิจารณาจากโรคประจำตัว อายุ การทำงานของไต และระดับโปรตีนในกระแสเลือด เป็นต้น สำหรับการให้ยาฆ่าเชื้ออีกครั้งหลังจากให้ครั้งแรก American Society of Health-System Pharmacists (ASHSP) แนะนำให้ในกรณีที่ ระยะเวลาในการผ่าตัดยาวนานกว่า 2 เท่าของค่า ครึ่งชีวิตหรือเสียเลือดมากกว่าระหว่างการผ่าตัด สำหรับ Cefazolin นั้นจะให้ซ้ำเมื่อการผ่าตัดใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง หลังลงมีด (วิศิษฐ์ จันทร์คุณภาส, และสิทธิชา สิริอารีย์, 2560)

5) การประคบและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการก่อนผ่าตัด พบได้บ่อยในผู้ป่วย โรคเมเร็ง ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การประคบด้วยเครื่องมือที่เชื่อถือได้ ใช้งานง่าย สะดวก และ รวดเร็ว ภาวะทุพโภชนาการ มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหลายประการ เช่น การติดเชื้อ แผลผ่าตัด การติดเชื้อทางเดินหายใจ การหายของแผลช้ากว่าปกติ เพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (Weimann et al., 2017) ดังนั้นจึงต้องมีการคัดกรอง ประเมิน ภาวะโภชนาการ และส่งต่อการดูแลรักษา (จิตอารีย์ ตันติยาสวัสดิ์, บัณฑิตา จาदनอก, ศรีญญา ติจะนา, และธารินี เพชรรัตน์, 2562) เพื่อสามารถคัดกรองผู้หลังผ่าตัดที่มีปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และสามารถ ดำเนินการวางแผนในรายที่มีปัญหาด้านโภชนาการได้ (ขวัญหทัย ช่างใหญ่, 2561)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดช่องท้อง

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดช่องท้อง เป็นกิจกรรมในระยะหลังผ่าตัดช่องท้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และที่พบบ่อยประกอบด้วย การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ภาวะตกเลือด ความปวด และการพยาบาลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ได้แก่ การติดเชื้อแผลผ่าตัด ภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่ รายละเอียดดังนี้

การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ประกอบด้วย

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ส่งเสริมการหายใจให้โล่ง และคงไว้ซึ่งการทำงานของระบบหายใจ ภายหลังการผ่าตัดระยะแรก ภาวะพร่องออกซิเจนเป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย สาเหตุอาจเกิดจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ ภาวะหายใจช้า (Hypoventilation) มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น การพยาบาล ได้แก่ (บุษบา สมใจวงศ์, 2559)

1.1 การจัดท่านอน ให้นอนราบ ไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งป้องกันลิ้นตก และการสำลัก อาเจียน ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีอาจให้นอนราบหนุนหมอนได้ ยกเว้นในรายที่ได้รับยาชาเข้าทางไขสันหลัง ให้นอนราบอย่างน้อย 6-12 ชั่วโมง

1.2 สังเกตการหายใจของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ การหายใจเร็วขึ้น จากการค้างของยาสลบ หายใจลึก ช้าลง จากฤทธิ์ตกค้างของ ยาระงับปวดกลุ่ม Narcotic และดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอโดยการดูดเสมหะ/เลือด ภายในปาก/จมูก

1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 เปลี่ยนท่านอนหรือพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ในรายที่ไม่รู้สึกตัวควรพลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ชั่วโมง

1.5 สังเกตอาการบ่งชี้ภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ลักษณะการหายใจ เช่น ภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นบางส่วน (Partial upper airway obstruction) จะมีการหายใจเสียงดัง (Stridor) โดยติดตามคู่อัตราการหายใจให้อยู่ในช่วง 16-24 ครั้ง/นาที และค่า Oxygen saturation อยู่ในช่วง 95-100% ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด เป็นการประเมินการสูญเสียเลือดและความผิดปกติ เพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที การพยาบาลมีดังนี้

2.1 ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพสม่ำเสมอ

2.2 สังเกตและบันทึกปริมาณของเลือดที่ออกมาตามสายระบายต่าง ๆ และติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดจากปลายนิ้ว รายงานแพทย์เมื่อค่าที่ได้น้อยกว่า 30 % หรือลดลงจากเดิม $\geq 3\%$

2.3 ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือดหรือพลาสมาทดแทนทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา

2.4 ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักนิ่ง ๆ ในบริเวณที่มีเลือดออกมาก ๆ เพื่อลดการเคลื่อนไหวซึ่งจะมีผลทำให้เลือดออกมากขึ้น

2.5 เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันในรายที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือด เช่น อุปกรณ์ให้ออกซิเจน อุปกรณ์ดูดเสมหะ ยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต เป็นต้น

3. การพยาบาลเพื่อจัดการความปวด การผ่าตัดช่องท้องทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อภายในร่างกาย ส่งผลให้เกิดความปวดหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมักมีความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน และส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดหลังผ่าตัดมี ดังนี้

3.1 การประเมินความปวดจากการสังเกตพฤติกรรม และการประเมินความปวดด้วยเครื่องมือประเมินระดับความปวด เช่น Face pain assessment scale, Numerical rating scale (NRS), Visual rating scales (VRS) และ Visual analogue scales (VAS) โดยเลือกใช้เครื่องมือประเมินระดับความปวดตามความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย

3.2 การจัดการความปวดโดยการใช้ยา ได้แก่ ยากลุ่ม Opioid เช่น morphine และยากลุ่ม Non-opioid เช่น NSAIDs paracetamol ซึ่งต้องระวังผลข้างเคียงจากการใช้ (Rawal, 2023)

3.3 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ แนะนำเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด การนวด ดนตรีบำบัด การสัมผัส (จีสุนัข สมโชค ไวท์, ศรัญญา จุฬารีย์, และจันทร์ทิรา เจริญชัย, 2563)

3.4 ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อบรรเทาความปวด ได้แก่ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่มีแสง เสียงรบกวนการพักผ่อน และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

การพยาบาลหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด

การผ่าตัดเปิดผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง และใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน ทำให้เพิ่มโอกาสต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดมีดังนี้ (จีสุนัข สมโชค ไวท์, ศรัญญา จุฬารีย์, และจันทร์ทิรา เจริญชัย, 2563)

1.1 สังเกตลักษณะแผลที่ผิดปกติ โดยเฉพาะแผลมีการติดเชื้อเช่น ปวด บวม แดง ร้อน ลักษณะสี กลิ่น ของสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ/มีกลิ่นเหม็น/ลักษณะเป็นหนอง รวมถึงการสังเกตผิวหนังรอบ ๆ แผลผ่าตัด หากมีลักษณะอีกเสบควรรายงานแพทย์

1.2 ทำความสะอาดแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ (Aseptic technique) เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลซึ่งจะทำให้แผลหาย

1.3 ดูแลแผลให้สะอาดและไม่ให้เปียกน้ำ

1.4 ดูแลท่อระบายน้ำเหลืองไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุด และดูแลขวดระบายสารคัดหลั่งให้เป็นระบบสุญญากาศ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันไม่ให้น้ำเหลืองคั่งที่แผล

1.5 ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลที่เป็นเหตุให้แผลหายช้า

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะลำไส้หยุดทำงานที่ การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด ส่งผลให้ภาวะลำไส้หยุดทำงานที่ ทำให้เกิดอาการท้องอืด การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะลำไส้หยุดทำงานที่มีดังนี้

2.1 ติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือด เพื่อประเมินความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อลำไส้ หากพบว่ามียกระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ รายงานแพทย์เพื่อการแก้ไขต่อไป (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556)

2.2 ประเมินปริมาณของเหลวที่ไหลย้อนจากกระเพาะอาหารในผู้ที่คาสายยางทางจุก ภายหลังผ่าตัด หากพบว่าปริมาณของของเหลวไม่เพิ่มขึ้น พยาบาลควรประสานงานกับแพทย์ เพื่อพิจารณานำสายยางทางจุกออกโดยเร็ว (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556)

2.3 การประเมินภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัด (Post-operative ileus assessment) ทำได้โดยการซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยถึงความรู้สึกไม่สุขสบายอึดแน่นท้อง อาการหายใจไม่สะดวก อาการเรอ (Belching) และการผายลม (Flatus) นอกจากนี้ยังทำได้โดยการตรวจการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งปกติมีการเคลื่อนไหว 5-34 ครั้ง/นาที หากลำไส้ยังทำงานได้ไม่เต็มที่หรือไม่ทำงาน อาจได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรืออาจไม่ได้ยินเสียงเลย การประเมินวิธีสุดท้ายคือ การวัดขนาดความยาวรอบท้องระดับ คือ ในขณะที่หายใจออกเต็มที่แล้วกลืนไว้ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2559)

2.4 การส่งเสริมให้ลุกเร็วหลังผ่าตัด (Early ambulation) พยาบาลควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้มีการเคลื่อนไหวและลุกนั่งหรือเดินภายใน 24 ชั่วโมงแรก รวมถึงการช่วยพลิกตะแคงตัว ช่วยส่งเสริมการทำงานของลำไส้ เพื่อป้องกันภาวะลำไส้หยุดทำงานที่ ซึ่งทำให้เกิดอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดช่องท้อง (นภาพร วงศ์วิวัฒนกิจ, 2562)

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่ในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายที่สำคัญร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา บรรเทาอาการเจ็บป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัวและเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรค โดยพยาบาลเป็นบุคคลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการประเมินสภาพ การเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในทุกๆ ระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการและมีการวางแผนการพยาบาลให้การดูแลที่ดี เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาการท้องอืด และการจัดการอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดช่องท้อง

ความหมาย และลักษณะของอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง

อาการท้องอืดหลังผ่าตัด (Abdominal distention) เป็นความรู้สึกไม่สบาย แน่นอึดอัดในท้องที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เกิดจากที่ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวชั่วคราวหลังการผ่าตัด ระยะเวลาที่ระบบทางเดินอาหารไม่ทำงานหลังผ่าตัดจะไม่เกิน 24 ชั่วโมงสำหรับการผ่าตัดลำไส้เล็ก 24-48 ชั่วโมงสำหรับกระเพาะอาหาร และ 48-72 ชั่วโมงสำหรับลำไส้ใหญ่ (Kalff, Wehner, & Likouhi, 2016) โดยทั่วไประบบทางเดินอาหารจะกลับมาทำงานเป็นปกติเอง แต่หากใช้ระยะเวลาเวลานานเกินไป (Prolonged postoperative ileus) จะทำให้เกิดการสะสมของแก๊ส และน้ำในลำไส้ (Cagir, 2015) เกิดอาการท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน อาจมีผลทำให้เกิดการเจริญเติบโตของแบคทีเรียมากผิดปกติ เกิด Translocation ของแบคทีเรีย และ Endotoxin เข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด และมี Multiple organ failure ตามมา (กษมา ตันติผลาชีวะ, 2549)

สาเหตุ และปัจจัยส่งเสริมอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง

สาเหตุ และปัจจัยส่งเสริมอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง มีดังนี้ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559)

1. ระบบประสาทถูกยับยั้ง (Inhibitory neural reflexes) การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดที่มีการตัดผ่านกล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไปในช่องท้องจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาท Sympathetic ซึ่งจะยับยั้งการทำงานของลำไส้ และการบีบตัวของลำไส้ ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหรือเป็นอัมพาต (Paralytic ileus)

2. ผลของยาระงับความรู้สึก (Analgesia) การผ่าตัดช่องท้องใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ซึ่งยาระงับความรู้สึกแต่ละชนิดจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะอาหาร และลำไส้ ทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร และลำไส้ช้าลง

3. ผลของยาระงับปวดในกลุ่ม Narcotic drug เช่น การใช้ยา Morphine และ Pethidine นอกจากจะช่วยบรรเทาความปวดแล้ว ยังออกฤทธิ์ต่อกลุ่มเซลล์ในผนังทางเดินอาหาร โดยกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ยับยั้งการหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร ทำให้อาหารเคลื่อนผ่านกระเพาะอาหารไปยังลำไส้เล็กช้าลง หรือลำไส้เล็กมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดลดลง เกิดอาการท้องผูก และแน่นท้อง

4. ความปวด (Pain) จะกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ทำให้การไหลเวียนของเลือดและการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง ส่งเสริมให้มีอาการท้องอืดมากขึ้น และอาการปวดยังทำให้กล้ามเนื้อระบบทางเดินอาหารคลายตัว และอ่อนแรงด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดมีอาการอึดแน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน และมีอาการท้องผูก

5. การงดน้ำ และอาหารหลังผ่าตัดที่นานเกิน 48 ชั่วโมง มีผลให้ผนังของเยื่อบุทางเดินอาหารฝ่อตัวลงเพิ่มการเจริญ และสะสมของเชื้อโรค ทำให้ท้องอืดมากขึ้น

6. การออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง เนื่องจากความปวดแผลผ่าตัด โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนนิ่ง ๆ อยู่กับเตียงไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว และขาดการกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ทำให้มีแก๊สค้างอยู่ในกระเพาะอาหาร และลำไส้ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด และท้องผูกได้ง่าย

7. อารมณ์ ผู้ที่มีความขัดแย้งทางอารมณ์ เช่น โกรธ วิตกกังวล และเครียด พบว่าจะมีการหลั่งสาร Catecholamine ในร่างกายทำให้ระบบประสาท Sympathetic ทำงานมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดในทางเดินอาหารหดตัว ลดปริมาณเลือดไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารทำให้มีการทำงานลดลง

8. ความไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะโพแทสเซียมในกระแสเลือดจะมีผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ ดังนั้นเมื่อภาวะโพแทสเซียมต่ำ (Hypokalemia) จะพบภาวะลำไส้ไม่ทำงาน การบีบรัดของลำไส้ลดลง

9. อายุ ในผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีปัญหาในการย่อยอาหาร เนื่องจากระบบประสาท Sympathetic ลดการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร และลำไส้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะท้องอืดสูงขึ้น

10. พร่องการเตรียมประสบการณ์การรับรู้ความเสี่ยงอาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ไม่ทราบการประเมินลักษณะอาการ การตอบสนองต่ออาการ และการใช้กลวิธีในการจัดการอาการท้องอืดที่เหมาะสม

การประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง

หลังผ่าตัดช่องท้องผู้ป่วยจะมีความรู้สึกอึดแน่นท้อง เคาะท้องได้ยินเสียงก้อง (Tympanic sound) และอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย ตรวจพบเสียงลำไส้เคลื่อนไหวน้อยกว่า 5 ครั้งต่อนาที หรือไม่พบการเคลื่อนไหวของลำไส้เลย ภาพเอกซเรย์ช่องท้องพบว่าลำไส้มีการขยายขนาดจากการสะสมของแก๊ส ผู้ป่วยที่มีอาการอึดแน่นท้องมักจะมีอาการหายใจไม่สะดวก เนื่องจากภาวะอาหารขยายปริมาตรดันกระบังลมไว้ การขยายตัวของทรวงอกไม่เต็มที่ ทำให้กระบังลมไม่สามารถเคลื่อนที่ขึ้นลงตามจังหวะการหายใจเข้า และออกปกติ ความจุปอดลดลง นอนราบไม่ได้ ซึ่งอาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นใน 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สามารถประเมินอาการท้องอืดได้จากการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยการซักถามผู้ป่วย การสังเกตอาการ และการตรวจร่างกาย โดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับอาการ และการแสดงออกของอาการท้องอืด ดังนี้ (อรอนงค์ ทัทสุวรรณ, 2559)

1. ความรู้สึกอึดแน่นท้อง (Feeling of fullness) จนรู้สึกว่ายหายใจไม่สะดวก เป็นข้อมูลจากผู้ป่วยบอก (Subjective data) สาเหตุจากน้ำ และลมที่คั่งค้างในกระเพาะอาหาร และลำไส้มีปริมาณมาก ทำให้ปอดไม่สามารถขยายได้เต็มที่ขณะหายใจเข้า ผู้ป่วยจึงรู้สึกแน่นอึดอัด และหายใจได้สั้น

2. การเรอ (Belching) คือ การขย้อนเอาแก๊สที่อยู่ในทางเดินอาหารออกทางปาก เนื่องจากตามปกติในทางเดินอาหารจะมีแก๊สอยู่ประมาณ 200 มิลลิลิตร ถ้ามีแก๊สสะสมอยู่ในกระเพาะอาหาร และลำไส้มากขึ้น จะทำให้มีการเพิ่มแรงดันในช่องท้องมากขึ้น ทำให้มีการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง และช่องอก เพื่อบีบไล่อากาศจากกระเพาะอาหารไปยังหลอดอาหาร และปาก แต่ในภาวะที่มีการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กน้อยหรือไม่เคลื่อนไหวก็จะทำให้กระเพาะอาหารไม่สามารถบีบไล่แก๊สออกจากร่างกายได้

3. การผายลม (Flatus) คือ การที่แก๊สอยู่ในทางเดินอาหารส่วนล่างถูกขับออกมาทางทวารหนักโดยการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้ใหญ่อย่างรุนแรง เนื่องจากมีแก๊สจำนวนมาก ไประคายเคืองต่อผนังกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่ ปกติจะมีแก๊สในลำไส้ใหญ่วันละประมาณ 7-10 ลิตร และจะถูกขับออกทางทวารหนักวันละประมาณ 0.6 ลิตร และผายลมออกมาวันละ 10-20 ครั้ง แต่ในภาวะที่กระเพาะอาหาร และลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับแก๊สออกทางทวารหนักได้ การผายลมจึงเป็นสัญลักษณ์อย่างหนึ่ง que แสดงว่าระดับความรุนแรงของอาการท้องอืดลดลง

4. การเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) การตรวจนับอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ทางผนังหน้าท้องส่วนขวา (Right lower quadrant) นาน 5 นาที โดยใช้หูฟัง ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ซึ่งเกิดจากน้ำ และลมเคลื่อนที่ผ่านไปมาบนช่องทางลำไส้ เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ ปกติ 5-34 ครั้งต่อนาที (Jibran, 2017)

5. การวัดขนาดเส้นรอบท้องระดับสะดือ (Abdominal girth) โดยให้ผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่แล้วกลั้นไว้ ซึ่งการขยายของรอบท้องจะเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 เซนติเมตร เนื่องจากการสะสมแก๊สในกระเพาะอาหาร และลำไส้มาก

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จะรู้สึกไม่สุขสบายแน่นอึดอัดและปวดท้อง โดยวิธีการประเมินอาการท้องอืด สามารถประเมิน และรวบรวมข้อมูลได้จาก 1) ความรู้สึกอึดแน่นท้อง โดยให้ผู้ผู้ป่วยประเมินด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข จาก 0-10 2) การเรอ โดยสอบถามผู้ป่วยตามจำนวนครั้งของการเรอใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) การผายลม โดยสอบถามผู้ป่วยตามจำนวนครั้งของการผายลมใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา 4) การเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ทั้ง 4 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 1 นาที แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยเป็นจำนวนครั้งต่อนาที และ 5) ขนาดเส้นรอบท้อง โดยให้ผู้ผู้ป่วยนอนราบหงายนอน ใช้สายวัดรอบท้องผ่านระดับสะดือ ภายหลังให้ผู้ผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่แล้วกลั้นไว้ เปรียบเทียบกับเส้นรอบท้องตามปกติของผู้ป่วย

การจัดการอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง

การจัดการอาการท้องอืดแบ่งได้เป็น 2 วิธีคือ การใช้ยา และไม่ใช้ยา มีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดการอาการท้องอืดโดยใช้ยา มีดังนี้ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559)

1.1 การใช้ยาขับลม เช่น Carminative เป็นยาผสมที่มีรสเผ็ดร้อน ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวแบบบีบรัดมากขึ้น ช่วยในการขับแก๊สออกมาจากลำไส้ใหญ่ หรือการใช้ยาขับลมในกลุ่ม Simethicone เช่น Air-X ช่วยลดอาการท้องอืดแน่นท้องทำให้เรอ ขับลม หรือผายลมได้สะดวกขึ้น

1.2 การใช้ยาลดกรด เป็นยาที่มีฤทธิ์เป็นด่างปานกลาง ยาลดกรดอาจจะทำปฏิกิริยากับกรดเกลือในกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์น้อยลง นอกจากนี้ซิงลิคอนซึ่งเป็นตัวยาที่ผสมอยู่ในยาลดกรดยังทำให้เกิดการรวมตัวของแก๊สในกระเพาะอาหารจนมีปริมาณมาก และถูกขับออกโดยการเรอ ทำให้ช่วยผ่อนคลายอาการอึดอัดแน่นท้อง

1.3 การใช้ยาระบาย เช่น Lactulose, Dulcolax ซึ่งเป็นยาในกลุ่มยาระบายออกฤทธิ์ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุลำไส้ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด และการหลั่งน้ำย่อยเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้มีการขับถ่ายอุจจาระ

1.4 การใช้ยาด้านคลื่นไส้อาเจียน เช่น Metoclopramide รักษาอาการอึดแน่นท้อง เพิ่มการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้

การจัดการอาการท้องอืดโดยวิธีการใช้ยาเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอต่อการจัดการอาการ ดังนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการท้องอืดจึงควรใช้วิธีการจัดการท้องอืดโดยไม่ใช้ยาร่วมด้วย

2. การจัดการอาการท้องอืดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการท้องอืดโดยไม่ใช้ยา ดังนี้

2.1 การเคลื่อนไหว และลุกเดินเร็วหลังผ่าตัด (Early ambulation) เช่น การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังกายขา การลุกนั่ง เป็นต้น เป็นการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ และช่วยขับแก๊สออก จากการศึกษานวัตกรรมทางพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่มีภาวะวิกฤต โดยใช้แนวทางการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหวตามพิสัยของแขน และขา การลุกนั่งข้างเตียง การยืน การเดินโดยใช้ Walker frame และให้ผู้ป่วยเดิน พบว่า ผู้ป่วยทุกรายไม่พบอาการผิดปกติขณะเคลื่อนไหวร่างกาย และไม่พบอาการท้องอืด และท้องผูกในวันที่ 2, 4 หลังผ่าตัด ตามลำดับ (สุพัฒตรา ศรีภักดี, 2561) โดยการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (สิริอร ช้อยุ่น, วรริศา ภูทวี, และอาภา ศรีสร้อย, 2562)

2.2 การให้อาหารหลอก โดยการเคี้ยวหมากฝรั่งในระหว่างที่ยังงดน้ำและอาหาร ภายหลังผ่าตัดช่องท้อง จากการศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการฟื้นตัวการทำงานของลำไส้ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่ง 3 ครั้ง/วัน นานครั้งละ 15 นาที โดยเริ่มทันทีที่รู้สึกตัวเต็มที่ พบว่า ระยะเวลาที่ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ครั้งแรก และการผายลมครั้งแรกหลังผ่าตัด ของกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ระยะเวลาการขยับถ่ายอุจจาระครั้งแรกหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน (วรารณณ์ วงษ์เรือง, 2563) การเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว ไหวของลำไส้ให้กลับมาทำหน้าที่โดยเร็ว อาจทำให้เกิดการสำลักได้ จึงต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

2.3 การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า จากการศึกษาการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง พบว่า สามารถช่วยลดอาการท้องอืดได้ โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 19 ท่า ใช้เวลา 25 นาทีวันละ 1 ครั้ง ในวันที่ 1, 2, 3 หลังผ่าตัดพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนอาการท้องอืดเฉลี่ยหลังได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนอาการท้องอืดโดยรวมเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศศิวิมล เพ็งแก้ว, 2558) ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นวิธีที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย แต่ใช้เวลาค่อนข้างนาน และต้องผ่านการฝึกทักษะการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าให้ถูกต้อง และชำนาญ

2.4 การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารท่อน้ำไขสันหลัง และการหายใจอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยอาการท้องอืด และปวดหัวไหล่หลังผ่าตัดในอุ้งน้ำดี โดยวิธีส่องกล้อง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนอาการท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (พรฤตินราสงศ์, 2563) ซึ่งการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยไล่ลมออกจากช่องท้อง เป็นการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่ในระยะแรกหลังการผ่าตัด แต่อาจทำให้เกิดความปวด ความรู้สึกไม่สบาย และความยากลำบากได้ (Andersen et al., 2020)

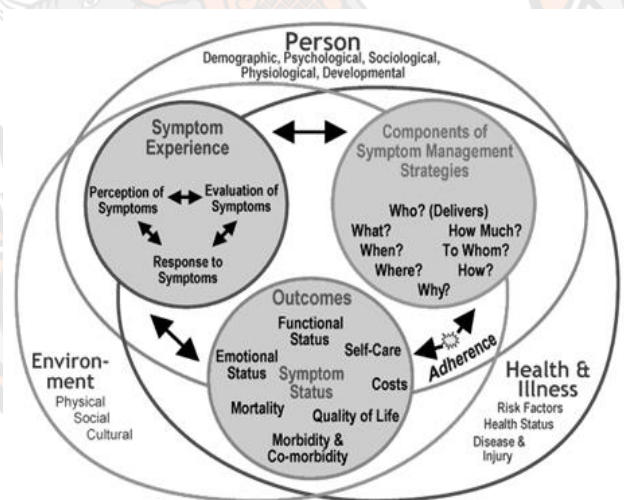
2.5 การเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารท่อน้ำไขสันหลัง และการหายใจอย่างมีแบบแผน ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืด พบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 1 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีอาการท้องอืดไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อมีการวัดซ้ำข้อมูล พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และการบาดเจ็บจากโปรแกรมบริหารร่างกาย (พรฤตินราสงศ์, 2563)

2.6 การเตรียมประสบการณ์การรับรู้อาการท้องอืดและการใช้กลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วยประสบการณ์อาการ การใช้กลวิธีการจัดการอาการ และการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งกับผู้ที่ไม่มีประสบการณ์แล้ว และยังมีประสบการณ์ แต่ใช้เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดได้อย่างถูกต้อง สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ภายหลังการผ่าตัดช่องท้องได้อย่างเหมาะสม โดยการนำความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิมที่ได้จากการเตรียมการรับรู้ก่อนการผ่าตัด แปลความหมายของข้อมูล ตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น และใช้วิธีการจัดการอาการที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมกรณีศึกษาในการจัดการอาการท้องอืดโดยไม่ใช้ยาข้างต้นที่เลือกใช้คือ การเตรียมประสบการณ์การรับรู้อาการท้องอืดและการใช้กลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วยประสบการณ์อาการ การใช้กลวิธีการจัดการอาการ และการประเมินผลลัพธ์ โดยกลวิธีที่ใช้ คือ กิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน ได้แก่ การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งเป็นกลวิธีที่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกราย การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อช่วยไล่ลมออกจากช่องท้อง เป็นการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่ในระยะแรกหลังการผ่าตัด และลุกเดินเร็วหลังผ่าตัด (Early ambulation) ซึ่งสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง

แนวคิดการจัดการอาการ และการนำไปใช้

แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่มีแนวคิดว่า ประสบการณ์อาการเป็นการรับรู้ส่วนบุคคล การประเมิน และการตอบสนองของบุคคลนั้น ๆ ต่อ ความผิดปกติหรืออาการที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งหากบุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ก็จะสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ในการจัดการอาการที่ดี ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ ได้แก่ ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์การจัดการอาการ (Symptom outcomes) โดยมีข้อตกลงว่าประสบการณ์อาการ เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล สามารถนำมาใช้ได้ทั้งในสถานการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นแต่มีความเสี่ยงในการเกิด และสถานการณ์ที่เกิดอาการขึ้นแล้ว และการจัดการอาการมีกระบวนการอย่างต่อเนื่องมีการเปลี่ยนแปลงตามผลลัพธ์แต่ละบุคคล โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ประกอบด้วย 3 ด้านได้แก่ ด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีรายละเอียดดังนี้



ภาพ 1 แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001)

แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์อาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการดังรายละเอียดต่อไปนี้ (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1. ประสบการณ์อาการ (symptom experience) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุคคลนั้น ๆ ต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้น และตอบสนองต่ออาการ มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการ (perception of symptoms) พบว่า เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย

บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะของความผิดปกตินั้น ภายหลังจากบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้น จะมีการประเมินลักษณะอาการ (evaluation of symptoms) ที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ความรุนแรงของอาการ ความถี่ ตำแหน่งที่เกิดรวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลอาจจะตอบสนองโดยแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้

2. กลวิธีจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร โดยเริ่มจากการประเมินอาการ นำมาสู่แสวงหาวิธีการจัดการอาการ ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ ๆ ตามการรับรู้ของบุคคลว่าวิธีการที่ใช้ได้ผลหรือไม่ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ให้ความสำคัญกับการค้นหาคำตอบเกี่ยวกับกลวิธีจัดการอาการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องประเมิน โดยการตั้งคำถามต่อไปนี้คือ จัดการโดยใคร (Who) ใช้กลวิธีใดในการจัดการอาการ (What) จัดการเมื่อใด (When) จัดการที่ไหน (Where) จัดการทำไม (Why) จัดการมากน้อยเพียงใด (How much) จัดการให้ใคร (To Whom) และจัดการอย่างไร (How) ทั้งนี้การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับกลวิธีจัดการต้องอาศัยความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอาการนั้น ๆ รวมทั้งความรู้ที่จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยยึดปฏิบัติกับวิธีการที่ทดสอบแล้วว่าดีด้วย

3. ผลลัพธ์การจัดการอาการ (Outcome) เป็นผลของวิธีการจัดการอาการ และประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ที่สำคัญ ได้แก่ การทำหน้าที่ที่ด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านร่างกาย การดูแลตนเอง สภาพอารมณ์ สภาวะอาการ ค่าใช้จ่าย การตาย การป่วยจากโรคแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ กลวิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน (Dodd et al., 2001) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Person domain) หมายถึงคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยด้านประชากร (เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา) ด้านจิตใจ (เช่น นิสัย ประสบการณ์ในอดีต) ด้านสังคม (เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ตำแหน่งหน้าที่) ด้านร่างกาย (เช่น ความแข็งแรง) และด้านพัฒนาการ (เช่น พัฒนาการและการเติบโตของร่างกายตามวัย)

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วย (Health and illness domain) เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ และมีผลต่อการเลือกกลวิธีจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ภาวะสุขภาพ การบาดเจ็บ การรักษา และความพิการ

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) หมายถึงสภาวะของสิ่งแวดล้อมในบริบทที่ก่อให้เกิดอาการขึ้น ครอบคลุมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (เช่น เสียง แสง อุณหภูมิอากาศ)

ทางสังคม (เช่น ระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม) และทางวัฒนธรรม (เช่น ความเชื่อและการปฏิบัติของคนในชุมชน)

จากแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ และคณะ (Dodd et al., 2001) สรุปได้ว่าแต่ละมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กัน โดยเมื่อบุคคลรู้ว่าร่างกายมีเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น จะมีการประเมินความรุนแรง และตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกันออกไป จากนั้นบุคคลจะเลือกวิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกันออกไป หากวิธีการนั้นไม่ได้ผล บุคคลจำเป็นต้องให้ผู้อื่นเข้ามามีบทบาทในการช่วยจัดการ เช่น แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประสพการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด ทำให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับประสพการณ์อาการท้องอืดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด และสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ ส่งผลให้บุคคลสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อบุคคลต่อไป

การนำไปใช้

จากแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งในสถานการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นแต่มีความเสี่ยงในการเกิด และสถานการณ์ที่เกิดอาการขึ้นแล้ว ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) ประสพการณ์มีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) ซึ่งต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะจัดการโดยใคร (Who) ใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (What) จัดการเมื่อใด (When) จัดการที่ไหน (Where) จัดการทำไม (Why) จัดการมากน้อยเพียงใด (How much) จัดการให้ใคร (To Whom) และจัดการอย่างไร (How) และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcomes) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดถึงหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประสพการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดโดยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด โดยมีพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ป้องกันหรือลดความรุนแรง ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยมีการเตรียมประสพการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดอาการท้องอืด และกลวิธีในการจัดการกับอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของอาการท้องอืด ซึ่งทำให้จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลวิธีในการจัดการอาการท้องอืด

นุชรี ธรรมพันธ์ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง โดยการกระตุ้นพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ใช้มือประคองแผลทุกครั้งก่อนการเคลื่อนไหว ปรับระดับเตียงให้ศีรษะสูง 30-45 องศา อย่างน้อย 10-15 นาที ช่วยให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างเตียงน้อยวันละ 3-4 ครั้ง ร่วมกับการเคี้ยวหมากฝรั่ง และการเริ่มอาหารเร็ว ผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงอาการท้องอืดในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คะแนนเฉลี่ยความรุนแรง อาการท้องอืด กลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย

พรฤดี นราสงค์ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารท้อง หัวไหล่ และการหายใจอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืด และปวดหัวไหล่หลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง พบว่า หลังผ่าตัดวันที่ 1 กลุ่มทดลองมีอาการท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง-มากคิดเป็นร้อยละ 88.3 กลุ่มควบคุมมีอาการท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง-มากคิดเป็นร้อยละ 90.0 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มัณฑนา ปรีเลิศ (2555) ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูก และรังไข่ออกทางหน้าท้อง พบว่า วิธีการกับอาการท้องอืดของผู้ป่วยที่ใช้มากที่สุดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดคือการพลิกตะแคงตัวบนเตียง วันที่ 2 หลังผ่าตัดใช้วิธีการลุกเดินบ่อย ๆ และวันที่ 3 หลังผ่าตัดใช้วิธีรับประทานอาหารที่ช่วยขับลม วิธีการจัดการกับอาการท้องอืดโดยทีมสุขภาพที่ใช้มากที่สุดตามการรับรู้ของผู้ป่วยในวันที่ 1 หลังผ่าตัด คือกระตุ้นให้พลิกตัวหรือเคลื่อนไหวบ่อย ๆ ร้อยละ 62.50 วันที่ 2 หลังผ่าตัดคือกระตุ้น และช่วยเหลือให้เดินบ่อย ๆ ร้อยละ 65.00 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด คือได้รับยาขับลมบรรเทาภาวะท้องอืด ร้อยละ 62.50 ตามลำดับ

สุพัฒตรา ศรีภักดี (2561) ศึกษาการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่มีภาวะวิกฤต โดยใช้แนวทางการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหวตามพิสัยของแขน และขา การลุกนั่งข้างเตียง การยืน การเดินโดยใช้ Walker flame และให้ผู้ป่วยเดิน พบว่า ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่พบอาการท้องอืด และท้องผูกในวันที่ 2, 4 ตามลำดับ

Wahyuni, Tarigan, & Syarifah (2019) ศึกษาผลของการลุกเร็วหลังผ่าตัดต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลมีแดน ประเทศอินโดนีเซีย โดยการเริ่มจากการออกกำลังกายบนเตียง การออกกำลังกายขาเอียงซ้าย และขวา นั่งข้างเตียง และลุกจากเตียงขึ้นมาเริ่มหัดเดิน พบว่า การทำงานของลำไส้ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการท้องอืด ตามแนวความคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001)

วิริยา ศิลา (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัด และอาการท้องอืดตามแนวความคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสบการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการ โดยการฟังเพลงบรรเลงและการเคี้ยวหมากฝรั่ง และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 หลังผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

กัญธิดา พันทรังษี (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องตามแนวความคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินประสบการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดโดยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด พบว่า อาการท้องอืดหลังการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในช่วงเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1 4 ชั่วโมง, 8 ชั่วโมง และหลังผ่าตัดวันที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

รัชดา อนุวงศ์ศิลปชัย (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องตามแนวความคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสบการณ์การมีอาการลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวหลังผ่าตัด 2) กลวิธีการจัดการอาการลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวหลังผ่าตัดโดยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และ 3) การประเมินผลการจัดการอาการลำไส้หยุดทำงานชั่วคราวหลังผ่าตัด ผลพบว่า การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

