

ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING NURSING PROCESS EMPHASIZING ABDOMINAL MASSAGE ON
CONSTIPATION IN STROKE PATIENTS

Miss Wanwisa Pattamawilai



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อต่อ
	อาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดย	นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฐ์ ตันติโกสุม

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็นส่ว
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฐ์ ตันติโกสุม)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

วันวิสาข ปัทมาวิไล : ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (THE EFFECT OF USING NURSING PROCESS EMPHASIZING ABDOMINAL MASSAGE ON CONSTIPATION IN STROKE PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ร.ต.ต. หลิง ดร.ปชาณัญญ์ ตันติโกสม, 153 หน้า.

การวิจัยแบบเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องและเพื่อเปรียบเทียบอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้หลักการทางสรีรวิทยาและการพยาบาลผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลอาการท้องผูกที่เน้นการนวดท้องตามวิธีของ Sinclair (2011) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย อายุ 18-59 ปี จำนวน 50 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและมีอาการท้องผูก โดยประเมินจากแบบประเมินอาการท้องผูก (Constipation Scoring System (CSS)) ของ Agachan และคณะ (1996) ได้คะแนน > 15 คะแนน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ ตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพในสมองและยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินอาการท้องผูกของ Agachan และคณะ (1996) ซึ่งผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาและหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ (Independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5477228336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: NURSING PROCESS / ABDOMINAL MASSAGE / CONSTIPATION / STROKE PATIENTS

WANWISA PATTAMAWILAI: THE EFFECT OF USING NURSING PROCESS EMPHASIZING ABDOMINAL MASSAGE ON CONSTIPATION IN STROKE PATIENTS. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, CO-ADVISOR: POL. SUB. LT PACHANUT TANTIKOSOOM, Ph.D., 153 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare constipation in stroke patients before and after receiving nursing process with abdominal massage and to compare constipation in stroke patients after receiving nursing process with abdominal massage with those who received routine nursing care. The pathophysiology of constipation and nursing care for constipation diagnosis with abdominal massage of Sinclair (2011) were used as the conceptual framework. The subjects consisted of 50 first- stroke diagnosed patients (age 18-59 years) suffering from constipation (constipation assessment score >15) by using the Constipation Scoring System (CSS) (Agachan et al., 1996) evaluation form which divided the subjects into two groups of 25, one being the control group and the other the experimental group. Age, location of the brain lesion and the type of medication for stroke treatment were matched. The control group received routine nursing care and the experimental group received the nursing process with abdominal massage for 2 weeks. Constipation assessment by using the Constipation Scoring System (Agachan et al.,1996) evaluation form which was tested for content validity and reliability. Cronbach's alpha coefficients of the CSS were .74. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and t-test statistics.

Major findings were as follows:

1. The mean score of constipation in stroke patients after receiving the nursing process with abdominal massage was significantly lower than before receiving the nursing process with abdominal massage at a 0.5 level.
2. The mean score of constipation in stroke patients after receiving the nursing process with abdominal massage was significantly lower than before receiving the routine nursing care at a 0.5 level.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2014

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชาณภรณ์ ตันติโกสม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเมตตา เป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอขอบคุณ นายแพทย์จักรพันธ์ โอแสงธรรมนนท์ ผศ.ดร.นันทิยา วัฒมายู พันตำรวจโทหญิง ดร.สุชฎิตี รัชชถงคารสกุล นางสาวจันทนา จินาวงศ์ และนางวาสนา ยิ้มพลา ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย

ขอขอบคุณ นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ ที่อนุญาตให้ทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณหัวหน้าและเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมข้าราชการตำรวจชั้น 2 ชั้น 3 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ ชั้น 9 โรงพยาบาลตำรวจทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

และขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
โรคหลอดเลือดสมอง	11
แนวคิดเกี่ยวกับอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	23
อาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการพยาบาล.....	39
แนวคิดเกี่ยวกับการนวดท้องเพื่อลดอาการท้องผูก.....	42
กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง.....	56
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	64

กรอบแนวคิดการวิจัย	72
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	73
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	73
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	74
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	74
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	82
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	85
การดำเนินการทดลอง	87
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	92
การวิเคราะห์ข้อมูล	93
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
ผลการวิเคราะห์.....	94
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	98
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	98
สมมติฐานการวิจัย.....	98
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	98
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	99
การเก็บรวบรวมข้อมูล	100
การวิเคราะห์ข้อมูล	105
สรุปผลการวิจัย.....	105
อภิปรายผลการวิจัย.....	105
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	111
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	111