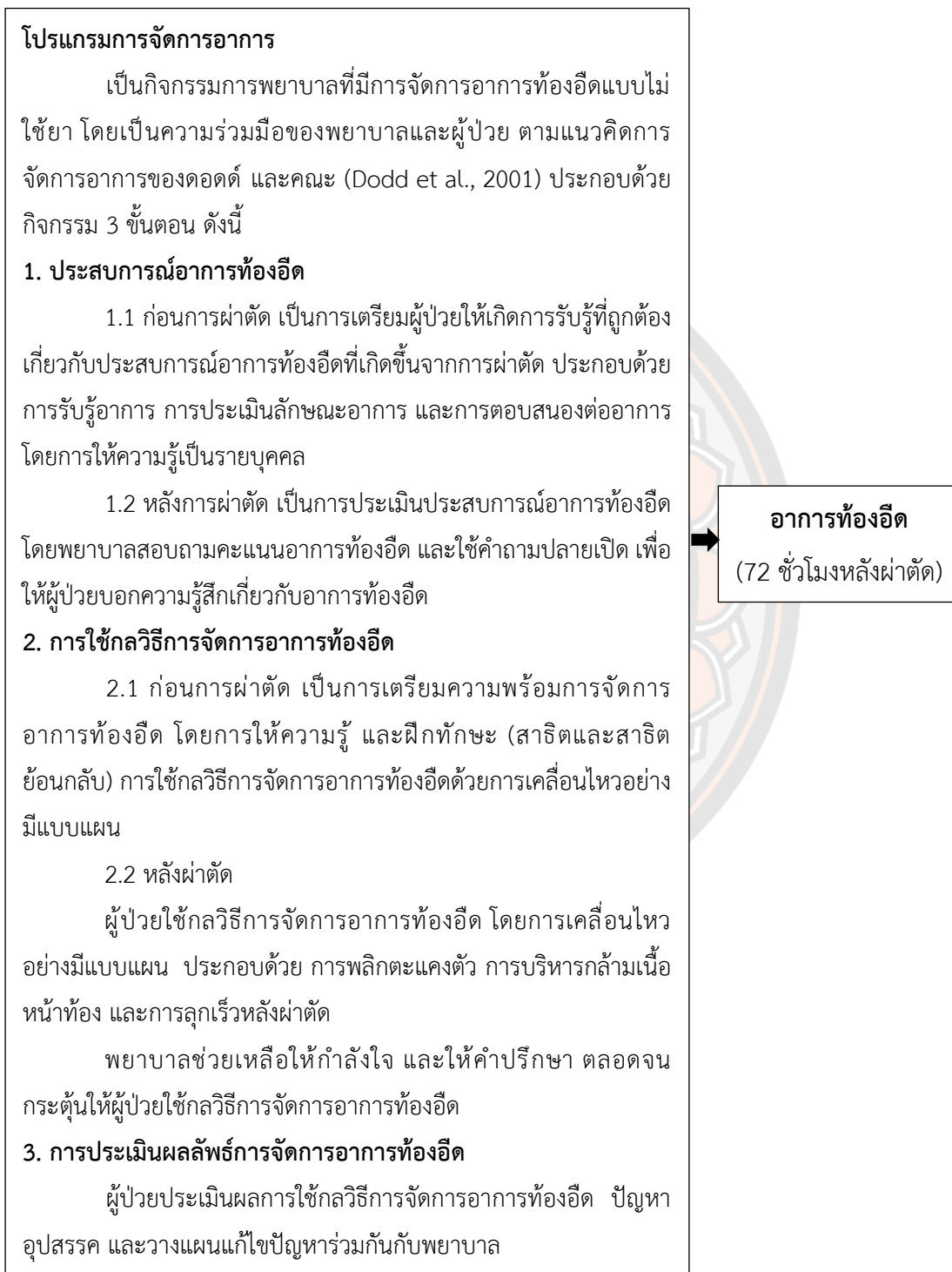
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการท้องอืดหลังผ่าตัดข้างต้นพบว่า กลวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่ได้ผลดีมีหลากหลายวิธี โดยส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย (สุพัฒตรา ศรีภักดี, 2561) เช่น การพลิกตะแคงตัว (นุชรี ธรรมพันธ์, 2558; มัณฑนา ปรีเลิศ, 2555) การบริหารหน้าท้องและการหายใจ (พรฤดี นราสงค์, 2563) การลุกเร็วหลังผ่าตัด (มัณฑนา ปรีเลิศ, 2555; Wahyuni, Tarigan, &

Syarifah, 2019) การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า (กัญธิดา พันทรังษี, 2565; รัชดา อนุวงศ์ศิลปชัย, 2559) และการให้อาหารหลอกโดยการเคี้ยวหมากฝรั่ง (วิริยา ศิลา, 2561) ซึ่งได้ผลในการจัดการอาการท้องอืดได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามวิธีการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า มีข้อจำกัด คือ ใช้เวลาค่อนข้างนาน และต้องผ่านการฝึกทักษะการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าให้ถูกต้อง และชำนาญ (ศศิวิมลเพ็งแก้ว, 2558) การให้อาหารหลอกมีข้อจำกัดอาจทำให้เกิดการสำลักได้ จึงต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่ประกอบด้วย การประเมินประสบการณ์อาการ การใช้กลวิธีการจัดการอาการ และการประเมินอาการ ร่วมกับกลวิธีต่าง ๆ ได้ผลในการจัดการอาการท้องอืดเป็นอย่างดี (วิริยา ศิลา, 2561; กัญธิดา พันทรังษี, 2565; รัชดา อนุวงศ์ศิลปชัย, 2559) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยจัดเป็นโปรแกรมการจัดการอาการ เพื่อเตรียมประสบการณ์อาการท้องอืดก่อนการผ่าตัดให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความเสี่ยงอาการท้องอืด และการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัว การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ง่ายไม่ยุ่งยาก เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการท้องอืด การประเมินความรุนแรงของ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้องเพื่อทำการรักษา ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ อาการท้องอืดโดยเกิดขึ้นใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย หายใจไม่สะดวก และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านการหายใจ เช่น ปอดอักเสบ และด้านอื่น ๆ ตามมาได้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับประสบการณ์อาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดที่เหมาะสม โดยเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดครอบคลุมไปจนถึงระยะหลังผ่าตัดเพื่อป้องกัน บรรเทา และจัดการกับอาการท้องอืดที่เหมาะสม งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) 2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) เพื่อนำมาสู่โปรแกรมการจัดการกับอาการท้องอืด หลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้นประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1) ประสบการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด มีรายละเอียดดังที่แสดงไว้ในภาพ 2



ภาพ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เป็นการศึกษาแบบวัดหลังการทดลอง (The experimental posttest-only control group design) โดยวัดตัวแปรตามหลังให้สิ่งทดลองครั้งเดียว ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	X	O ₁
กลุ่มควบคุม		O ₂

- O₁ หมายถึง คะแนนท้องอืดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ
- O₂ หมายถึง คะแนนท้องอืดของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- X หมายถึง โปรแกรมการจัดการอาการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ขณะทำการผ่าตัด ซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหน้าท้องเป็นครั้งแรก และพักรักษาตัวในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ขณะทำการผ่าตัด ซึ่งต้องมีการรักษาโดยการผ่าตัดหน้าท้องเป็นครั้งแรก และพักรักษาตัวในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 52 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) และเกณฑ์การถอนออก และเก็บข้อมูลในแผนกศัลยกรรม 2 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โดยโปรแกรมมี

ระยะเวลา 4 วัน และเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองก่อนกลุ่มควบคุมเพื่อป้องกันการปนเปื้อนในการทดลอง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Exploratory laparotomy) เป็นครั้งแรกและรักษาตัวในแผนกศัลยกรรม อย่างน้อย 1 วันก่อนการผ่าตัด
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูดอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 12-20 ครั้ง/นาที และค่าความดันโลหิต systolic อยู่ในช่วง 90-140 mmHg และค่าความดันโลหิต diastolic อยู่ในช่วง 60-90 mmHg
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร
6. ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวเดิมที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรม เช่น เป็นอัมพาตแขนขาอ่อนแรง มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินสื่อสารลำบาก เป็นต้น

เกณฑ์การถอดถอนอาสาสมัครออกจากงานวิจัย

1. การผ่าตัดถูกเลื่อนด้วยสาเหตุใดก็ตาม
2. เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่รุนแรงต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตต่ำ เสียเลือดมาก หรือโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงจนผู้วิจัยไม่สามารถดำเนินการตามโปรแกรม เช่น septic shock, deep vein thrombosis, acute pulmonary embolism, acute stroke เป็นต้น
3. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณ โดยผู้วิจัยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล .70 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยขนาดอิทธิพลได้จากการศึกษาของ รัชดา อนุวงศ์ศิลปะชัย (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง ($X_1=11.82$, $X_2=13.46$, $SD_1=2.04$, $SD_2= 2.48$) คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน รวมจำนวน 52 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาผ่าตัดในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะเหมือนกันโดยการจับคู่ (Matched pairs) ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดการผ่าตัด ชนิดของยาระงับปวด ระดับความปวด ระดับโพแทสเซียมในเลือด และยาลดอาการท้องอืด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่ออาการท้องอืดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 1 วันก่อนผ่าตัด ขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 26 คน ก่อนและหลังจากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 26 คน ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2. ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองมาจับคู่กับกลุ่มควบคุม (Matched pairs) เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยจากตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการทางสถิติ เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

- 2.1 เพศ ตัวอย่างแต่ละคู่ต้องเป็นเพศเดียวกัน จากการศึกษาปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศชาย เพิ่มความเสี่ยงต่อการตอบสนองการอักเสบมากขึ้น ทำให้ลำไส้หยุดทำงานนานขึ้น ส่งผลต่ออาการท้องอืด (Bragg, Lobo, El-Sharkawy, Psaltis, & Maxwell-Armstrong, 2015)

- 2.2 อายุ แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี จากการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้นจะมีปัญหากระบวนการย่อยอาหาร ผลจากระบบประสาท Sympathetic ลดการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร และลำไส้ จึงมีโอกาสเกิดอาการท้องอืดสูงขึ้น (ศศิวิมล เฟิงแก้ว, 2554)

- 2.3 ชนิดของการผ่าตัด เป็นชนิดเดียวกัน จากการศึกษาพบว่า ชนิดของการผ่าตัดส่งผลต่อการฟื้นตัวของลำไส้ใหญ่หลังการผ่าตัด (จุฑารัตน์ วรศิริ, 2559)

- 2.4 ชนิดของยาระงับปวด และยาระงับความรู้สึกเป็นชนิดเดียวกัน เนื่องจากยาระงับปวดจะช่วยบรรเทาความปวดแล้ว ยังออกฤทธิ์ต่อกลุ่มเซลล์ในผนังทางเดินอาหาร โดยกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ยับยั้งการหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร ทำให้อาหารเคลื่อนผ่านกระเพาะอาหารไปยังลำไส้เล็กช้าลง หรือลำไส้เล็กมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดลดลง เกิดอาการท้องผูก และแน่นท้อง ส่วนยาระงับความรู้สึก จะมีผลต่อระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะอาหาร และลำไส้ลดลง (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556)

2.5 ระดับความปวด อยู่ในเกณฑ์เดียวกันทั้งนี้อาการปวด (Pain) จะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ทำให้การไหลเวียนของเลือดและการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง ส่งเสริมให้มีภาวะท้องอืดมากขึ้น (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2559)

2.6 ระดับโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 3.5-5.1 mmol/L เนื่องจากมีผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ ดังนั้นเมื่อภาวะโพแทสเซียมต่ำ จะพบภาวะลำไส้ไม่ทำงาน การบีบรัดของลำไส้ลดลง (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556)

2.7 ยาลดอาการท้องอืด เช่น Metoclopramide เป็นยาที่มีฤทธิ์ช่วยเพิ่มการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้ลำไส้กลับมาทำงานเป็นปกติ (Nikolay et al., 2019)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด การ On colostomy และ Radivac drain ระยะเวลาในการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ ระดับโพแทสเซียมในเลือด คะแนนความปวด ชนิดของยาระงับปวด และการได้รับยา Metoclopramide โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

2. แบบประเมินอาการท้องอืด ใช้แบบประเมินอาการท้องอืดของวิริยา ศิลา (วิริยา ศิลา, 2561) ในการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ที่มีค่า CVI เท่ากับ 0.93 และ IOC เท่ากับ 0.87 เป็นลักษณะแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยการประเมิน 5 ด้าน ดังนี้

1) ประเมินความรู้สึกอึดแน่นท้อง โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกอึดแน่นท้องด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข จาก 0-10

แบ่งระดับความรุนแรงของความรู้สึกอึดแน่นท้อง เป็น 4 ระดับ ได้แก่

คะแนน	8-10	หมายถึง มีความรู้สึกอึดแน่นท้องมาก	=	4
คะแนน	5-7	หมายถึง มีความรู้สึกอึดแน่นท้องปานกลาง	=	3
คะแนน	2-4	หมายถึง มีความรู้สึกอึดแน่นท้องเล็กน้อย	=	2
คะแนน	0-1	หมายถึง ไม่มีความรู้สึกอึดแน่นท้อง	=	1

2) ประเมินอาการเรอ โดยสอบถามผู้ป่วยตามจำนวนครั้งของการเรอใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ไม่มีการเรอใน 4 ชั่วโมง	= 4
มีการเรอ 1 ครั้งใน 4 ชั่วโมง	= 3
มีการเรอ 2 ครั้งใน 4 ชั่วโมง	= 2
มีการเรอ ≥ 3 ครั้งใน 4 ชั่วโมง	= 1

3) ประเมินการผายลม โดยสอบถามผู้ป่วยตามจำนวนครั้งของการผายลมใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ไม่มีการผายลมใน 4 ชั่วโมง	= 4
มีการผายลม 1 ครั้งใน 4 ชั่วโมง	= 3
มีการผายลม 2 ครั้งใน 4 ชั่วโมง	= 2
มีการผายลม ≥ 3 ครั้งใน 4 ชั่วโมง	= 1

4) ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ทั้ง 4 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 1 นาที แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยเป็นจำนวนครั้งต่อนาที แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ไม่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้	= 4
มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ≤ 3 ครั้ง/นาที	= 3
มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ 3-4 ครั้ง/นาที	= 2
มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ≥ 5 ครั้ง/นาที	= 1

5) ประเมินขนาดเส้นรอบท้อง โดยให้ผู้ป่วยนอนราบหนุนหมอน โดยใช้สายวัดรอบท้องผ่านระดับสะดือ ภายหลังให้ผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่แล้วกลั้นไว้ เปรียบเทียบกับเส้นรอบท้องตามปกติของผู้ป่วย แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่

เพิ่มจากปกติ	>6.1	เซนติเมตร	= 4
เพิ่มจากปกติ	4.1-6.0	เซนติเมตร	= 3
เพิ่มจากปกติ	2.1-4.0	เซนติเมตร	= 2
เพิ่มจากปกติ	≤ 2.0	เซนติเมตร	= 1

การแปลผลโดยการประเมินแต่ละด้าน (ด้านละ 1-4 คะแนน) นำคะแนนทั้ง 5 ด้านมารวมกันแล้วแปลผลคะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) โดยใช้เกณฑ์การแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

5	คะแนน	=	ไม่มีอาการท้องอืด
5.1-10	คะแนน	=	มีอาการท้องอืดเล็กน้อย
10.1-15	คะแนน	=	มีอาการท้องอืดปานกลาง
>15	คะแนน	=	มีอาการท้องอืดมาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการจัดการอาการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยโปรแกรมใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 วัน มีขั้นตอนในการสร้างโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับการจัดการอาการท้องอืด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ (Dodd et al., 2001) โดยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล และแหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษาในครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์เผยแพร่ มีอายุย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี จากกระบวนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ฐานข้อมูล Thailist, ThaiJO, PubMed และการสืบค้นข้อมูลด้วยมือจากห้องสมุด

1.2 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในข้อ 1 ไปดำเนินการสร้างโปรแกรมการจัดการอาการ และสื่อที่ใช้ในการให้ความรู้และฝึกทักษะ ได้แก่ สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) สื่อ VDO และคู่มือ โปรแกรมการจัดการอาการประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประสบการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด โดยมีรายละเอียด แต่ละขั้นตอน ดังนี้

1.2.1 ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์อาการท้องอืด

เป็นการเตรียมประสบการณ์อาการท้องอืดก่อนผ่าตัด และประเมินประสบการณ์อาการท้องอืดหลังผ่าตัด ดังนี้

1) ก่อนการผ่าตัด เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับประสบการณ์อาการท้องอืดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินลักษณะอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยใช้สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) ใช้เวลา 20 นาที ดังนี้

1.1) การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงอาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง

1.2) การประเมินลักษณะอาการ (Evaluation of symptoms) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินอาการท้องอืด ประกอบด้วย ความรู้สึกอึดแน่นท้อง การเรอ การการผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ และการวัดขนาดเส้นรอบท้อง

1.3) การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptom) เป็นการตอบสนองด้านร่างกาย โดยผู้ป่วยจะรู้สึกอึดแน่นท้อง จุกเสียด ปวดท้อง ท้องแข็ง หายใจลำบาก มองเห็นท้องโตขึ้น เกิดอาการคลื่นไส้/อาเจียน และด้านจิตใจ อาจเกิดความกลัว และวิตกกังวล

2) หลังการผ่าตัด เป็นการประเมินประสบการณ์อาการท้องอืด โดยพยาบาลสอบถามคะแนนอาการท้องอืด และใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกเกี่ยวกับอาการท้องอืด ดังนี้

2.1) พยาบาลประเมินประสบการณ์อาการท้องอืดหลังการผ่าตัดช่องท้อง โดยให้ผู้ป่วยประเมินคะแนนความรุนแรงของอาการท้องอืดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข จากระดับ 0-10

2.2) พยาบาลใช้คำถามปลายเปิด ด้วยข้อความ “ท่านมีความรู้สึกอย่างไร เกี่ยวกับอาการท้องอืด”

1.2.2 ขั้นตอนที่ 2 การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด

เป็นการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ดังนี้

1) ก่อนการผ่าตัด เป็นการเตรียมความพร้อมการจัดการอาการท้องอืด โดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะ (สาธิตและสาธิตย้อนกลับ) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน โดยผู้ป่วยเป็นผู้ใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยตัวเองโดยมีพยาบาลเป็นผู้กระตุ้น (Who) ใช้กลวิธีจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน (What) ในระยะหลังผ่าตัดช่องท้อง (When) สามารถปฏิบัติได้บนเตียงภายในหอผู้ป่วย (Where) เพื่อลดอาการท้องอืด (Why) ตามขั้นตอนวิธีการจัดการที่ได้ฝึกทักษะตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยวิธีการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนตามลำดับขั้นตอน ได้แก่ การพลิกตะแคงตัวและบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและลุกเร็วหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง และการลุกเร็วหลังผ่าตัดใน 48-72 ชั่วโมง (How) โดยกำหนดให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและเย็น (How much) เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดลดลง (To Whom) โดยมีสื่อเป็น VDO และคู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด โดยใช้เวลา 20 นาที

2) หลังผ่าตัด ผู้ป่วยใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด โดยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัว การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด ดังนี้

24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

การพลิกตะแคงตัวบนเตียง โดยให้พลิกตะแคงตัวซ้าย-ขวาทุก 2 ชั่วโมง ยกเว้นเวลาหลับ

การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยนอนหงายมือดึงขาข้างขวาชิดกับหน้าท้องเท่าที่จะสามารถทำได้นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ วางขาบนที่นอน หายใจเข้า-ออกช้า ๆ 4 ครั้ง หลังจากนั้นดึงขาข้างซ้ายชิดกับหน้าท้อง ปฏิบัติเช่นเดียวกันกับขาข้างขวา อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยนอนหงายมือดึงขาข้างขวาชิดกับหน้าท้องเท่าที่จะสามารถทำได้นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ วางขาบนที่นอน หายใจเข้า-ออกช้า ๆ 4 ครั้ง หลังจากนั้นดึงขาข้างซ้ายชิดกับหน้าท้อง ปฏิบัติเช่นเดียวกันกับขาข้างขวา อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

การลุกเร็วหลังการผ่าตัด โดยการนั่งห้อยขาข้างเตียง โดยปฏิบัติอย่างน้อย 10 นาที วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

48-72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

การลุกเร็วหลังการผ่าตัด โดยการลุกยืน และเริ่มเดิน รวมระยะทาง 15 เมตร โดยปฏิบัติอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

3) พยาบาลช่วยเหลือให้กำลังใจ และให้คำปรึกษา ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด

1.2.3 ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด

ผู้ป่วยประเมินผลการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด ปัญหา อุปสรรค และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกับพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการจัดการอาการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประสพการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด โดยโปรแกรมใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 วัน

1.2 สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคล เกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับประสบการณ์อาการท้องอืดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินลักษณะอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ใช้เวลา 20 นาที