รายการอ้างอิง	113
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย.....	123
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความอนุเคราะห์ดำเนินการทดลอง ใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา จริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หนังสือขอความอนุเคราะห์ศึกษาดูงาน	125
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	138
ภาคผนวก ง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก.....	149
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล	151
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	153



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	รายละเอียดของแบบประเมินอาการท้องผูก.....	35
ตารางที่ 2	คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตาม อายุ ตำแหน่ง ของการเกิดพยาธิสภาพในสมองที่ส่งผลต่ออาการท้องผูกและยาที่ใช้รักษา โรคหลอดเลือดสมอง.....	76
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับ การศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพในสมองและยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดสมอง.....	77
ตารางที่ 4	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นฐานพฤติกรรมกรับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมกรดื่มน้ำ พฤติกรรมกรรับประทานอาหารที่มีกากใย และพฤติกรรมกร ใช้ยาระบายก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	79
ตารางที่ 5	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง (n=25).....	96
ตารางที่ 6	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง (n=25) กับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ (n=25).....	97
ตารางที่ 7	จำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรค เลือดสมองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง.....	152

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	แสดงการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตจากภาวะ Valsalva maneuver 27
ภาพที่ 2	แสดงการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดจากภาวะ Valsalva maneuver 28
ภาพที่ 3	แสดงเทคนิคการนวดด้วยวิธีการลูบ 47
ภาพที่ 4	แสดงเทคนิคการนวดด้วยวิธีการคลึง..... 48
ภาพที่ 5	แสดงเทคนิคการนวดด้วยวิธีการสั่น 49
ภาพที่ 6	แสดงเทคนิคการนวดด้วยวิธีการเคาะ 49
ภาพที่ 7	แสดงการนวดท้องท่าที่ 1..... 51
ภาพที่ 8	แสดงการนวดท้องท่าที่ 2..... 52
ภาพที่ 9	แสดงการนวดท้องท่าที่ 3..... 52
ภาพที่ 10	แสดงการนวดท้องท่าที่ 4..... 53
ภาพที่ 11	แสดงการนวดท้องท่าที่ 5..... 53
ภาพที่ 12	แสดงการนวดท้องท่าที่ 6..... 54
ภาพที่ 13	แสดงการนวดท้องท่าที่ 7..... 54
ภาพที่ 14	แสดงการนวดท้องท่าที่ 8..... 55
ภาพที่ 15	แสดงการนวดท้องท่าที่ 9..... 55
ภาพที่ 16	แสดงการนวดท้องท่าที่ 10..... 56
ภาพที่ 17	แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 81
ภาพที่ 18	แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย..... 91
ภาพที่ 19	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 95

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือ (Cerebrovascular disease) คือโรคที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทจากสมองบางส่วนหรือสมองทั้งหมด โดยอาการนั้นเป็นอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมอง (Thorvaldsen et al., 1997) โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและเศรษฐกิจทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศต่างๆทั่วโลก (Mozaffarian et al., 2015) กล่าวคือ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรอายุ 15-59 ปี และแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคนหรือในทุก 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน (World Stroke Organization, 2015) ทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิงและเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years) เป็นอันดับ 3 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิงในประชากรไทย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555)

เมื่อเกิดโรคแล้วจะก่อให้เกิดความบกพร่องต่างๆทางระบบประสาท ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยมักเกิดความพิการทุพพลภาพสูง และจะใช้เวลาในการฟื้นตัวค่อนข้างนาน เป็นความหนักใจต่อทั้งตัวผู้ที่เป็นโรคเองและต่อญาติผู้ดูแล (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550) : ซึ่งได้แก่ ความบกพร่องของการกำหนดรู้ ความบกพร่องในการรับรู้ ความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ ความบกพร่องของประสาทสัมผัส ความบกพร่องในเรื่องการกลืน ความบกพร่องด้านเพศสัมพันธ์และความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550)

ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่ายคืออาการท้องผูก ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 30-80 (Bracci et al., 2007; Cai et al., 2013; Lin et al., 2013; Su et al., 2009) และร้อยละ 40-55 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเกิดอาการท้องผูกตั้งแต่ระยะเฉียบพลันหรือใน 4 สัปดาห์แรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Su et al., 2009) จากนั้นอาการท้องผูกจะค่อยๆลดลงเมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟู (Cai et al., 2013)

อาการท้องผูก หมายถึง ความผิดปกติในการถ่ายอุจจาระ ประกอบด้วยลักษณะสำคัญคือการถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอาการปวดท้องหรือปวดบริเวณทวารหนักขณะเบ่งถ่าย ต้องใช้แรงเบ่งและใช้เวลาในการขับถ่ายมากกว่าปกติหรือขับถ่ายไม่สำเร็จ รู้สึกถ่ายไม่สุดหรือถ่ายไม่ออก เนื่องจากคล้ายหรือเหมือนมีสิ่งอุดตันบริเวณทวารหนัก อาจต้องใช้นิ้วมือช่วยล้วงในการถ่ายอุจจาระ

(Drossman, 2006) โดยอาการดังกล่าวจะรุนแรงขึ้นหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผลจากพยาธิสภาพในสมองส่วนพอนต์ซึ่งเป็นส่วนที่ควบคุมการขับถ่าย สมองไม่สามารถส่งสัญญาณประสาทเพื่อไปควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อรอบทวารหนัก กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกระบวนการเพอริสตัลซิสได้ จึงเกิดอาการท้องผูกตามมา (Coggrave, 2008; Ullman & Reding, 1996; Winge, Rasmussen, & Werdelin, 2003) นอกจากนี้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง (Bracci et al., 2007; Kumar, Selim, & Caplan, 2010) การได้รับน้ำและอาหารที่มีกากใยไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะกลืนลำบาก (Yi, Chun, Kim, Han, & Park, 2011) อาจทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารเพราะกลัวการสำลัก ยิ่งทำให้อาการท้องผูกทวีความรุนแรงมากขึ้นหรือการได้รับยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดสมองเช่นยากลุ่ม Antithrombotic โดยเฉพาะ Acetyl Salicylic Acid (ASA) ซึ่งจะไปยับยั้งการทำงานของลำไส้ โดยการหลั่ง prostaglandin (Kumar et al., 2010) และยากลุ่ม Nitrates จะไปยับยั้งการทำงานของลำไส้ โดยการหลั่ง Nitric oxide เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอายุ เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆของร่างกายในทางเสื่อม ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูกตามมา (Mugie, Benninga, & Lorenzo, 2011)

อาการท้องผูกย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ ด้านร่างกาย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เป็นต้น (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2550) อาการท้องผูกยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของลำไส้ใหญ่ คือ อุจจาระที่คั่งค้างอัดแน่นอยู่ทำให้เกิดการอุดตันและเกิดแผลในลำไส้ใหญ่ ซึ่งจะนำไปสู่การตกเลือดและลำไส้ทะลุได้ (สุตประนอม สมันตเวคิน และวรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, 2547) หากเกิดการอุดตันนานๆ อาจต้องแก้ไขโดยตัดลำไส้ส่วนที่อุดตันทิ้งไป (Eliopoulos, 2010) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เบ่งถ่ายอุจจาระ อาจเกิดอันตรายจากการเบ่งถ่ายอุจจาระ กล่าวคือ การเบ่งถ่ายเป็นการไปเพิ่มแรงดันในช่องอกและช่องท้อง ในขณะที่ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจช้าลง โดยการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส จึงทำให้การไหลเวียนโลหิตหยุดชะงักชั่วคราว ส่งผลให้เลือดสูบฉีดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ร่วมกับหลอดเลือดขยายตัวซึ่งมีผลทำให้เกิดสมองขาดเลือดชั่วคราว หรือหมดสติได้ (दनัย ลิ้มมธุรสสกุล และสุเทพ กลชาญวิทย์, 2550) นอกจากนี้แรงดันในช่องท้องและช่องอกที่สูงขึ้นจะกระจายไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (दनัย ลิ้มมธุรสสกุล และสุเทพ กลชาญวิทย์, 2550; สุตประนอม สมันตเวคิน และวรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, 2547) และหลังจากหยุดเบ่งแล้ว แรงดันในช่องท้องและช่องอกจะลดลง ความดันโลหิตจะสูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีลิ้มเลือดในหลอดเลือดหรือในท้องหัวใจ หลุดไปอุดตันตามหลอดเลือดเล็กๆ เช่น หลอดเลือดที่ปอดหรือ