1.3 สื่อ VDO เป็นการให้ความรู้ และฝึกทักษะ (สาธิตและสาธิตย้อนกลับ) การเตรียมความพร้อมการจัดการอาการท้องอืด เกี่ยวกับการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด ใช้เวลา 20 นาที

1.4 คู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด

1.5 แผนการสอนประสบการณ์อาการท้องอืด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

2.2 แบบประเมินอาการท้องอืด ใช้แบบประเมินอาการท้องอืดของวิริยา ศิลา (วิริยา ศิลา, 2561) เป็นลักษณะแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยการประเมิน 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้สึกอึดแน่นท้อง 2) การเรอ 3) การผายลม 4) การเคลื่อนไหวของลำไส้ และ 5) ขนาดเส้นรอบท้อง ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน โดย 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการท้องอืด คะแนน >15 คะแนน หมายถึง มีอาการท้องอืดมาก

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ประเภท ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคุณภาพ จำนวน 5 ท่าน คือ ศัลยแพทย์เฉพาะทางอนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้ป่วยมะเร็ง 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และมีประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอย่างน้อย 10 ปี 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ของเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยเท่ากับ 0.80-1.00 นำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ และนำเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.95

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบประเมินอาการท้องอืด ไปทดสอบหาความเที่ยงโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง ในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 10 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.97 และนำโปรแกรม

การจัดการอาการ และสื่อที่ใช้ในให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วย ไปทดสอบกับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พร้อมทั้งสอบถามข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นจากผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงโปรแกรมการจัดการอาการและสื่อที่ใช้ในงานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (IRB No: P3-0035/2565 วันที่รับรอง: 1 กรกฎาคม 2565) และคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (REC: 20/2565 วันที่รับรอง: 19 ตุลาคม 2565) เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกศัลยกรรมหญิง และศัลยกรรมชาย จากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย และขอความร่วมมือการเข้าร่วมวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบสิทธิของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถที่จะตกลงเข้าร่วม หรือปฏิเสธ หรือระหว่างการวิจัยสามารถปฏิเสธในการร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการให้บริการใด ๆ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อผู้ป่วยยอมรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้ขอความยินยอมด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยผลการวิจัยไม่ระบุชื่อ และที่อยู่ของผู้เข้าร่วมวิจัย และมีการทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัย 1 ปี

การเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกศัลยกรรม ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการอาการ ไปใช้กับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้อง และมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นผู้ช่วยรวบรวมเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรม มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมา 5 ปี และเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมจริยธรรมวิจัย โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการท้องอืด และให้ทดลองใช้เครื่องมือจนสามารถเก็บได้อย่างถูกต้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลให้เสร็จสิ้นทีละกลุ่ม ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าจนครบตามจำนวนเพื่อป้องกันการปนเปื้อน โดยผู้วิจัยมอบคู่มือให้ในกลุ่มควบคุมภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังการผ่าตัด ได้รับการเข้าเยี่ยมภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด และจากนั้นติดตามเยี่ยมในเวลาเช้าและเย็นของทุกวันจนครบ 72 ชั่วโมง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 – สิงหาคม 2566 ณ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 52 คน โดยมีขั้นตอนดำเนินการ 3 ขั้นตอนใหญ่ คือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และขั้นสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้ เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง การฝึกพลิกตะแคงตัวบนเตียง การบริการกล่อมเนื้อหน้าท้อง และการลุกเดินเร็วหลังผ่าตัด โดยศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ ในการใช้ทักษะการสอนและสาธิต เพื่อถ่ายทอดความรู้ ที่ใช้ในการจัดกิจกรรม และให้เกิดความมั่นใจ ในการสอน

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) สื่อ VDO แผนการสอน คู่มือการจัดการอาการท้องอืด และดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย แบบประเมินอาการท้องอืด (วิริยา ศิลา, 2561) เพื่อนำมาใช้ในการวิจัย

3. ดำเนินการขออนุญาตวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร

4. ดำเนินการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยดำเนินการขออนุญาตของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

ขั้นดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกวัน ที่จะเข้ารับการผ่าตัดช่องท้องของแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

2. เลือกกลุ่มตัวอย่าง และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เก็บกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นทีละกลุ่ม จนครบตามจำนวนที่กำหนด

กลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยจะเข้าพบอาสาสมัครกลุ่มควบคุมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนได้รับการผ่าตัดจะเข้าพบผู้ป่วยเพื่อ

สอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการรักษา และครั้งที่ 2 เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด เพื่อประเมินอาการท้องอืด โดยใช้แบบประเมินอาการท้องอืด ประเมิน 1 ครั้งหลังการผ่าตัด ดังนี้

วันที่ 1 ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อนได้รับการผ่าตัด

ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการรักษา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล

- เตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เป็นการเตรียมผ่าตัดแบบทั่วไปโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินสภาพก่อนผ่าตัด การซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว การแพทย์ ให้น้ำและอาหาร การทำความสะอาดบริเวณที่ต้องลงมีดผ่าตัด และการเตรียมลำไส้

24-72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

- ให้การพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การประเมินแผลผ่าตัด การดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา การดูแลสายระบายสิ่งตกค้างในกระเพาะอาหารผ่านทางจมูก สายระบายเลือดในช่องท้อง สายสวนปัสสาวะ ดูแลผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว และลุกเดินหลังผ่าตัด การประเมินความปวดและการจัดการกับความปวด โดยพยาบาลวิสัญญี การให้ยาบรรเทาอาการท้องอืด ได้แก่ Air-X และ Metoclopramide ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการ โดยใช้แบบประเมินอาการท้องอืด เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด และภายหลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัย ให้การพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการอาการ และมอบคู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด ให้กับกลุ่มควบคุมเหมือนกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง

ใช้โปรแกรมการจัดการอาการประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์อาการท้องอืด ขั้นตอนที่ 2 การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด โดยแบ่งกิจกรรมตามระยะได้ ดังนี้

ระยะที่ 1: วันที่ 1 ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนวันผ่าตัด

กิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพ ในวันแรกที่เข้าพบผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยเข้าพบผู้ป่วยที่เตียงแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และลดความวิตกกังวล
2. ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์อาการท้องอืด
3. การเตรียมผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับประสบการณ์อาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินลักษณะอาการ ความรุนแรง และการตอบสนองต่ออาการ โดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคล ใช้เวลา 15 นาที
4. การเตรียมความพร้อมการจัดการอาการท้องอืด โดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะ (สาธิตและสาธิตย้อนกลับ) เกี่ยวกับการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน โดยใช้เวลา 20 นาที

4.1 การพลิกตะแคงตัว ปฏิบัติดังนี้

จัดทำศีรษะสูง 35-45 องศา ให้พลิกตะแคงตัวซ้าย-ขวา เพื่อช่วยให้การไหลเวียนโลหิต และการบีบตัวของลำไส้ทำงานดีขึ้น ขับแก๊สที่คั่งค้างในลำไส้และกระเพาะอาหาร ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ส่งเสริมให้ปอดมีการขยายตัว โดยให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ยกเว้นเวลาหลับ

4.2 การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง ปฏิบัติดังนี้

บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยอยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ขาเหยียดใช้หมอนรองใต้เข่ายกขาขวาสูงขึ้นจากที่นอนแล้วเคลื่อนไหวขาขวาให้ใกล้กับหน้าท้อง ให้ข้อเข่าขวาและข้อตะโพกขวาอ วางมือบนเข่าขวา แล้วใช้มือดึงขาขวาชิดกับหน้าท้องเท่าที่จะสามารถทำได้ นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ วางขาขวาบนที่นอนหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ 4 ครั้ง จากนั้นยกขาซ้ายสูงขึ้นจากที่นอนแล้วเคลื่อนไหวขาซ้ายให้ใกล้กับหน้าท้อง โดยให้ข้อเข่าซ้ายและข้อตะโพกซ้ายอวางมือบนเข่าซ้าย ใช้มือดึงขาซ้ายชิดกับหน้าท้องเท่าที่จะสามารถทำได้ นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ วางขาซ้ายบนที่นอนหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ 4 ครั้ง ออกกำลังกายกับขาแต่ละข้าง 4 ครั้ง โดยปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น

4.3 การลุกเร็วหลังผ่าตัด ปฏิบัติดังนี้

นั่งห้อยขาข้างเตียง ทำได้โดยงอเข่าทั้ง 2 ข้างขึ้น และบังคับให้เข่าชิดกันตลอด หลังจากนั้นให้หมุนศีรษะมาด้านใดด้านหนึ่ง ตะแคงตัว หลังจากนั้นเคลื่อนไหวเท้าทั้ง 2 ข้างลงข้างเตียง และยกลำตัวขึ้นช้า ๆ โดยใช้ข้อศอกดันลำตัวขึ้นให้อยู่ในท่านั่ง ปฏิบัติอย่างน้อย 10 นาที โดยปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง ดังนี้ เช้าเวลา 07.00 เย็นเวลา 17.00 น.

การลุกยืน และเริ่มเดินอย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน รวมระยะทาง 15 เมตร เพื่อช่วยกระตุ้นให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด และกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และให้คำแนะนำ

6. มอบคู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวน

ระยะที่ 2: 24-72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

เป็นการใช้โปรแกรมการจัดการอาการในระยะหลังผ่าตัด ดังนี้

ประสบการณ์อาการท้องอืด

กิจกรรม:

ประเมินประสบการณ์อาการท้องอืดหลังการผ่าตัดช่องท้อง โดยให้ผู้ป่วยประเมินคะแนนความรุนแรงของอาการท้องอืดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข จากระดับ 0-10

พยาบาลใช้คำถามปลายเปิด ด้วยข้อความ “ท่านมีความรู้สึกอย่างไร เกี่ยวกับอาการท้องอืด”

การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด

ผู้ป่วยใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดโดยเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน ดังนี้

24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

ใช้กลวิธีการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง มีรายละเอียด ดังนี้

1. การพลิกตะแคงตัว จัดท่าศีรษะสูง 35-45 องศา ให้พลิกตะแคงตัวซ้าย-ขวาทุก 2 ชั่วโมง เว้นช่วงพักหลับ คือ 20.00-08.00 น. เพื่อช่วยให้การไหลเวียนโลหิต และการบีบตัวของลำไส้ทำงานดีขึ้น ขับแก๊สที่คั่งค้างในลำไส้ และกระเพาะอาหาร ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ส่งเสริมให้ปอดมีการขยายตัว โดยผู้วิจัยเข้าไปกระตุ้น และเน้นให้ผู้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวเองในเวลา เช้า กลางวัน และเย็น

2. การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยอยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ขาเหยียดใช้หมอนรองใต้เข่ายกขาขวาสูงขึ้นจากที่นอนแล้วเคลื่อนไหวขาขวาให้ใกล้กับหน้าท้อง ให้ข้อเข่าขวา และข้อตะโพกขวาอ วางมือบนเข่าขวา แล้วใช้มือดึงขาขวาชิดกับหน้าท้องเท่าที่จะสามารถทำได้ นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ วางขาขวานอนที่นอนหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ 4 ครั้ง จากนั้นยกขาซ้ายสูงขึ้นจากที่นอนแล้วเคลื่อนไหวขาซ้ายให้ใกล้กับหน้าท้อง โดยให้ข้อเข่าซ้ายและข้อตะโพกซ้ายอวางมือบนเข่าซ้าย แล้วใช้มือดึงขาซ้ายชิดกับหน้าท้องเท่าที่จะสามารถทำได้ นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ วางขาซ้ายบนที่นอนหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ 4 ครั้ง ออกกำลังกายกับขาแต่ละข้าง 4 ครั้ง โดยผู้วิจัยเข้าไปกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามโปรแกรมโดย ปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง ดังนี้ เข้าเวลา 07.00 และเย็น เวลา 17.00 น.

24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

ใช้กลวิธีการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด มีรายละเอียด ดังนี้

1. การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยอยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ขาเหยียดใช้หมอนรองใต้เข่ายกขาขวาสูงขึ้นจากที่นอนแล้วเคลื่อนขาขวาให้ใกล้กับหน้าท้อง ให้ข้อเข่าขวาและข้อตะโพกขวาอ วางมือบนเข่าขวา แล้วใช้มือดึงขาขวาชิดกับหน้าท้องเท่าที่จะสามารถทำได้ นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ วางขาขวาบนที่นอนหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ 4 ครั้ง จากนั้นยกขาซ้ายสูงขึ้นจากที่นอนแล้วเคลื่อนขาซ้ายให้ใกล้กับหน้าท้อง โดยให้ข้อเข่าซ้ายและข้อตะโพกซ้ายอวางมือบนเข่าซ้าย แล้วใช้มือดึงขาซ้ายชิดกับหน้าท้องเท่าที่จะสามารถทำได้ นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ วางขาซ้ายบนที่นอนหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ 4 ครั้ง ออกกำลังกายกับขาแต่ละข้าง 4 ครั้ง โดยผู้วิจัยเข้าไปกระตุ้นให้ปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง ดังนี้ เข้าเวลา 07.00 และเย็นเวลา 17.00 น.

2. การลุกเร็วหลังผ่าตัด โดยอยู่ในท่านั่งห้อยขาข้างเดียว ทำได้โดยงอเข่าทั้ง 2 ข้างขึ้น และบังคับให้เข่าชิดกันตลอด หลังจากนั้นให้หมุนศีรษะมาด้านใดด้านหนึ่ง ตะแคงตัว หลังจากนั้นเคลื่อนเท้าทั้ง 2 ข้างลงข้างเดียว และยกลำตัวขึ้นช้า ๆ โดยใช้ข้อศอกดันลำตัวขึ้นให้อยู่ในท่านั่ง ปฏิบัติอย่างน้อย 10 นาที โดยผู้วิจัยเข้าไปกระตุ้นให้ปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง ดังนี้ เข้าเวลา 07.00 และเย็นเวลา 17.00 น.

48-72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

ใช้กลวิธีการลุกเร็วหลังผ่าตัด มีรายละเอียด ดังนี้

การลุกยืน และเริ่มเดินอย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน รวมระยะทาง 15 เมตร เพื่อช่วยกระตุ้นให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด และกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น โดยผู้วิจัยเข้าไปกระตุ้นให้ปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง ดังนี้ เข้าเวลา 07.00 น. และเย็นเวลา 17.00 น.

พยาบาลช่วยเหลือให้กำลังใจ และให้คำปรึกษา ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน

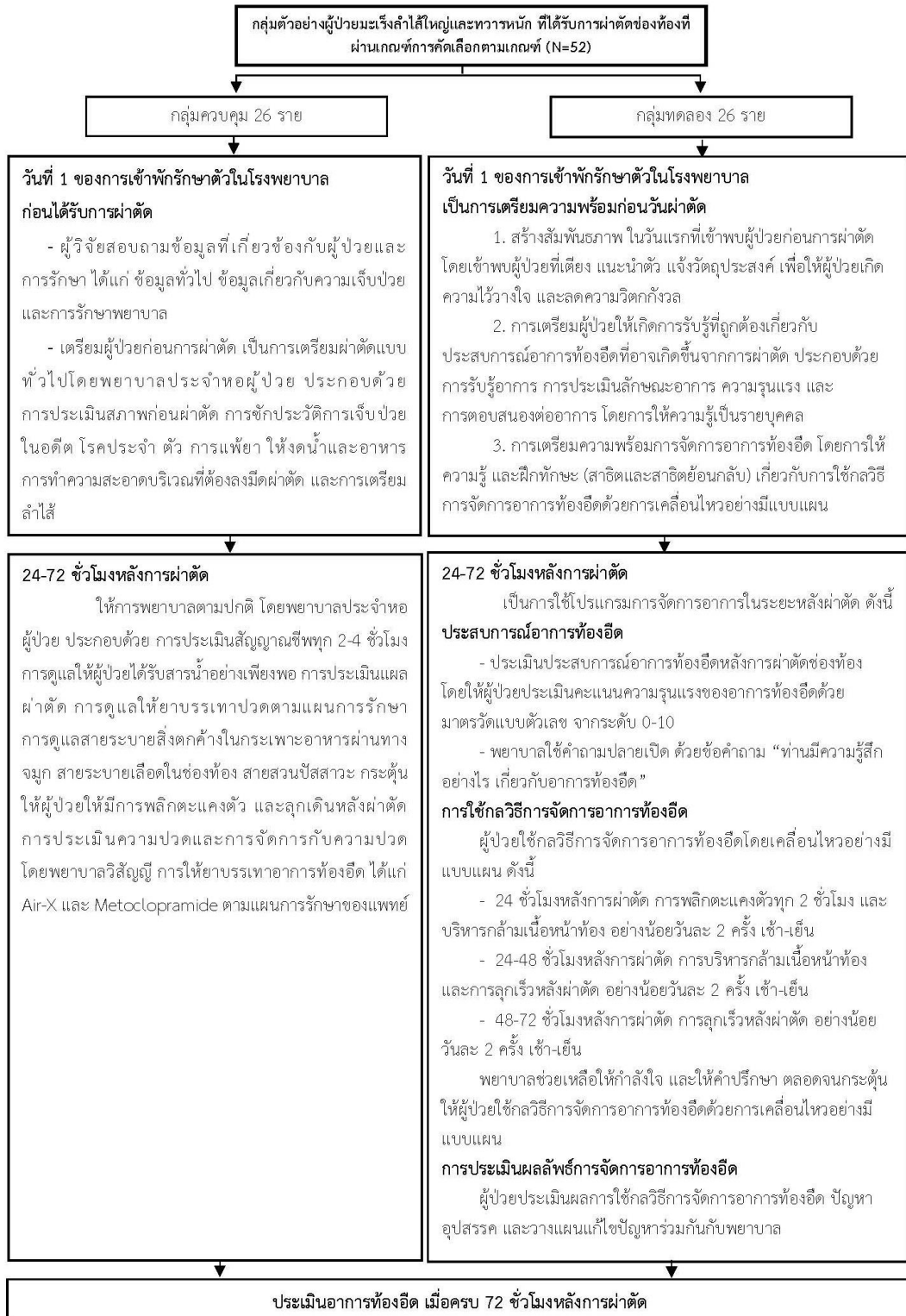
ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการ

ผู้ป่วยประเมินผลการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด ปัญหา อุปสรรค และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกับพยาบาล

ขั้นสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

วันที่ 3 หลังการผ่าตัด (72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด) ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินอาการโดยใช้แบบประเมินอาการท้องอืดหลังการผ่าตัดช่องท้อง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จนครบ 26 คน และมอบคู่มือการจัดการอาการท้องอืดให้กลุ่มควบคุม

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังภาพ 3



ภาพ 3 ขั้นตอนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's Exact Test, Independent t-test และ Mann-Whitney U test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดของผู้ป่วยหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีลักษณะการกระจายของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืด ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 26 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง สิงหาคม 2566 นำเสนอผลการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 52 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่า ๆ กัน จำนวน 26 ราย จำแนกและเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา โดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher's exact tests, Independent t-test และ Mann-Whitney U test ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) รายละเอียด ดังนี้ (ตาราง 1-3)