หลอดเลือดสมองได้ หรือความดันโลหิตที่สูงขึ้น อาจทำให้ Aneurysm ในหลอดเลือดแดงใหญ่ หรือ Arteriovenous malformation (AVM) ในสมองแตกได้ (สุดประนอม สมันตเวคิน และวรวรรณ กิ่งแก้วกานทอง, 2547) ด้านจิตสังคม ความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานจากอาการท้องผูก ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (दनัย ลิ้มมธุรสสกุล และสุเทพ กลชาณวิทย์, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wald (2011) พบว่า อาการท้องผูกที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยผู้ใหญ่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและด้านเศรษฐกิจ จากผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นจากอาการท้องผูก ทำให้ต้องนอนพักรักษาพยาบาลนานขึ้นและสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาผลกระทบจากอาการท้องผูกต่างๆ (Tariq, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาใน Primary care ประเทศอังกฤษ พบว่ามีการใช้เงินมากกว่า 60 ล้านปอนด์ต่อปี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการซื้อยาระบาย (Kyle, 2012)

แนวทางการรักษาอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นไม่แตกต่างจากการรักษาอาการท้องผูกในผู้ป่วยทั่วไป คือแบ่งการรักษาเป็น 2 วิธีคือ (1) แบบใช้ยา (Kyle, 2011; Luca, Domenico, Caterina, & Giovambattista, 2012; ดนัย ลิ้มมธุรสสกุล และสุเทพ กลชาณวิทย์, 2550) ซึ่งแม้ว่าการใช้ยาจะให้ผลดีต่อการรักษาอาการท้องผูก แต่การใช้ยาระบายติดต่อกันเป็นเวลานานจะเกิดผลเสียคือร่างกายจะเกิดการปรับตัวให้ทนต่อยา จึงต้องเพิ่มขนาดยามากขึ้นเรื่อยๆ หรือทำให้เกิดอาการกลั่นแกล้งใจไม่ได้ (Sinclair, 2011) ส่วนการรักษาแบบไม่ใช้ยาแต่ใช้หลักการกระตุ้นการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องร่วมกับการจัดการกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการท้องผูก เช่น การฝึกกระตุ้นการขับถ่ายร่วมกับการใช้ยาเหน็บทวารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู (Venn, Taft, Carpentier, & Applebaugh, 1992) กระตุ้นการขับถ่ายด้วยวิธีกระตุ้นกล้ามเนื้อหูรูดด้านในทวารหนักในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Munchiando & Kendall, 1993) การให้การพยาบาลโดยการประเมินอาการท้องผูก ให้คู่มือความรู้เกี่ยวกับอาการท้องผูก และการวินิจฉัยการพยาบาลและการส่งต่อแพทย์ (Harari, Norton, Lockwood, & Swift, 2004) การนวดท้องแบบเมอริเดียนเพื่อลดอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Eun-Nam, Jung-Won, & Myeong-Soo, 2010) และการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกประกอบด้วย การให้ข้อมูล การส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระ อาหาร น้ำ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้องต่ออัตราการเกิดท้องผูกและความรุนแรงของอาการท้องผูกในผู้ป่วยระบบประสาท (วาสนา บุตรปัญญา, พรรณวดี พุทธิวัฒน์, ศุภร วงศ์วิญญู และภาณุมาศ ขวัญเรือน, 2555) ก็สามารถลดอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน

จากการทบทวนและศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยไม่ใช้ยา พบว่า การนำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน อันประกอบด้วย (1) การประเมินอาการท้องผูก โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นสาเหตุของปัญหา มาวิเคราะห์ แผลความหมาย

และระบุปัญหาโดยใช้ (2) การวินิจฉัยการพยาบาล ตามรูปแบบของ NANDA (NANDA International, 2014) จากนั้น (3) วางแผนการพยาบาลโดยการนำความรู้ทางการพยาบาลมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการอาการท้องผูก (4) ปฏิบัติการพยาบาลโดยการให้ความรู้และปฏิบัติการนวดท้อง เนื่องจากการนวดท้อง เป็นการกระตุ้นให้เกิดกลไกการขับถ่ายอุจจาระที่ส่งผลโดยตรงต่อลำไส้ (Sinclair, 2011) กล่าวคือ การนวดท้อง เป็นการกระตุ้นให้เกิดการผลักไล่กากอาหาร (mass peristalsis) ในลำไส้ใหญ่ เมื่อกากอาหารลงมาต้นในลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectum) จะโป่งออก ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ซึ่งมีใยประสาทที่รับรู้การดันยัด (Cholinergic parasympathetic fiber) จะเกิดการตอบสนองตามมามีคือ กระตุ้นให้รู้สึกปวดถ่ายโดยส่งผลให้กล้ามเนื้อหูรูดด้านในทวารหนัก (Internal anal sphincter) เกิดการคลายตัว (Liu et al., 2005) และการนวดท้องเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้ (Lamas., Lindholm., Stenlund., Engstrom., & Jacobsson., 2009; McClurg., Hagen., Hawkins., & Lowe-Strong., 2011; Smith, 2013) และ (5) การประเมินผลการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการนวดน่องแบบสวิตซ์เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย (Smith, 2013) และสามารถลดอาการท้องผูกได้ดี เช่นการนวดท้องแบบสวิตซ์ในผู้ป่วยโรค Multiple sclerosis (McClurg et al., 2011) และในคนทั่วไปที่มีอาการท้องผูกเรื้อรัง (Lamas et al., 2009) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาวิจัยการนวดแบบนี้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่า หากได้นำกระบวนการพยาบาลมาผสมผสานกับวิธีการนวดท้องแบบสวิตซ์ อันเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถจัดกระทำต่อผู้ป่วยได้ จะช่วยให้ลดอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดียิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

1. อาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. อาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการท้องผูก เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากตำแหน่งของการเกิดพยาธิสภาพในสมอง ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการควบคุมการทำงานของระบบขับถ่าย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการส่งสัญญาณประสาทเพื่อควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อรอบทวารหนักและกระบวนการ peristalsis (Coggrave, 2008; Winge et al., 2003) ทำให้เกิดความพิการ ส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เป็นผลให้ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลงด้วย (Bracci et al., 2007; Kumar et al., 2010) หรือทำให้เกิดภาวะกลืนลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารที่มีกากใยเพียงพอ (Winge et al., 2003; Yi et al., 2011) อาการท้องผูกอาจเป็นผลจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น เช่นยากลุ่ม Nitrates และ Antithrombotic ยา Nitrates จะไปยับยั้งการทำงานของลำไส้ โดยการหลั่งของ Nitric oxide ส่วน Antithrombotic เช่น Acetyl Salicylic Acid (ASA) จะไปยับยั้งการทำงานของลำไส้ โดยการหลั่งของ prostaglandin (Kumar et al., 2010) หรือจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายในทางเสื่อม ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูกตามมา (Mugie et al., 2011)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดหลักการทางสรีรวิทยาอาการท้องผูกและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA (NANDA International, 2014) และการนัดท้องตามวิธีของ Sinclair (2011) กล่าวคือ การพยาบาล เป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อสนองต่อความต้องการพื้นฐานในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลจะกระทำอย่างมีระบบภายใต้ขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพยาบาล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลีมนานวยลาก และวิพร เสนารักษ์, 2552) ทั้งนี้การนำกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ซึ่งเป็นเครื่องมือทางการพยาบาลที่เป็นสากล และเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีระบบและนำไปสู่การแก้ปัญหาอาการท้องผูกได้อย่างมีคุณภาพ (จันทร์ทิรา เจริญชัย และศรีธัญญา จุฬารี, 2557) โดยผ่านกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ

1. การประเมิน (Assessment) อาการท้องผูก โดยอาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุของปัญหา โดยอาศัยความสามารถในด้านต่างๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ที่ทำผลทำให้เกิดอาการท้องผูก ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ตำแหน่งของการเกิดพยาธิสภาพในสมองที่ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก ข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการท้องผูก เช่น พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมการดื่มน้ำและอาหารที่มีกากใย พฤติกรรมการใช้ยาระบาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายหรือระดับความสามารถในการทำกิจกรรม เป็นต้น