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา ระหว่างกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ข้อมูลส่วนบุคคล						
เพศ^C					2.07	.150 ^{ns}
ชาย	7	26.92	12	46.15		
หญิง	19	73.08	14	53.85		
ระดับการศึกษา^C					0.49	.482 ^{ns}
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	22	84.62	20	76.92		
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	4	15.38	6	23.08		
สถานภาพสมรส^C					1.564	.211 ^{ns}
โสด/แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	9	34.62	5	19.23		
สมรส	17	65.38	21	80.77		
อาชีพ^C					0.08	.777 ^{ns}
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	42.31	10	38.46		
ประกอบอาชีพ	15	57.69	16	61.54		
ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา						
การวินิจฉัยโรค^C					1.23	.267 ^{ns}
CA colon	15	57.69	11	42.31		
CA rectum	11	42.31	15	57.69		
ชนิดของการผ่าตัด^C					0.31	.578 ^{ns}
Colon cancer surgery	11	42.31	13	50.00		
Rectum cancer surgery	15	57.69	13	50.00		
Colostomy^C					1.95	.163 ^{ns}
มี	14	53.85	9	34.62		
ไม่มี	12	46.15	17	65.38		
Radivac drain^C					0.39	.532 ^{ns}
มี	20	76.92	18	69.23		
ไม่มี	6	23.08	8	30.77		

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที) ^C					3.06	.080 ^{ns}
60 – 120	20	76.92	14	53.85		
121 – 180	6	23.08	12	46.15		
ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด (ml) ^C					2.16	.340 ^{ns}
< 50	5	19.23	9	34.62		
50-100	16	61.54	11	42.31		
101-500	5	19.23	6	23.08		
>500	0	0	0	0		
ยาระงับความรู้สึก ^F					1.020	1.000 ^{ns}
Nimbex	26	100.0	25	96.15		
Propofal	0	0	1	3.85		
ชนิดของยาระงับปวด ^F					1.020	1.000 ^{ns}
Morphine	26	100.0	25	96.15		
Fentanyl	0	0	1	3.85		
การได้รับยา Metoclopramide ^F					3.359	.140 ^{ns}
ได้	2	7.69	7	26.92		
ไม่ได้	24	92.31	19	73.08		

หมายเหตุ: C= Chi-square, F= Fisher's exact tests, ns = non significant (p>.05)

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.08) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 84.62) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.38) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 57.69) วินิจฉัยเป็น CA colon (ร้อยละ 57.69) การผ่าตัด Rectum cancer surgery (ร้อยละ 57.69) มี Colostomy (ร้อยละ 53.85) มี Radivac drain (ร้อยละ 76.92) ระยะเวลาในการผ่าตัด 60-120 นาที (ร้อยละ 76.92) ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด 50-100 ml (ร้อยละ 61.54) ยาระงับความรู้สึกเป็น Nimbex (ร้อยละ 100.00) ยาระงับปวดเป็น Morphine (ร้อยละ 100.00) และไม่ได้รับยา Metoclopramide (ร้อยละ 92.31)

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.85) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 76.92) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.77) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 61.54) วินิจฉัยเป็น CA Rectum (ร้อยละ 57.69) การผ่าตัด Colon and rectum cancer surgery (ร้อยละ 50.00) ไม่มี Colostomy (ร้อยละ 65.38) มี Radivac drain (ร้อยละ 69.23) ระยะเวลาในการผ่าตัด 60-120 นาที (ร้อยละ 53.85) ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด 50-100 ml (ร้อยละ 42.31) ยาระงับความรู้สึกเป็น Nimbex (ร้อยละ 96.15) ยาระงับปวดเป็น Morphine (ร้อยละ 96.15) และส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา Metoclopramide (ร้อยละ 73.08)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด การมี Colostomy และ Radivac drain ระยะเวลาในการผ่าตัด และปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด ด้วยสถิติ Chi-square test และเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันจำแนกตาม ยาระงับความรู้สึก ชนิดของยาระงับปวด และการได้รับยา Metoclopramide ด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูล อายุ และระดับโพแทสเซียมในเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=26)			กลุ่มทดลอง (n=26)			t-test	p-value
	Min-Max	x	S.D.	Min-Max	x	S.D.		
	อายุ	37-86	64.35	11.02	44-87	64.12			11.02	0.075	.940^{ns}
ระดับโพแทสเซียม ในเลือด (mEq/L)	3.5-4.6	3.98	0.35	3.5-4.9	4.18	0.38	-1.971	.054 ^{ns}

หมายเหตุ: ns = non significant ($p>.05$)

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 64.35 ปี (S.D. = 11.02) และมีระดับโพแทสเซียมในเลือดเฉลี่ย 3.98 mEq/L (S.D. = 0.35) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 64.12 ปี (S.D. = 11.02) และมีระดับโพแทสเซียมในเลือดเฉลี่ย 4.18 mEq/L (S.D. = 0.38)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลอายุ และระดับโพแทสเซียมในเลือดด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อมูลคะแนน ความปวดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=26)				กลุ่มทดลอง (n=26)				Z-test	p-value
	Min-Max	\bar{x}	S.D.	Mean Rank	Min-Max	\bar{x}	S.D.	Mean Rank		
	วันที่ 1	2-7	4.31	1.22	27.92	2-7	4.08	1.26			25.08	-0.706	.480^{ns}
วันที่ 2	2-5	3.65	0.85	29.96	2-6	3.23	1.03	23.04	-1.728	.084 ^{ns}
วันที่ 3	1-5	2.81	1.10	28.44	2-4	2.50	0.76	24.56	-1.026	.305 ^{ns}

หมายเหตุ: ns = non significant ($p > .05$)

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มควบคุมมีความปวดหลังการผ่าตัดวันที่ 1 เฉลี่ย 4.31 คะแนน (S.D.= 1.22) วันที่ 2 เฉลี่ย 3.65 คะแนน (S.D. = 0.85) และวันที่ 3 เฉลี่ย 2.81 คะแนน (S.D. = 1.10) กลุ่มทดลองมีความปวดหลังการผ่าตัดวันที่ 1 เฉลี่ย 4.08 คะแนน (S.D. = 1.26) วันที่ 2 เฉลี่ย 3.23 คะแนน (S.D. = 1.03) และวันที่ 3 เฉลี่ย 2.50 คะแนน (S.D. = 0.76)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย ความรู้สึกอึดแน่นท้อง การเรอ การผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ และขนาดเส้นรอบท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=26)			กลุ่มทดลอง (n=26)			Z-test	p-value
	\bar{x}	S.D.	Mean Rank	\bar{x}	S.D.	Mean Rank		
1. คะแนนความรู้สึกอึดแน่นท้อง	2.15	0.61	34.63	1.35	0.56	18.37	-4.213	.000***
2. คะแนนการเรอ	2.31	1.09	34.50	1.19	0.49	18.50	-4.224	.000***
3. คะแนนการผายลม	2.04	0.82	32.25	1.42	0.76	20.75	-2.976	.003**
4. คะแนนการเคลื่อนไหวของลำไส้	2.08	0.80	33.94	1.27	0.60	19.06	-3.893	.000***
5. คะแนนขนาดเส้นรอบท้อง	1.58	0.58	33.50	1.00	0.00	19.50	-4.320	.000***
รวมค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืด	10.15	2.80	36.23	6.23	1.63	16.77	-4.703	.000***

** (p<.01), *** (p<.001)

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มควบคุมมีความรู้สึกอึดแน่นท้องเฉลี่ย 2.15 คะแนน (S.D.= 0.61, Mean Rank = 34.63) การเรอเฉลี่ย 2.31 คะแนน (S.D. = 1.09, Mean Rank = 34.50) การผายลมเฉลี่ย 2.04 คะแนน (S.D. = 0.82, Mean Rank = 32.25) การเคลื่อนไหวของลำไส้เฉลี่ย 2.08 คะแนน (S.D. = 0.80, Mean Rank = 33.94) และขนาดเส้นรอบท้องเฉลี่ย 1.58 คะแนน (S.D. = 0.58, Mean Rank = 33.50) รวมค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืด 10.15 คะแนน (S.D. = 2.80, Mean Rank = 36.23)

กลุ่มทดลองมีความรู้สึกรู้สึกอึดแน่นท้องเฉลี่ย 1.35 คะแนน (S.D.= 0.56, Mean Rank = 18.37) การเรอเฉลี่ย 1.19 คะแนน (S.D. = 0.49, Mean Rank = 18.50) การผายลมเฉลี่ย 1.42 คะแนน (S.D.= 0.76, Mean Rank = 20.75) การเคลื่อนไหวของลำไส้เฉลี่ย 1.27 คะแนน (S.D. = 0.60, Mean Rank = 19.06) และขนาดเส้นรอบท้องเฉลี่ย 1.00 คะแนน (S.D.= 0.00, Mean Rank = 19.50) รวมค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืด 6.23 คะแนน (S.D. = 1.63, Mean Rank = 16.77)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกรู้สึกอึดแน่นท้อง การเรอ การผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ และขนาดเส้นรอบท้อง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทุกด้าน



บทที่ 5

บทสรุป

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นการศึกษาแบบ วัตหลังการทดลอง (The experimental posttest-only control group design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่อง ท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ขณะทำการผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 - เดือนสิงหาคม 2566 โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 52 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอาการท้องอืด ประกอบด้วยการประเมิน 5 ด้าน ดังนี้ ความรู้สึกอึดแน่นท้อง การเรอ การผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ และขนาดเส้นรอบท้อง โดยประเมินเมื่อครบ 72 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการอาการ สื่อที่ใช้ในการให้ความรู้เพื่อเตรียมประสบการณ์ก่อนการผ่าตัด และสื่อที่ใช้ประกอบการฝึกทักษะการใช้กลวิธีการจัดการอาการในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ได้แก่ สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เกี่ยวกับประสบการณ์อาการท้องอืดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมิน ลักษณะอาการ และการตอบสนองต่ออาการ สื่อ VDO การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด ด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน คู่มือการจัดการอาการท้องอืด และแผนการสอนประสบการณ์ อาการท้องอืดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 17 โดยวิเคราะห์หาความถี่ร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส อาชีพ การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด การมี Colostomy และ Radivac drain ระยะเวลาในการ ผ่าตัด และปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด ด้วยสถิติ Chi-square test เปรียบเทียบข้อมูล ยา าระงับความรู้สึก ชนิดของยาระงับปวด และการได้รับยา Metoclopramide ด้วยสถิติ Fisher's Exact

Test เปรียบเทียบข้อมูลอายุ และระดับโพแทสเซียมในเลือดด้วยสถิติ Independent t-test เปรียบเทียบข้อมูลคะแนนความปวดหลังการผ่าตัด และความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย และการรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกันหลายด้าน ได้แก่ อายุเฉลี่ย 64 ปี เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพ มี Radivac drain ระยะเวลาในการผ่าตัด 60-120 นาที ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด 50-100 ml ยาระงับความรู้สึกเป็น Nimbex ยาระงับปวดเป็น Morphine และไม่ได้รับยา Metoclopramide ระดับโพแทสเซียมในเลือดเฉลี่ย 4 mEq/L เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย และการรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.001$)

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ได้แก่

ค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดต่ำกว่าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยในระยะหลังผ่าตัดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด กลุ่มควบคุมมีอาการท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง ต่างจากกลุ่มทดลองที่มีอาการท้องอืดระดับเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกอึดแน่นท้อง การเรอ การผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ และขนาดเส้นรอบท้อง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ดังนี้

อาการท้องอืดหลังการผ่าตัดช่องท้อง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2559) สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด เช่น การตัดผ่านกล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อช่องท้องเข้าไปในช่องท้อง ระบบประสาทถูกยับยั้ง (Inhibitory neural reflexes) ผลของยาระงับความรู้สึก (Analgesia) ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ การได้รับยาระงับปวดกลุ่ม Narcotic drug เช่น Morphine, Pethidine ซึ่งนอกจากจะมีฤทธิ์ระงับ

ความปวดแล้ว ยังออกฤทธิ์ต่อกลุ่มเซลล์ในผนังทางเดินอาหาร โดยกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาท Acetylcholine (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556) ทำให้การบีบรัดตัวของลำไส้ลดลง เกิดภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (Sethi, 2018) นอกจากนี้ปัจจัยด้านการผ่าตัดแล้ว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น การลุกเดินจากเตียงล่าช้า มีสาเหตุทั้งจากความปวด อ่อนเพลีย ไม่ได้รับการกระตุ้นให้ลุกเดินจากเตียง หรือได้รับการกระตุ้นให้ลุกเดินจากเตียงหลังผ่าตัดแต่ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพไม่เพียงพอ (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559; สิริอร ช้อยุน, วริศรา ภูทวี, และอาภา ศรีสร้อย, 2562) การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง เนื่องจากความปวด โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนนิ่ง ๆ อยู่กับเตียงไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว และขาดการกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ทำให้มีแก๊สค้างอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ, 2559) นอกจากนี้การไม่ได้รับการเตรียมประสบการณ์ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเสียหายอาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด การประเมินลักษณะอาการ การตอบสนองต่ออาการ และการใช้กลวิธีในการจัดการอาการท้องอืดที่เหมาะสม การกระตุ้นให้ใช้กลวิธีที่เพียงพอ จึงทำให้เกิดอาการท้องอืด โดยอาการท้องอืดประเมินได้จากการสังเกตหรือความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอกว่าไม่สุขสบาย มีความรู้สึกอึดแน่นท้อง ส่วนอาการและอาการแสดงอื่น ๆ ที่ประเมินได้เช่น จากการเรอ การผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ และขนาดเส้นรอบท้องที่เพิ่มขึ้นจากปกติ (วิริยา ศิลา, 2560) ซึ่งอาการท้องอืดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เกิดภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ (Ufoaroh et al., 2019) ปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น และความวิตกกังวล (จิรนุช สมโชค, ศรัญญา จุฬาริ, และจันทร์ทิรา เจียรณัย, 2563)

โปรแกรมการจัดการอาการที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่มีแนวคิดว่า ประสบการณ์อาการเป็นการรับรู้ส่วนบุคคล การประเมินและการตอบสนองของบุคคลนั้น ๆ ต่อความผิดปกติหรืออาการที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งหากบุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ก็จะสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ในการจัดการอาการที่ดี ทั้งนี้โปรแกรมการจัดการอาการที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีการจัดการอาการท้องอืดแบบไม่ใช้ยาโดยเป็นความร่วมมือของพยาบาลและผู้ป่วย กิจกรรมครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ ประสบการณ์อาการท้องอืด การใช้กลวิธีจัดการอาการท้องอืด และการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด ซึ่งขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์อาการท้องอืด เป็นการเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของอาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดภายใน 24-72 ชั่วโมง การประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืด ตลอดจนการตอบสนองต่ออาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากอาการท้องอืด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น หากอาการท้องอืดรุนแรงขึ้นหรือไม่ได้รับแก้ไขการเตรียมผู้ป่วยให้

มีความรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดนี้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการท้องอืด การประเมินความรุนแรงของอาการ ตลอดจนความสำคัญของการจัดการอาการท้องอืดด้วยกลวิธีที่เหมาะสม ดังนั้นภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยจึงสามารถรับรู้ถึงการเกิดท้องอืด ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ตลอดจนเผชิญกับอาการท้องอืด ภายหลังจากการผ่าตัดและนำไปสู่กลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมตามแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ดังกล่าวข้างต้น

สำหรับขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด เป็นการเตรียมความพร้อมการจัดการอาการท้องอืดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเช่นกัน โดยการให้ความรู้ โดยใช้สื่อ VDO และคู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดที่ผู้ป่วยสามารถนำไปทบทวนและศึกษาได้ด้วยตนเอง รวมถึงมีการฝึกทักษะ โดยพยาบาลสาธิตและผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน มีลำดับขั้นตอนและมีการกำหนดลักษณะของกลวิธีการจัดการอาการท้องอืดอย่างชัดเจนตามแนวคิดของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวคือ ผู้ป่วยเป็นผู้ใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยตัวเองโดยมีพยาบาลเป็นผู้กระตุ้น (Who) ใช้กลวิธีจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน (What) ในระยะหลังผ่าตัดช่องท้อง (When) สามารถปฏิบัติได้บนเตียงภายในหอผู้ป่วย (Where) เพื่อลดอาการท้องอืด (Why) ตามขั้นตอนวิธีการจัดการที่ได้ฝึกทักษะตั้งแต่ก่อนผ่าตัด (How) โดยกำหนดให้ปฏิบัติกิจกรรมวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและเย็น (How much) เพื่อให้ผู้ป่วยอาการท้องอืดลดลง (To Whom) ประกอบด้วยวิธีการเคลื่อนไหวตามลำดับขั้นตอน ได้แก่ การพลิกตะแคงตัวและบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและลุกเร็วหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง และการลุกเร็วหลังผ่าตัดใน 48-72 ชั่วโมง (How) กลวิธีการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนดังกล่าวช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น (Grass et al., 2018) เป็นวิธีที่ทำให้ได้ง่ายผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการที่มีพยาบาลติดตามเยี่ยม กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้กลวิธีการจัดการอาการตามที่ได้ฝึกทักษะไปอย่างเป็นลำดับ ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นให้กำลังใจให้คำปรึกษา (ขั้นตอนที่ 3) จึงทำให้ผู้ป่วยใช้กลวิธีดังกล่าวอย่างต่อเนื่องส่งผลในการลดอาการท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพ

ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่ได้รับการเตรียมประสบการณ์เพื่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืด รวมถึงการฝึกทักษะกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดไม่เพียงพอ จึงทำให้ผู้ป่วยเผชิญอาการและจัดการอาการท้องอืดได้อย่างเหมาะสมน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ทำให้พบอาการท้องอืดภายหลังจากการผ่าตัดได้มากกว่ากลุ่มทดลอง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธิรัตน์ คำบุญ และคณะ (ธิรัตน์ คำบุญ, อินทิรา ปากันทะ, วิทวัส จิตต์ผิงงาม, และกิตติมา หวังธีระประเสริฐ, 2562) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการกลุ่มอาการใน

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย อธิบายถึงการรับรู้ว่ามีผู้ป่วยไม่เข้าใจสาเหตุการเกิดกลุ่มอาการ จะไม่สามารถประเมินความรุนแรงของอาการ และใช้กลวิธีการจัดการที่เหมาะสมได้ จึงทำให้การจัดการกลุ่มอาการไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากกลวิธีไม่เหมาะสม ซึ่งภายหลังจากการพัฒนา รูปแบบการจัดการกลุ่มอาการในงานวิจัยดังกล่าว พบว่า การที่ผู้ป่วยจะจัดการอาการได้ดีต้องมีการรับรู้ที่ถูกต้อง รวมถึงกลวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการต้องเหมาะสม และเป็นกลวิธีที่สามารถทำได้ง่าย ผู้ป่วยจึงจะสามารถจัดการอาการได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วิริยา ศิลา (2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนิเวศต่ออาการปวดและอาการ ท้องอืดหลังผ่าตัดหน้าท้องโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วย การประเมินประสบการณ์ การใช้กลวิธีโดยการฟังเพลงและการเคี้ยวหมากฝรั่ง และการประเมินอาการ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ กัญธิดา พันทรังษี (กัญธิดา พันทรังษี, 2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีอาการท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และรัชดา อนุวงศ์ศิลปชัย (รัชดา อนุวงศ์ศิลปชัย, 2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยที่ภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิด พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการจัดการอาการ ที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องสามารถบรรเทาอาการท้องอืดหลังผ่าตัดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริหารพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานมีการนำโปรแกรมการจัดการอาการ ไปใช้ในการบรรเทาอาการท้องอืด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพในการให้การพยาบาล ตลอดจนความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