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Diagnosis) เป็นพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเมื่อนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยแล้วจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พยาบาลรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพ NANDA (2009) (อ้างถึงใน วิพร เสนารักษ์, 2554) การวินิจฉัยการพยาบาล คือการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาวิเคราะห์ แปลความหมายและระบุปัญหา เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาล และนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นขั้นตอนที่ต้องนำความรู้ทางการพยาบาล และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา เป็นการแสดงถึงแนวคิดในการสร้างกลยุทธ์ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการซึ่งสามารถกระทำได้ตั้งแต่แรกกับผู้รับบริการไว้ในความดูแล (จันทร์ทิรา เจียรณัย และศรัญญา จุฬาริ, 2557) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน มาวิเคราะห์ และวางแผนการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการอาการท้องผูกร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผู้วิจัยวางแผนการพยาบาลตามการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions Classification, (NIC)) โดยให้เชื่อมโยงกับแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาล ของ NANDA

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ การจะปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ และคุณภาพได้นั้นต้องมีการเตรียมการที่ดี ผู้ปฏิบัติต้องมีความคิดสร้างสรรค์ ละเอียด รอบคอบ มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล วัตถุประสงค์และค่านึงถึงความแตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน (จันทร์ทิรา เจียรณัย และศรัญญา จุฬาริ, 2557) การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก คือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการท้องผูก สาเหตุ ผลกระทบและการจัดการอาการท้องผูกโดยไม่ใช้ยา และเพื่อให้การจะปฏิบัติการพยาบาลบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ ผู้วิจัยได้นำวิธีการนวดท้องของ Sinclair (2011) มาเสริมในการปฏิบัติการพยาบาล กล่าวคือ การนวดท้อง เป็นการกระตุ้นให้เกิดกลไกการขับถ่ายอุจจาระที่ส่งผลโดยตรงต่อลำไส้ (Sinclair, 2011) การนวดท้อง เป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทโซมาติกและระบบประสาทอัตโนมัติในส่วนของ การขับถ่ายอุจจาระ ส่งผลให้เกิดการผลักไล่กากอาหาร (mass peristalsis) ในลำไส้ใหญ่ เมื่อกากอาหารลงมาต้นในลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectum) จะไปงอก ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ซึ่งมีใยประสาทที่รับรู้การดันยัด (Cholinergic parasympathetic fiber) จะเกิดการตอบสนองตามมาก็คือ กระตุ้นให้รู้สึกปวดถ่ายโดยส่งผลให้กล้ามเนื้อหูรูดด้านในทวารหนัก (Internal anal sphincter) เกิดการคลายตัว (Liu et al., 2005) และการนวดท้องเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้ (Lamas. et al., 2009; McClurg. et al., 2011; Smith, 2013) และขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการพยาบาลคือ

5. การประเมินผล (Evaluating) เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลต่อความสำเร็จในการแก้ปัญหา ในงานวิจัยนี้วัดผลเรื่องการลดอาการท้องผูกตามแนวคิดการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification, (NOC)) โดยใช้แบบประเมินอาการท้องผูก (Constipation Scoring System) (Agachan, Chen, Pfeifer, Reissman, & Wexner, 1996) ซึ่งมีทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนน 0-30 โดยแต่ละข้อคำถามมีความสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยตามนิยามของ Rome III (Drossman, 2006) คือ ประเมินจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ ความผิดปกติในการถ่ายอุจจาระ เช่น มีอาการปวด รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด เวลาที่ใช้ในการถ่ายอุจจาระแต่ละครั้ง การใช้ยาหรือหัตถการ เป็นต้น การแปลผลคือถ้ามีคะแนนมากกว่า 15 ขึ้นไปแปลว่ามีอาการท้องผูก (Agachan et al., 1996)

จากแนวคิดและหลักฐานการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง มีอาการท้องผูกน้อยกว่าก่อนได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง มีอาการท้องผูกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่มไม่เท่ากัน วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Design with Nonequivalent Groups) เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และได้รับการประเมินอาการท้องผูกจากแบบประเมินอาการท้องผูกของ Agachan et al (1996) ได้คะแนนอาการท้องผูกตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 50 คน

ตัวแปรที่ศึกษา คือ อาการท้องผูก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทางการพยาบาล ร่วมกับการนัดท้องตามวิธีของ Sinclair (2011) โดยมีขั้นตอนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินอาการท้องผูก โดยอาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุของปัญหา ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ตำแหน่งของการเกิดพยาธิสภาพในสมองที่ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก ข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการท้องผูก เช่น พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมการดื่มน้ำและอาหารที่มีกากใย พฤติกรรมการใช้ยาระบายและพฤติกรรมการออกกำลังกายหรือระดับความสามารถในการทำกิจกรรม โดยใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การสัมภาษณ์ และการสังเกต ประเมินอาการท้องผูกตามแบบประเมินอาการท้องผูก ของ Agachan et al (1996) ซึ่งมีทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนน 0-30 คะแนนมากกว่า 15 ขึ้นไปแปลว่ามีอาการท้องผูก

2. การวินิจฉัยการพยาบาล ตามรูปแบบของ NANDA (NANDA International, 2014) ซึ่งอาการท้องผูกจัดอยู่ในหมวดหมู่ของแบบแผนการขับถ่ายของเสีย การวินิจฉัยการพยาบาล เริ่มจากการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมากำหนดภาวะสุขภาพและเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้ดังนี้ “เกิดอาการท้องผูก”

3. การวางแผนการพยาบาล โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน มาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการท้องผูกร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการท้องผูก สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก และผลกระทบจากอาการท้องผูก โดยใช้สื่อการสอนแบบวีดิทัศน์ และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้นำการนัดท้องตามวิธีของ Sinclair (2011) มาเสริมในการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากการนัดท้อง เป็นการกระตุ้นให้เกิดกลไกการขับถ่ายอุจจาระที่ส่งผลโดยตรงต่อลำไส้ (Sinclair, 2011) เป็นการกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้ (Lamas. et al., 2009; McClurg. et al., 2011; Smith, 2013) และมอบแผ่นพับเพื่อเป็นข้อมูลความรู้ในการจัดการอาการท้องผูกเรื่อง “ท้องผูก เรื่องใหญ่” และแผ่นวีดิทัศน์ ประกอบการนัดท้องแก่ผู้ป่วยและญาติ

4. การปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย

4.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการท้องผูก สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก และผลกระทบจากอาการท้องผูก และขั้นตอนการนัดท้อง 10 ท่า โดยใช้สื่อการสอนแบบวีดิทัศน์

4.2 การปฏิบัติการนวดท้อง โดยผู้วิจัยจะปฏิบัติการนวดท้องด้วยตนเองทุกวัน วันละ 1 ครั้ง (Munchiando & Kendall, 1993) ในช่วงเช้า (Venn et al., 1992) เวลา 7.00-7.30 น. ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที (Emly, Wilson, & Darby, 2001; Lamas. et al., 2009; Preece, 2002) เป็นเวลา 2 สัปดาห์ (Kim, Sakong, Kim, Kim, & Kim, 2005) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1 แก้ว (250 มล.) ก่อนการนวดท้อง 30 นาที เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ (นภาพร เฉลิมพรพงศ์, 2545) โดยผู้วิจัยทำการนัดหมายในวันแรกที่พบกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ เวลา 6.30 น.

2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบใช้หมอนรองใต้เข่าเพื่อให้หน้าท้องหย่อน

3. ล้างมือผู้นวดให้สะอาด

4. ทาน้ำมันลงบนมือผู้นวดเพื่อลดแรงเสียดทานระหว่างการนวด

5. เริ่มต้นการนวดตามลำดับ 10 ท่า ตามวิธีของ Sinclair (2011) พร้อมทั้งสอนแสดงแก่ญาติหรือผู้ดูแล

6. สังเกตอาการผิดปกติในขณะที่ทำการนวดเช่น อัตราการเต้นของชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง หรือปวดแน่นท้องให้หยุดนวดทันที

หลังปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยมอบแผ่นพับเพื่อเป็นข้อมูลความรู้ในการจัดการอาการท้องผูกเรื่อง “ท้องผูก เรื่องใหญ่” และแผ่นวีดิทัศน์ประกอบการนวดท้องแก่ผู้ป่วยและญาติ