1.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการอาการ ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาในวิชาชีพพยาบาล อนึ่งการผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มักมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน โปรแกรมการจัดการอาการที่จัดทำขึ้นอาจต้องให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด โดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะญาติหรือผู้ดูแลไปพร้อม ๆ กับผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ซึ่งหากญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม คอยช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ไปพร้อมกับทีมบุคลากรสุขภาพ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้ผลดียิ่งขึ้น

1.3 ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำโปรแกรมการจัดการอาการ และสื่อไปใช้ในสอนนิสิตพยาบาลให้ข้อมูลผู้ป่วย และเป็นแนวทางให้นิสิตพยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) มะเร็งกระเพาะอาหาร (Gastric cancer) เป็นต้น เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่แพร่หลายมากขึ้น

2.2 ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยกลุ่มเดิม โดยวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการท้องอืดใน 24, 48, และ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด โดยใช้สถิติ Repeated ANOVA เพื่อติดตามความต่อเนื่องและผลลัพธ์ของโปรแกรม

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กัญธิดา พันพริ่งซี่. (2565). ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 84-92.
- กิตติพิชญ์ ทิพากรวิศิษฐ์. (2566). ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับ carcinoembryonic antigen (CEA) ในเลือดกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 3(2), 45-62.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติสาธารณสุข*. สืบค้น 20 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://spdmoph.go.th/public-health-statistics/>.
- กษมา ตันติผลาชีวะ. (2549). *Post operative ileus cause prevention and treatment*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ขวัญหทัย ช่างใหญ่. (2561). แนวปฏิบัติการดูแลทางโภชนาการอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวิกฤติ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 25-32.
- งานเวชระเบียนโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. (2562). *สถิติผู้ป่วย*. สืบค้น 25 มีนาคม 2566, จาก <https://www.uttaradit-hosp.go.th/room/roomdetail.php?>
- จุฑารัตน์ วรศิริ. (2559). *ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดต่อลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยมะเร็ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จุฑารัตน์ สว่างชัย, และศรีสุดา งามขำ. (2560). ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องโรงพยาบาลสวรรคคประชารักษ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11, 1-11.
- จิตอารีย์ ตันติยาสวัสดิ์, บัณฑิตา จาदनอก, ศรีัญญา ตีจะนา, และธารินี เพชรรัตน์. (2562). การประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยใน แผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์. *โรงพยาบาลศรีนครินทร์: ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(3), 293-297.
- จิรนุช สมโชค ไวก์, ศรีัญญา จุฬารี, และจันทร์ทิรา เจียรณัย. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 26(1), 231-250.
- จุฬารัตน์ ประสงค์สิต, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, และยุวรัตน์ ม่วงเงิน. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- โจธิกา เบ็ญชา, ชนิดา ไวยสุตรา, เบญจพร มั่นอยู่, และอมรรวรรณ กวีภัทรนนท์. (2560). รายงานผลการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพ เรื่องแนวปฏิบัติการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมชายสามัญ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.

- ชนุดพร รัตนมงคล, ศิริอร สิ้นธ, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, และเชิดศักดิ์ ไอรณณรัตน์. (2559). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็ง
ชนิดปฏุมภูมิของกระเพาะอาหาร ตับ ทางเดินน้ำดี ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. *วารสารสภา
การพยาบาล*, 31(3), 97-109.
- ฐิตาภา อิศรไกรศีล. (2565). แนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และ
ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด. *วารสารสาขาวิทยาศาสตร์ และ
เทคโนโลยี*, 4, 1-11.
- ทวีสิน ต้นประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ. (2550). *ตำราศัลยศาสตร์*
(พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: ประชากรอินเตอร์พรีน.
- ธเนศ พงศ์ธีรรัตน์. (2562). *อณูชีววิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*. กรุงเทพฯ: เอเชียดิจिटอล
การพิมพ์.
- ธิดารัตน์ คำบุญ, อินทิรา ปากันทะ, วิทวัส จิตต์ผิงงาม, และกิตติมา หวังธีระประเสริฐ. (2562).
การพัฒนารูปแบบการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด.
วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 13(1), 121-132.
- ธีรนุช บุญพิพัฒนาพงศ์. (2557). *มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงวจนแห่งศิลป์*.
สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นภาพร วงศ์วิวัฒนุกิจ. (2562). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวการทำงานงานของลำไส้
หลังการผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสาร*, 46(4), 193-201.
- นัทธมน วุฒานนท์. (2554). *การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม*. เชียงใหม่: พิมพ์ลักษณ์.
- นุชรี ธรรมพันธ์. (2558). *ศึกษาผลของโปรแกรมลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิด
หน้าท้อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษบา สมใจวงศ์. (2559). *เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพใหญ่ 1 เรื่องการ
พยาบาลผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรฤดี นราสงค์. (2563). ผลของโปรแกรมการบริหารท้อง หัวไหล่ และการหายใจอย่างมีแบบแผนใน
ผู้ป่วย ท้องอืดและปวดหัวไหล่หลังผ่าตัดน้ำดีในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง. *เวชบันทึกศิริราช*,
13, 11-20.
- มณฑนา ปรีเลิศ. (2555). *ศึกษาวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูก และรังไข่
ออกทางหน้าท้อง*. กรุงเทพฯ: หน่วยงานงานการพยาบาลสูตินรีเวชกรรมพิเศษ:
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.

- รัชดา อนุวงศ์ศิลปะชัย. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 84-92.
- รัชณี เบญจฉนัง, พิมพ์จิตร กายจนสินธุ์, ปราณี ทองใส, และสุมินตรา สินธุ์ศิริมานะ. (2558). *การพยาบาล ศัลยศาสตร์วิฤต*. กรุงเทพฯ: พีเอลิฟวิ่ง.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วรุฒม์ โลศิริวัฒน์. (2560). *โรคของไส้ตรงและทวารหนักที่พบบ่อย (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- วรางคณา พุทธิรักษ์. (2564). ผลของการเตรียมความพร้อมแบบมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. *พยาบาลสาร*, 48, 269-280.
- วราภรณ์ วงษ์เรือง. (2563). ผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสาร*, 47(3), 157-167.
- วิริยา ศิลา. (2561). ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัด และอาการท้องอืดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 24(2), 204-215.
- วัลยาพร คำมอญ. (2557). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสาร*, 41, 83-96.
- วิศิษฐ์ จันทร์คุณาภาส, และสิทธิชา สิริอารีย์. (2560). *Prevention of surgical site infection*. สืบค้น 15 เมษายน 2564, จาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn-new/lectures/topics/>
- วาสุณี. (2019). *ผลของการลุกเร็วหลังผ่าตัดต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง*. สืบค้น 15 เมษายน 2564, จาก <http://C:/Users/Asu/Downloads/Effect of early ambulation to peristaltic activity.pdf>
- ศิริพรรณ ภมรพล. (2556). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 6(1), 1-11.
- ศิริพรรณ ภมรพล. (2559). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(2), 14-23.

- ศศิวิมล เพ็งแก้ว. (2558). *ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อภาวะท้องอืดและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สืบค้นจาก <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/9983>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้น 15 เมษายน 2564, จาก https://www.nci.go.th/e-book/osbased_2563/index.html
- สถิติข้อมูลโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. (2566). *สารสนเทศโรงพยาบาลอุตรดิตถ์*. สืบค้น 14 เมษายน 2563, จาก <https://www.uttaradit-hosp.go.th/room/roomdetail.php?>
- สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, และพัฒนพงศ์ นาวิเจริญ. (2558). *ตำราศัลยศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: ไพลินบุ๊คเน็ต.
- สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, พิเศษ พิเศษพงษา, ทยา กิตติยากร, และองอาจ ไพรสมนทรางกูร. (2558). *มะเร็งลำไส้*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- สุพัฒตรา ศรีภักดี. (2561). การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่มีภาวะวิกฤต. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(4), 13-22.
- สิริอร ช้อยุ่น, วริศรา ภูทิว, และอาภา ศรีสร้อย. (2562). ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพยุงเดินหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(4), 386-390.
- สุวิมล คำงวิวัฒน์, มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน, คัทลียา เกษมศิริ, พรอรุณ เจริญราช, นุชนารถ บุญจึงมงคล, เนรัญชลา สุนทรเกสร, ... สุวรรณี สุระเศรณีวงษ์. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับกรงดน้ำและอาหารก่อนได้รับการผ่าตัดและหัตถการโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. *วิสัญญีสาร*, 47(4), 380-384.
- สายทอง ชัยวงศ์, กล้าเผชิญ โชคบำรุง, และศรินรัตน์ จันทพิมพ์. (2563). *ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดช่องท้องและบทบาทของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ในโรงพยาบาลแขวงบอริคำไซ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 3(3), 176-185.
- อรอนงค์ ทักษสุวรรณ. (2559). *คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้น 8 มกราคม 2565, จาก https://www2.si.mahidol.ac.th/_division/nursing/sins/attachments/article/193/CAcolon.pdf

- อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. (2559). บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช*, 9(3), 189-193.
- Andersen, R. M., Thomsen, T., Danielsen, A. K., Gögenur, I., Alkjær, T., Nordentoft, T., ... & Vinther, A. (2022). Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: A descriptive study. *Disability and rehabilitation*, 44(5), 710-719.
- Bragg, D., Lobo, D.N., El-Sharkawy, A.M., Psaltis, E., & Maxwell-Armstrong, C. A. (2015). Postoperative ileus: Recent developments in pathophysiology and management. *Clinical Nutrition journal*, 34(3), 367-76.
- Cagir, B. (2018). *Postoperative ileus*. Retrieved 10 July, 2019, from <http://medicine.Medscape.com/article/2242141-overview>.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Edge, S. B., & Compton, C. C. (2010). Cancer staging manual. *Annals Surg Oncol*, 17, 1471-1474.
- Gail, W., & Marlene, C. (2018). *What's New in colon Cancer: Update for the Practicing Nurse*. Retrieved April 10, 2021, from <https://www.Clinicalkey.com/nursing/#!/content/54-s2.0-198216>
- Grass, F., Pache, B., Martin, D., Addor, V., Hahnloser, D., Demartines, N., & Hubner, M. (2018). Feasibility of early postoperative mobilization after colorectal surgery: A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 56, 161-166.
- Harnsberger, C. R., Maykel, J. A., & Alavi, K. (2019). Postoperative ileus. *Clin Colon Rectal Surg*, 32(3), 166-170.
- Jibrán, M. (2017). *Bowel sounds*. Retrieved January 11, 2022, <https://www.Slide share.net/jibránmohsin/bowel-sounds>.
- Kalff, J. C., Wehner, S., & Likouhi, B. (2016). *Postoperative ileus*. Retrieved November 10, 2016, from <http://www.uptodate.com/contents/postoperative-ileus>.
- Landers, M. G. (2014). Symptom management theory. *Theories Guiding Nursing research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 35-50.

- Liu, Q., Jiang, H., Xu, D., & Jin, J. (2017). Effect of gum chewing on ameliorating ileus following colorectal surgery. *International Journal of Surgery*, 47(1), 107-115. Retrieved 28 January 2024 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28867465/>
- Meera, S.A. (2022). Enhanced recovery after surgery (ERAS) nursing programme. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(7), 2321-2329.
- Nikolay, B., Bishwajit, B., William, C.C., John, J. C., Michael, W. C., Paula, F., ... Yeh, D.D. (2019). Proton pump inhibitors for the treatment of ileus in adult surgical patients: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 87(4), 922-934.
- Rawal, N. (2023). Intrathecal opioids for the management of post-operative pain. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 37(2), 123-132.
- Sethi, S. (2018). *What to know about ileus*. Retrieved July 10, 2021, from <https://www.Medicalnewstoday.com/articles/322149>.
- Trang, N. T. T., Thosingha, O., & Chanruangvanich, W. (2017). Factors associated with recovery among patients after abdominal surgery. *Journal of Nursing Science*, 35, 4-12.
- Ufoaroh, C. U., Ele, P. U., Anyabolu, A. E., Enemuo, E. H., Emegoakor, C. D., Okoli, C. C., ... Anyabolu, E. N. (2019). *Pre-operative pulmonary assessment and risk factors for post-operative pulmonary complications in elective abdominal surgery in Nigeria*. Retrieved 31 January 2024 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31149005/>
- Wahyuni, S., Wahyuni, A.S., Tarigan, R., & Syarifah, S. (2019). Effect of early ambulation to peristaltic activity of abdominal post-operative patients in Medan city hospital, Indonesia. Retrieved 15 April 2024, from https://www.Researchgate.net/publication/337139660_Effect_of_early_ambulation_to_peristaltic_activity_of_abdominal_postoperative_patients_in_Medan_city_hospital_Indonesia

Weimann, A., Braga, M., Carli, F., Higashiguchi, T., Hubner, M., Klek, S., ... Singer, P.

(2017). *ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery*, 36(3), 623-650.

World Health Organization (WHO). (2020). *Latest global cancer data*. Retrieved July 10, 2021, from [https:// www.who.int/cancer](https://www.who.int/cancer).





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก สื่อการสอนการจัดการอาการท้องอืด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยที่เตรียมผ่าตัดช่องท้อง และมานอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1 วัน

สถานที่: หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

วิธีการให้ข้อมูล: เป็นรายบุคคล

สื่อการให้ข้อมูล

1. สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power Point)
2. สื่อ VDO
3. คู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด

วัตถุประสงค์การให้ข้อมูล: เพื่อจัดการอาการท้องอืด และส่งเสริมการปฏิบัติตนในผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้อง รายละเอียดขั้นตอนและระยะเวลาการให้ข้อมูล ดังนี้

1. การเตรียมผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพในวันแรกที่เข้าพบผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยเข้าพบผู้ป่วยที่เตียงแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และลดความวิตกกังวล
2. การให้ความรู้โดยใช้สื่อ Power Point เกี่ยวกับประสบการณ์อาการท้องอืดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินลักษณะอาการ และการตอบสนองต่ออาการ
3. ฝึกทักษะ (สาธิตและสาธิตย้อนกลับ) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน โดยใช้สื่อเป็น VDO ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัว การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด โดยใช้เวลา 20 นาที
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และให้คำแนะนำ
5. มอบคู่มือการจัดการอาการท้องอืดให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ได้บททวน

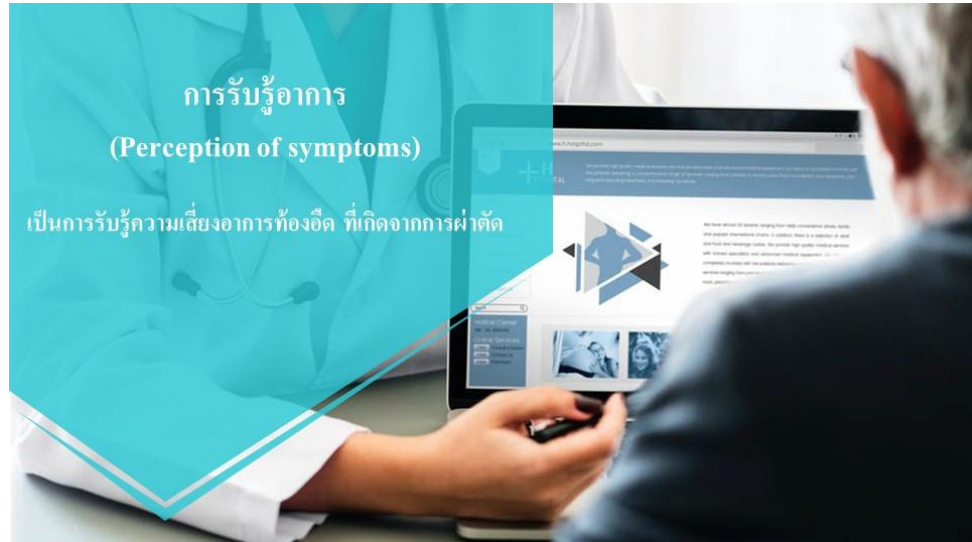
สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power Point) เรื่อง การจัดการอาการท้องอืด ในผู้ป่วยที่ได้รับ การผ่าตัดช่องท้อง

ลำดับ	ภาพและคำบรรยาย
1	 <p>ประสบการณ์อาการท้องอืด ที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด</p> <p>นางสาวปญญาดา มุกดาแก้วทอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์</p>
2	 <p>หัวข้อเนื้อหา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) 2 การประเมินลักษณะอาการ (Evaluation of symptoms) 3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms)

ลำดับ

ภาพและคำบรรยาย

3



4



ลำดับ

ภาพและคำบรรยาย

5

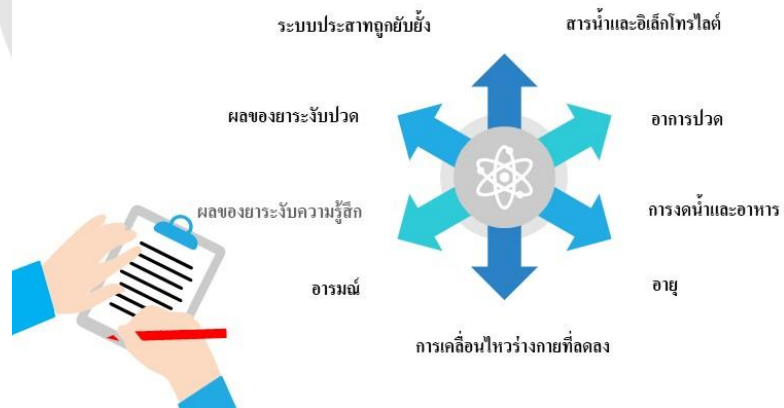
ผลกระทบของอาการท้องอืด

- 01 ภาวะปอดแฟบ
- 02 ปอดอักเสบ
- 03 ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
- 04 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น



6

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง



ลำดับ

ภาพและคำบรรยาย

7



การประเมินลักษณะอาการ (Evaluation of symptoms)

ความรุนแรงของอาการ ตำแหน่ง ความถี่ ของการเกิด
อาการ ท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง

8

การประเมินลักษณะอาการ (Evaluation of symptoms)

ความรุนแรงของอาการ ตำแหน่ง ความถี่ ของการเกิดอาการ
ท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง

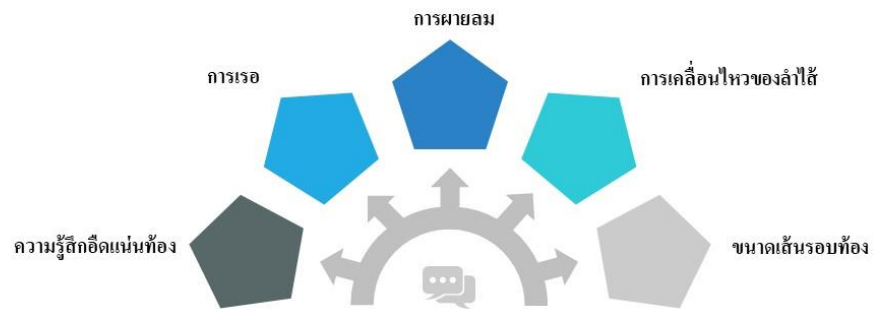


ลำดับ

ภาพและคำบรรยาย

9

การประเมินอาการท้องอืด



10

1) ความรู้สึกอึดแน่นท้อง



ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าหายใจไม่สะดวก เป็นข้อมูลจากผู้ป่วยบอก (Subjective data) สาเหตุจากน้ำ และลมที่คั่งค้างในกระเพาะอาหาร และลำไส้มีปริมาณมาก ทำให้ปอดไม่สามารถขยายได้เต็มที่ขณะหายใจเข้า ผู้ป่วยจึงรู้สึกแน่นอึดอืด และหายใจสั้น

ลำดับ

ภาพและคำบรรยาย

11

2. การเรอ



การขย้อนเอาแก๊สที่อยู่ในทางเดินอาหารออกทางปากเนื่องจากตามปกติในทางเดินอาหารจะมีแก๊สอยู่ประมาณ 200 มิลลิลิตร ถ้ามีแก๊สสะสมอยู่ในกระเพาะอาหาร และลำไส้มากขึ้น จะทำให้มีการเพิ่มแรงดันในช่องท้องมากขึ้น แต่ในภาวะที่มีการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กน้อยหรือไม่เคลื่อนไหวก็จะทำให้กระเพาะอาหารไม่สามารถบีบไล่แก๊สออกจากร่างกายได้

12

3. การผายลม



ปกติจะมีแก๊สในลำไส้ใหญ่วันละประมาณ 7-10 ลิตร และจะถูกขับออกทางทวารหนักวันละประมาณ 0.6 ลิตร และผายลมออกวันละ 10-20 ครั้ง แต่ในภาวะที่กระเพาะอาหาร และลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับแก๊สออกทางทวารหนักได้ การผายลมจึงเป็นสัญลักษณ์อย่างหนึ่งที่แสดงว่าระดับความรุนแรงของอาการท้องอืดลดลง

ลำดับ**ภาพและคำบรรยาย**

13

4. การเคลื่อนไหวกของลำไส้

ตรวจนับอัตราการเคลื่อนไหวกของลำไส้ทางผนังหน้าท้องส่วนขวาล่าง (Right lower quadrant) นาน 5 นาที โดยใช้หูฟังเสียงการเคลื่อนไหวกของลำไส้ซึ่งเกิดจากน้ำและลมเคลื่อนที่ผ่าน ไปมาบนช่องทางลำไส้ ปกติเสียงการเคลื่อนไหวกของลำไส้ 5-34 ครั้งต่อนาที

14

5. การวัดขนาดเส้นรอบท้อง

โดยให้ผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่แล้วกลั้นไว้ ซึ่งการขยายของรอบท้องจะเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 เซนติเมตร เนื่องจากการสะสมแก๊สในกระเพาะอาหาร และลำไส้มาก

ลำดับ

ภาพและคำบรรยาย

15



การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms)

การตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม

16



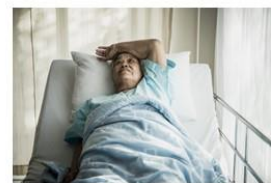
การตอบสนองด้านร่างกาย

ผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัดแน่นท้อง จุกเสียด ปวดท้อง ท้องแข็ง
หายใจลำบาก มองเห็นท้องโตขึ้น เกิดอาการคลื่นไส้/เจียน



การตอบสนองด้านจิตใจ

- ❖ ความกลัว
- ❖ ความวิตกกังวล



ลำดับ

ภาพและคำบรรยาย

17



เอกสารอ้างอิง

จิรนุช สมโชค, ศรีัญญา จุฬาริ และจันทร์ทิรา เขียวฉัย. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 26(1), 231-250.

อรอนงค์ ทัพสุวรรณ. (2559). *คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้น 8 มกราคม 2565, จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/193/CAcolon.pdf>.

Cagir, B. (2018). *Postoperative ileus*. Retrieved 10 July, 2019, from <http://medicine.Medscape.com/article/2242141-overview>.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J. (2001). *Advancing the science of symptom management*. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.

Ufoaroh, C. U., Ele, P. U., Anyabolu, A. E., Enemuo, E. H., Emegoakor, C. D., Okoli, C. C.,...Anyabolu, E. N. (2019). *Pre-operative pulmonary assessment and risk factors for post-operative pulmonary complications in elective abdominal surgery in Nigeria*. Retrieved 31 January 2024 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31149005/>

18

ขอขอบคุณ
 ผศ.ดร.วิดารัตน์ คำบุญ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 ผศ.ดร.อินทิรา ปากันทะ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จัดทำโดย
 นางสาวปุณญดา มุกดาจันทร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

Thank you



สื่อ VDO การจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

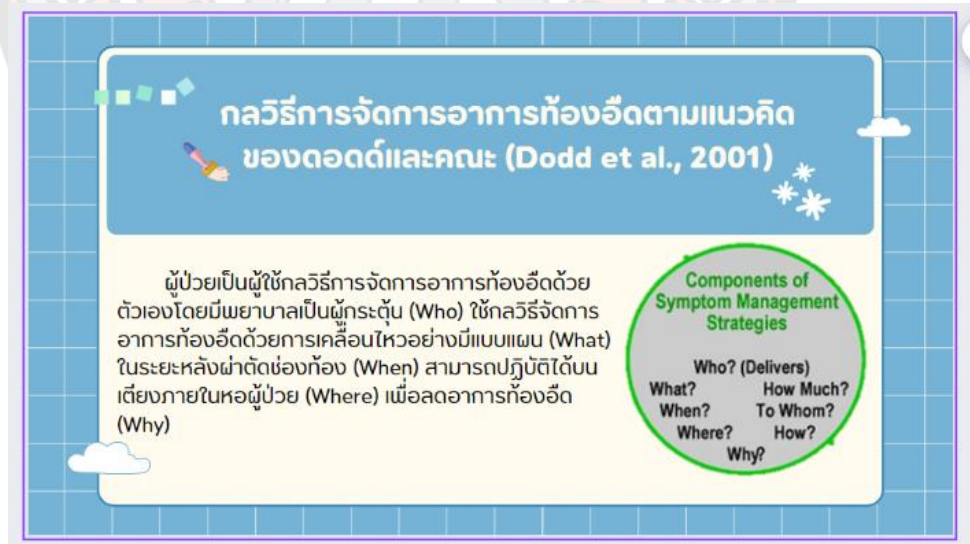
ลำดับ

ภาพและคำบรรยาย

1



2



การผ่าตัดช่องท้อง

ลำดับ

ภาพและคำบรรยาย

3

วิธีการเคลื่อนไหวย่างมีแบบแผน (HOW) ได้แก่

- การพลิกตะแคงตัวและบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
- การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและลุกเรีวหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
- การลุกเรีวหลังผ่าตัดใน 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (How)

***โดยกำหนดให้ปฏิบัติกิจกรรมวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและเย็น (How much)**

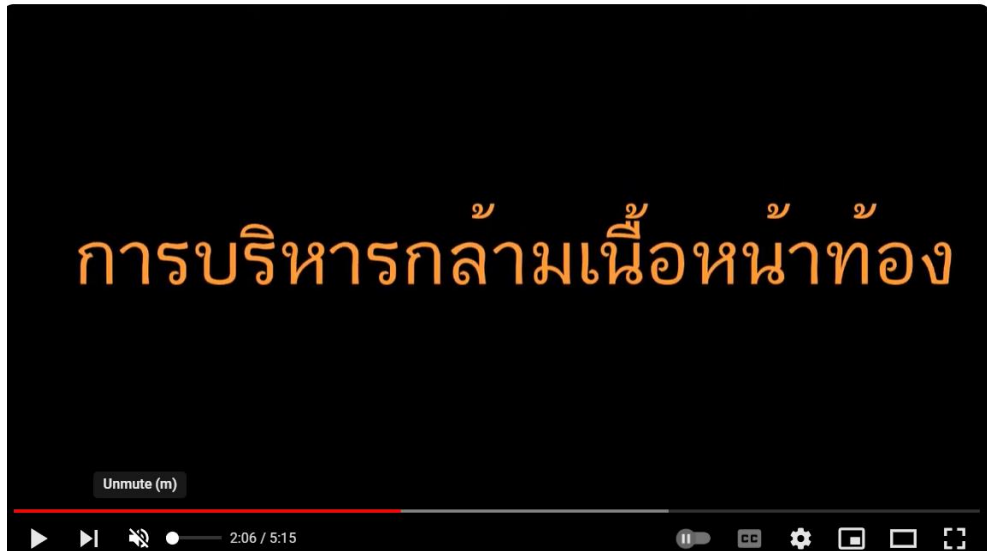
4



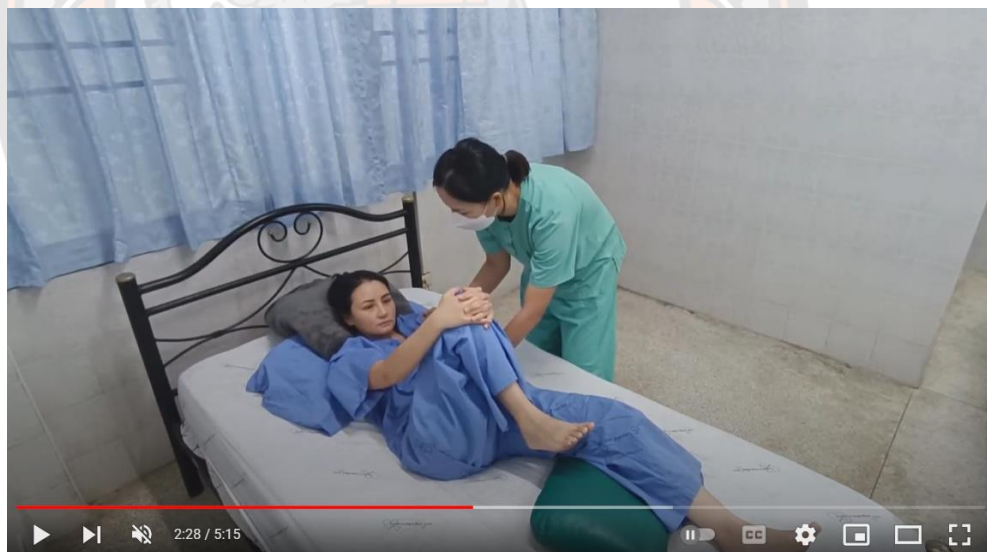
ลำดับ

ภาพและคำบรรยาย

5



6



ลำดับ

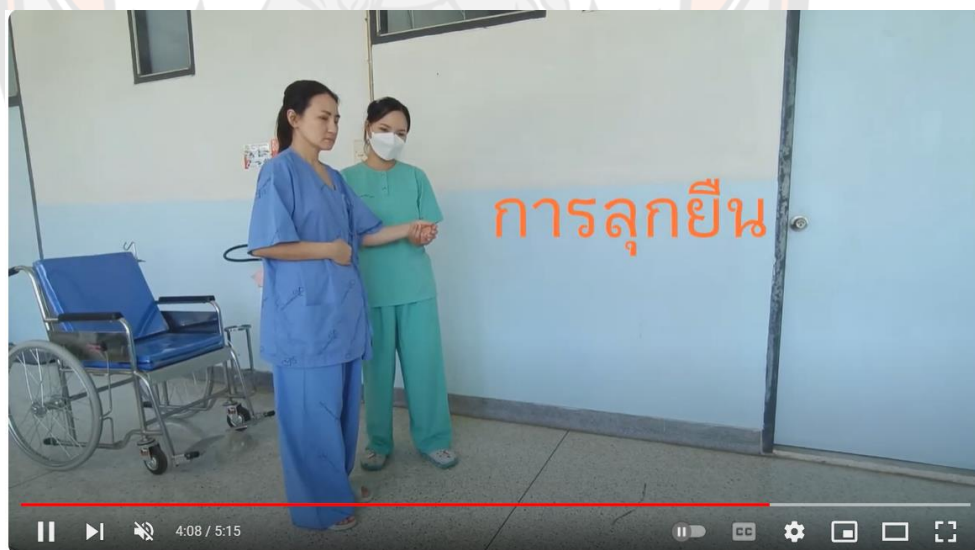
ภาพและคำบรรยาย

7



การนั่งห้อยขาข้างเดียว

8



การลุกยืนและเดินเป็นระยะทาง 15 เมตร

ลำดับ

ภาพและคำบรรยาย

บ

9



24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด: การพลิกตะแคงตัวและบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง
 24-48 ชั่วโมงการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด
 48-72 ชั่วโมงการเร็วหลังผ่าตัด

10

ขอขอบคุณ

ผศ.ดร.ธิดารัตน์ คำบุญ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
 ผศ.ดร.อินทรา ปากันทะ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ
 นายแพทย์จิรวีทย์ ชาวเมืองน้อย
 ผศ.แสงหล้า พลนอก
 ดร.ปวงกมล กฤษณบุตร
 พว.มยุรี โรจนอังกูร
 พว.ศกัยรัตน์ จิรนนธ์พัทริ

สถานที่ถ่ายทำ
 หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตคัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตต์
 ภาพและเสียง
 โดย พว.วัชรพงศ์ เขาวรัตน์ และ พว.ปัญญานาดา มุกดาทันทอง

คู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด



แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตต์

คำนำ

คู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องใช้เป็นเครื่องมือช่วยเสริมสร้างความรู้ ทักษะ ในการจัดการอาการท้องอืดหลังการผ่าตัด โดยจัดทำกลวิธีการจัดการอาการท้องอืดตามแนวคิดของคอคค์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นวิธีการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัว การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด โดยแสดงถึงขั้นตอนต่างๆ อย่างละเอียด ชัดเจน

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ได้ศึกษาวิธีการจัดการอาการท้องอืด และบรรเทาอาการท้องอืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ผู้จัดทำ
ปุญญาดา มุกดาگانทอง

สารบัญ

	หน้า
● การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด	1
● การพลิกตะแคงตัว	3
● การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง	4
● การลุกเร็วหลังผ่าตัด	5
- การห้อยขาข้างเดียว	
- การลุกยืนและเริ่มเดิน	

การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยผู้ป่วยเป็นผู้ใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยตัวเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้กระตุ้น (Who) ใช้กลวิธีจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน (What) ในระยะหลังผ่าตัดช่องท้อง (When) สามารถปฏิบัติได้บนเตียงภายในหอผู้ป่วย (Where) เพื่อลดอาการท้องอืด (Why)



วิธีการเคลื่อนไหวยังมีแบบแผน (How) ได้แก่

1. การพลิกตะแคงตัวและบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด
2. การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและลุกเร็วหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
3. การลุกเร็วหลังผ่าตัดใน 48-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

โดยกำหนดให้ปฏิบัติกิจกรรมวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและเย็น (How much)
เพื่อให้ผู้ป่วยอาการท้องอืดลดลง (To Whom)

2

การพลิกตะแคงตัว

จัดทำสรีระสูง 35-45 องศา ให้พลิกตะแคงตัวซ้าย-ขวา เพื่อช่วยให้การไหลเวียนโลหิต และการบีบตัวของลำไส้ทำงานดีขึ้น ขับแก๊สที่คั่งค้างในลำไส้ และกระเพาะอาหาร ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ส่งเสริมให้ปอดมีการขยายตัว โดยให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงยกเว้นเวลาหลับ



3

การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง

โดยนอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ขาเหยียดใช้หมอนรองใต้เข่ายกขาขวาสูงขึ้นจากที่นอน แล้วเคลื่อนขาขวาให้ใกล้กับหน้าท้อง โดยให้ข้อเข่าขวาและข้อตะโพกขวาอ วางมือบนเข่าขวา แล้วใช้มือดึงขาขวาชิดกับหน้าท้องเท่าที่จะสามารถทำได้ นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ วางขาขวามันที่นอนหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ 4 ครั้ง จากนั้นยกขาซ้ายสูงขึ้นจากที่นอนแล้วเคลื่อนขาซ้ายให้ใกล้กับหน้าท้อง โดยให้ข้อเข่าซ้ายและข้อตะโพกซ้ายอวางมือบนเข่าซ้าย แล้วใช้มือดึงขาซ้ายชิดกับหน้าท้องเท่าที่จะสามารถทำได้ นับ 1-10 แล้วค่อย ๆ วางขาซ้ายบนที่นอนหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ 4 ครั้ง ออกกำลังกายกับขาแต่ละข้าง 4 ครั้ง โดยปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น



4

การลุกเร็วหลังผ่าตัด

การนั่งห้อยขาข้างเตียง ทำได้โดยงอเข่าทั้ง 2 ข้างขึ้น และบังคับให้เข่าชิดกันตลอด หลังจากนั้นให้หมุนศีรษะมาด้านใดด้านหนึ่ง ตะแคงตัว หลังจากนั้นเคลื่อนเท้าทั้ง 2 ข้างลงข้างเตียง และยกลำตัวขึ้นช้าๆ โดยใช้ข้อศอกดันลำตัวขึ้นให้อยู่ในท่านั่ง



5

การลุกเร็วหลังผ่าตัด (ต่อ)

การลุกยืน และเริ่มเดินอย่างน้อย 2 ครั้ง/วัน รวมระยะทาง 15 เมตร เพื่อช่วยกระตุ้นให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด และกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น



6

ขอขอบคุณ

ศส.ดร.ธิดารัตน์ คำบุญ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
ศส.ดร.อินทิรา ปากันทะ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



จัดทำโดย

นางสาวปญญาดา มุกดาگانทอง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

ภาคผนวก ข แผนการสอนประสบการณ์อาการท้องอืด

เรื่อง: ผลของโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

ผู้เรียน: ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มทดลอง (รายบุคคล)

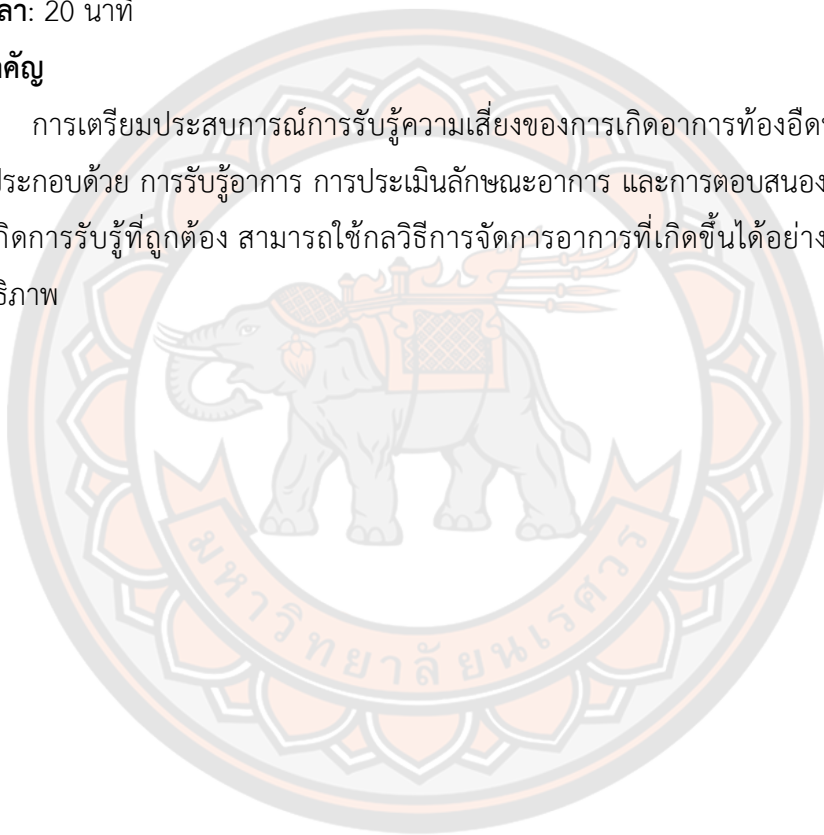
สถานที่สอน: แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ผู้สอน: นางสาวบุญญาดา มุกดาก้านทอง

ระยะเวลา: 20 นาที

สาระสำคัญ

การเตรียมประสบการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดอาการท้องอืดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินลักษณะอาการ และการตอบสนองต่ออาการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง สามารถใช้กลวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ



วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>เมื่อสิ้นสุดการสอน</p> <p>ผู้ปวยสามารถ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตระหนักถึง ความสำคัญของ ประสบการณ์ อาการท้องอืด 	<p>บทนำ</p> <p>ประสบการณ์อาการท้องอืด (Symptom experience) เป็นความรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) 2. การประเมินลักษณะอาการ (Evaluation of symptoms) 3. การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) <p>เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง สามารถใช้กลวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ</p>	<p>ขั้นนำ</p> <p>ผู้ให้ข้อมูลกล่าวทักทาย แนะนำตัว แล้วกล่าวนำเข้าสู่บทเรียน</p>		2 นาที	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตการณ์มีส่วนร่วม และความสนใจของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
- บอกการรับรู้ อาการที่เกิดจาก การผัดตดได้	<p>1. การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) เป็นการรับรู้ความเสียหายอาการที่องอืด ที่เกิดจากการผัดตด ซึ่งเป็นอาการผัดตดใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ใช้ระยะเวลาในการผัดตด ใช้ยาลดความปวด และมีการสัมผัสจับต้องลำไส้โดยตรง ส่งผลให้เกิดอาการที่องอืด พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 95.45 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผัดตดช่องท้อง (อรอนงค์ ทวีสุวรรณ์, 2559) เกิดขึ้นใน 24-72 ชั่วโมงหลังผัดตด (Cargir, 2018)</p> <p>ผลกระทบของอาการที่องอืด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ภาวะปอดแฟบ 2. ปอดอักเสบ 3. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น 4. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น 	<p>ขั้นสอน</p> <p>การบรรยายการรับรู้อาการ และผลกระทบของอาการที่องอืด</p>	Power Point การจัดการ อาการที่องอืด	3 นาที	- การตอบคำถามของผู้ป่วยเกี่ยวกับกรรับรู้อาการ และผลกระทบของอาการที่องอืด ซึ่งตอบได้ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>- บอกสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมอาการท้องอืดท้องเฟ้อได้</p>	<p>สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมอาการท้องอืดท้องเฟ้อ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบประสาททัญยั้ง 2. ผลของยาระงับความรู้สึก 3. ผลของยาระงับปวดในกลุ่ม narcotic drug เช่น การใช้ยา morphine และ pethidine 4. ความปวด 5. การงดน้ำและอาหารหลังผ่าตัดที่นานเกิน 48 ชั่วโมง 6. การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง 7. อารมณ์ เช่น โกรธ วิตกกังวล และเครียด เป็นต้น 8. ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะโพแทสเซียม 9. อายุ ในผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 	<p>- บรรยายสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมอาการท้องอืดท้องเฟ้อ</p>	<p>- Power Point การจัดการอาการท้องอืด</p>	<p>2 นาที</p>	<p>- ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมอาการท้องอืดท้องเฟ้อได้อย่างน้อย 6 ข้อ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>- บอกการประเมิน ประเมินลักษณะ อาการได้</p>	<p>2. การประเมินลักษณะอาการ (Evaluation of symptoms) เป็นความรุนแรง ของอาการ ตำแหน่ง ความถี่ ของการเกิด อาการท้องอืดหลังรับประทานอาหาร</p> <p>1. ความรู้สึกอึดแน่นท้อง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ หายใจไม่สะดวก เป็นข้อมูลจากผู้ป่วยบอก (Subjective data) สาเหตุจากน้ำ และลมที่คั่ง ค้างในกระเพาะอาหาร และถ้าได้ปริมาณมาก ทำให้ปวดไม่สบายหายใจได้เต็มที่ขณะหายใจ เข้า ผู้ป่วยจึงรู้สึกอึดแน่นท้อง และหายใจตัน</p> <p>2. การเรอ การขย้อนเอาแก๊สที่อยู่ใน ทางเดินอาหารออกทางปาก เนื่องจากตามปกติ ในทางเดินอาหารจะมีแก๊สอยู่ประมาณ 200 มิลลิลิตร ถ้ามีแก๊สสะสมอยู่ในกระเพาะอาหาร และถ้าใส่มากขึ้น จะทำให้มีการเพิ่มแรงดันใน ช่องท้องมากขึ้น แต่ในภาวะที่มีการเคลื่อนไหว ของกระเพาะอาหาร และถ้าได้เล็กน้อยหรือไม่</p>	<p>- บรรยายการประเมิน ประเมินลักษณะอาการ</p>	<p>- Power Point การ จัดการ อาการ ท้องอืด</p>	<p>8 นาที</p>	<p>- ผู้ป่วยบอกการ ประเมินลักษณะ อาการได้ถูกต้อง อย่างน้อย 3 ข้อ</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการเรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>เคลื่อนไหวก็จะทำให้กระเพาะอาหารไม่สามารถบีบไล่แก๊สออกจากร่างกายได้</p> <p>3. การผายลม ปกติจะมีแก๊สในลำไส้ใหญ่วันละประมาณ 7-10 ลิตร และจะถูกขับออกทางทวารหนักวันละประมาณ 0.6 ลิตร และผายลมออกมาวันละ 10-20 ครั้ง แต่ในภาวะที่กระเพาะอาหาร และลำไส้มีการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับแก๊สออกทางทวารหนักได้ การผายลมจึงเป็นสัญญาณอย่างหนึ่ง ที่แสดงว่าระดับความรุนแรงของอาการท้องอืด</p> <p>ลดลง</p> <p>4. การเคลื่อนไหวลำไส้ ตรวจนับอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ทางผนังหน้าท้องส่วนขวาล่าง (Right lower quadrant) นาน 5 นาที โดยใช้ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ซึ่งเกิดจากน้ำ และลมเคลื่อนที่ผ่านไปมาบนช่องทาง</p>				

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
- บอกรับ ตอบสนองต่อ อาการได้ถูกต้อง	<p>ถ้าใส่ ปกติเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 5-34 ครั้งต่อหน้าที่</p> <p>5. การวัดขนาดเส้นรอบท้อง โดยให้ผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่แล้วกลืนน้ำ ซึ่งการขยายของรอบท้องจะเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 เซนติเมตร เนื่องจากอาการสะสมแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้มาก</p> <p>3. การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เช่น การตอบสนองด้านร่างกายจิตใจ</p> <p>การตอบสนองด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัดแน่นท้อง จุกเสียดปวดท้อง ท้องแข็ง หายใจลำบาก มองเห็นท้องโตขึ้น เกิดอาการคลื่นไส้/เจียน</p> <p>การตอบสนองด้านจิตใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความกลัว - ความวิตกกังวล 	- บรรยายการตอบสนองต่ออาการ	- Power Point การจัดการอาการท้องอืด	3 นาที	- ผู้ป่วยบอกรับ ตอบสนองต่ออาการ ได้ถูกต้องทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อการ เรียนรู้	ระยะเวลา	การประเมินผล
- สรุปลักษณะ สำคัญของ ประสบการณ์ อาการท้อง อืด ถูกต้อง - ได้รับความ สนใจ ของ อาการ ท้องอืด เมื่อเจอ กับสถานการณ์จริง	บทสรุป ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดท้อง จะต้องเผชิญกับ อาการท้องอืดหลังผ่าตัดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึง จำเป็นต้องมีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดอาการ ท้องอืดตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด สามารถเผชิญกับ เหตุการณ์หลังการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม โดย นำความรู้ที่ได้จากการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดแปล ความหมายของข้อมูล และตอบสนองต่ออาการที่ เกิดขึ้น ใช้วิธีการจัดการอาการ	- สรุปลักษณะทั้งหมดพร้อม สอบถามหลักการสำคัญ ประสบการณ์อาการท้องอืด - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ ซักถาม - สอบถามความสนใจของ ผู้ป่วยในเผชิญกับอาการ ท้องอืดเมื่ออยู่ใน สถานการณ์จริง		2 นาที	- ผู้ป่วยสรุปลักษณะ สำคัญของ ประสบการณ์อาการ ท้องอืดได้อย่าง ถูกต้อง - ผู้ป่วยบอกว่ามี ความมั่นใจในเผชิญ กับอาการท้องอืด

ภาคผนวก ค แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- อายุ.....ปี
- เพศ ชาย หญิง
- ระดับการศึกษา
 ไม่ได้ศึกษา มัธยมศึกษา ประถมศึกษา
 อนุปริญญา ปริญญาตรี/เทียบเท่า อื่น ๆ ระบุ.....
- สถานภาพ
 โสด สมรส แยกกันอยู่
 หย่าร้าง หม้าย
- อาชีพ
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง
 ค้าขาย รับราชการ/พนักงานของรัฐ อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเกี่ยวกับเจ็บป่วยและการรักษา

- การวินิจฉัยโรค.....
- การผ่าตัด.....
 มี Colostomy ไม่มี Colostomy
 มี Radivac drain ไม่มี Radivac drain
- ระยะเวลาในการผ่าตัด.....ชั่วโมง.....นาที
- ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด.....ml
- วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก.....ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ.....
- ระดับโพแทสเซียมในเลือด (ก่อนการผ่าตัด).....
- คะแนนความปวด

วันที่/เวลา	วันที่ 1 หลังการผ่าตัด	วันที่ 2 หลังการผ่าตัด	วันที่ 3 หลังการผ่าตัด
06.00			
18.00			

- ยาบรรเทาปวดผู้ป่วยได้รับหลังการผ่าตัด.....
- การได้รับยา Metoclopramide ได้ ไม่ได้

ภาคผนวก ง แบบประเมินอาการท้องอืด

ข้อมูล	ระดับคะแนน	
1. ประเมินความรู้สึกอึดแน่นท้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม คือ ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกปวดแน่น อึดอัดท้องเท่าใด โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกท้องอืดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข		
คะแนน 8-10 หมายถึง มีความรู้สึกอึดแน่นท้องมาก	4	.....
คะแนน 5-7 หมายถึง มีความรู้สึกอึดแน่นท้องปานกลาง	3	.....
คะแนน 2-4 หมายถึง มีความรู้สึกอึดแน่นท้องเล็กน้อย	2	.....
คะแนน 0-1 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกอึดแน่นท้อง	1	.....
2. แบบประเมินการเรอ โดยสอบถามผู้ป่วยตามจำนวนครั้งของการเรอใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา		
ไม่มีการเรอใน 4 ชั่วโมง	4	.....
มีการเรอ 1 ครั้งใน 4 ชั่วโมง	3	.....
มีการเรอ 2 ครั้งใน 4 ชั่วโมง	2	.....
มีการเรอ ≥ 3 ครั้งใน 4 ชั่วโมง	1	.....
3. ประเมินการผายลม โดยสอบถามผู้ป่วยตามจำนวนครั้งของการผายลมใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา		
ไม่มีการผายลมใน 4 ชั่วโมง	4	.....
มีการผายลม 1 ครั้งใน 4 ชั่วโมง	3	.....
มีการผายลม 2 ครั้งใน 4 ชั่วโมง	2	.....
มีการผายลม ≥ 3 ครั้งใน 4 ชั่วโมง	1	.....
4. ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ทั้ง 4 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 1 นาที แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยเป็นจำนวนครั้งต่อนาที แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่		
ไม่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้	4	.....
มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ≤ 3 ครั้ง/นาที	3	.....
มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ 3-4 ครั้ง/นาที	2	.....
มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ≥ 5 ครั้ง/นาที	1	.....
5. ประเมินขนาดเส้นรอบท้อง โดยให้ผู้ป่วยนอนราบหนุนหมอน ใช้สายวัดรอบท้องผ่านระดับสะดือ ภายหลังจากผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่แล้วกลั้นไว้ เปรียบเทียบกับเส้นรอบท้องตามปกติของผู้ป่วย แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่		

เพิ่มจากปกติ > 6.1 เซนติเมตร	4	.....
เพิ่มจากปกติ 4.1-6.0 เซนติเมตร	3	.....
เพิ่มจากปกติ 2.1-4.0 เซนติเมตร	2	.....
เพิ่มจากปกติ ≤ 2.0 เซนติเมตร	1	.....
รวม		

แบ่งระดับอาการท้องอืดเป็น 4 ระดับได้แก่

- 5 คะแนน = ไม่มีอาการท้องอืด
- 5.1-10 คะแนน = มีอาการท้องอืดเล็กน้อย
- 10.1-15 คะแนน = มีอาการท้องอืดปานกลาง
- > 15 คะแนน = มีอาการท้องอืดมาก
- >> คะแนนเต็ม 20 คะแนน



ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

1. นายแพทย์จิรวิทย์ ชาวเมืองน้อย

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

2. นางสาวหทัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

3. นางมยุรี โรจนอังกูร

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

4. ผศ. แสงหล้า พลนอก

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

5. ดร. ปวงกมล กฤษณบุตร

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก



ภาคผนวก ฉ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

COA No. 236/2022
IRB No. P3-0035/2565



AF 12/6.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ	: ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
ผู้วิจัยหลัก	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์
สังกัดหน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์
ผู้ร่วมวิจัย	: นางสาวปญญาดา มุกตาบ้านทอง
สังกัดหน่วยงาน	: คณะพยาบาลศาสตร์
วิธีบทวน	: แบบคณะกรรมการเต็มชุด
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
6. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มทดลอง) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
7. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มควบคุม) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
8. AF 04-10 (สำหรับกลุ่ม Try Out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
9. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 01 มิถุนายน 2565
10. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 มิถุนายน 2565
11. ประวัติผู้ร่วมวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565
12. แบบเก็บข้อมูลเฉพาะบุคคล (Case record form) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
13. Subject log เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
14. คู่มือการจัดการอาการ "ท้องอืด" เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 มิถุนายน 2565
15. เครื่องมือวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565
16. โปรแกรมการจัดการอาการ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565
17. งบประมาณของโครงการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565

ลงนาม *วิไลคุณ อังคฤหะนันต์กุล*
(นายแพทย์สมบุรณ์ ตันสุภสวัสดิ์กุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 01 กรกฎาคม 2565

วันหมดอายุ : 01 กรกฎาคม 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้ไม่เ็นใบสั่งที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ...สำนักงานอธิการบดี กองการวิจัยและนวัตกรรม งานจัดการมาตรฐานฯ โทร. 5296.....

ที่...อว.0603.01.13(1)/นุ-รบ.1549.....วันที่...01.กรกฎาคม.2565.....

เรื่อง...ผลการประเมินด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อิศรัตน์ คำบุญ สังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่ ท่านได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืด ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (หมายเลขโครงการ: P3-0035/2565) มายัง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ เพื่อขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั้น

ในกรณี คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว และมีมติ รับรอง แบบคณะกรรมการเต็มชุด ซึ่งมีเอกสารที่รับรองดังนี้

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
6. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มทดลอง) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
7. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มควบคุม) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
8. AF 04-10 (สำหรับกลุ่ม Try Out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
9. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 01 มิถุนายน 2565
10. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 มิถุนายน 2565
11. ประวัติผู้ร่วมวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565
12. แบบเก็บข้อมูลเฉพาะบุคคล (Case record form) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
13. Subject log เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 28 มิถุนายน 2565
14. คู่มือการจัดการอาการ “ท้องอืด” เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 01 มิถุนายน 2565
15. เครื่องมือวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565
16. โปรแกรมการจัดการอาการ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565
17. งบประมาณของโครงการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 มีนาคม 2565

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการตามข้อปฏิบัติสำหรับนักวิจัยที่ระบุไว้ด้านหลัง
ของใบรับรอง

สุวิทย์ สมบูรณ์

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุขสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร



AF 09-10

REC No.24/2565



โรงพยาบาลอุดรดิตต์
กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 38 ถนนเจริญนาถินทร์ ต.ท่าอิฐ อ.เมือง จ.อุดรดิตต์ โทร. 055-409999 ต่อ 2157,2158

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรดิตต์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
- เลขที่โครงการวิจัย : 24/2565
- ผู้วิจัยหลัก : นางสาวปญญาตา มุกตาก้านทอง
- สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
- วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)
- รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1.	AF 01-10	เวอร์ชัน 2.0	วันที่ 19 ตุลาคม 2565
2.	AF 02-10	เวอร์ชัน 2.0	วันที่ 19 ตุลาคม 2565
3.	AF 03-10	เวอร์ชัน 1.0	วันที่ 22 สิงหาคม 2565
4.	AF 04-10	เวอร์ชัน 1.0	วันที่ 22 สิงหาคม 2565
5.	AF 05-10	เวอร์ชัน 2.0	วันที่ 19 ตุลาคม 2565
6.	โครงการวิจัยฉบับย่อ	เวอร์ชัน 2.0	วันที่ 19 ตุลาคม 2565
7.	ประวัติผู้วิจัย	เวอร์ชัน 1.0	วันที่ 22 สิงหาคม 2565
8.	แบบบันทึกข้อมูล	เวอร์ชัน 1.0	วันที่ 22 สิงหาคม 2565

ลงนาม

วิระวุฒิ มิ่งขวัญ
(นายวิระวุฒิ มิ่งขวัญ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม

ชญาส ภิรมย์
(นายชญาส ภิรมย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตต์

รับรองวันที่ : 19 ตุลาคม 2565

วันหมดอายุ : 18 ตุลาคม 2566

ภาคผนวก ข เอกสารขอใช้เครื่องมือวิจัย



ที่ อว.0603.12 / 124

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร
ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง
จ.พิษณุโลก 65000

4 กุมภาพันธ์ 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ด้วย นางสาวปญญาตา มุกตาก้านทอง รหัสนิสิต 62062372 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้ดำเนินทำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คำบุญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะใช้เครื่องมือการวิจัยชื่อ “แบบประเมินอาการท้องอืด” ของคุณวิริยา ศิลา ซึ่งเป็นนิสิตสหการศึกษา ปี2560

ในการนี้ หน่วยบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว เพื่อนำมาประกอบในการทำวิทยานิพนธ์ของนิสิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุยงค์ จันทวีจิตร)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
หน่วยบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ , โทรสาร: 055-96-6617