5. การประเมินผล ได้แก่ การฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) และประเมินการขับถ่ายอุจจาระ โดยให้ผู้ป่วยหรือญาติบันทึกลงในแบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ ซึ่งประกอบด้วย วันที่ เวลาในการขับถ่าย สีและลักษณะของอุจจาระทุกครั้งที่มีการขับถ่าย และประเมินอาการท้องผูก เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังให้การพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง โดยใช้แบบประเมินอาการท้องผูกของ Agachan et al (1996) ซึ่งเป็นแบบประเมินเดียวกันกับแบบประเมินอาการท้องผูกก่อนให้การพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง

อาการท้องผูก หมายถึง ความผิดปกติในการถ่ายอุจจาระ ประกอบด้วยลักษณะสำคัญคือการถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอาการปวดท้องหรือปวดบริเวณทวารหนักขณะเบ่งถ่าย ใช้เวลาในการขับถ่ายมากกว่าปกติหรือขับถ่ายไม่สำเร็จ รู้สึกถ่ายไม่สุดหรือถ่ายไม่ออกเนื่องจากคล้ายหรือเหมือนมีสิ่งอุดตันบริเวณทวารหนัก อาจต้องใช้นิ้วมือช่วยในการถ่ายอุจจาระ (Drossman, 2006) โดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นหรือรุนแรงขึ้นหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยวัดจากแบบประเมินอาการท้องผูกของ Agachan et al (1996) ซึ่งมีทั้งหมด 8 ข้อ มีค่าคะแนน 0-30 คะแนนมากกว่า 15 แปลว่ามีอาการท้องผูก (Agachan et al., 1996)

การพยาบาลปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการร่วมกับทีมแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก อันประกอบด้วย

1. การประเมินอาการท้องผูก โดยการประเมินจำนวนครั้งในการขับถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ ปริมาณอาหารและน้ำดื่ม และความสามารถในการทำกิจกรรม
2. การวินิจฉัยการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล
3. การวางแผนการพยาบาล โดยการให้ความรู้และให้กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดอาการท้องผูก
4. ให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการท้องผูก ได้แก่ การแนะนำให้ผู้ป่วยขับถ่ายทุกครั้งเมื่อปวดถ่ายอุจจาระ จัดให้ขับถ่ายในท่านั่งหรือศีรษะสูง แนะนำและจัดให้ดื่มน้ำ วันละ 2,000 –2,500 มล. ยกเว้นมีข้อห้าม แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ จัดเวลาการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาเดิมตามสุขนิสัยของผู้ป่วย ช่วยกระตุ้นให้มีการขับถ่ายตามเวลา กระตุ้นให้เคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายและดูแลให้ยาระบายตามคำสั่งแพทย์
5. ประเมินผลการพยาบาล โดยประเมินการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะของอุจจาระ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูกอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม
2. ด้านการศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก
3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าในการให้การพยาบาลให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. อาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการพยาบาล
4. แนวคิดเกี่ยวกับการนัดท้องเพื่อลดอาการท้องผูก
5. กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) คือโรคที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาทจากสมองบางส่วนหรือสมองทั้งหมด โดยอาการนั้นเป็นอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมอง (Thorvaldsen et al., 1997) โรคหลอดเลือดสมองนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติ กล่าวคือ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต อันดับ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิงและเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years) เป็นอันดับ 3 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิงของประชากรไทย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555) เมื่อเกิดโรคแล้วจะก่อให้เกิดอาการต่างๆทางระบบประสาท ผู้ป่วยมักเกิดความพิการทุพพลภาพสูง และจะใช้เวลาในการฟื้นตัวค่อนข้างนาน เป็นความหนักใจต่อทั้งตัวผู้ที่เป็นโรคเองและต่อญาติผู้ดูแล (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550)

1. ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

การแบ่งกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองตามลักษณะทางพยาธิสภาพ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) และกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) (กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), 2550; นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550)

1.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด พบร้อยละ 80-85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (กึ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), 2550; นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550) พบได้บ่อยในวัยกลางคน วัยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยขณะผ่าตัด หรือหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ลักษณะพยาธิสภาพเกิดจากการอุดตันทางเดินของหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่งผลให้เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือด พยาธิสภาพที่เกิดแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ดังนี้

1.1.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral Thrombosis หรือ Thrombotic Stroke) พบร้อยละ 40-57 ของกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด ตำแหน่งที่พบบ่อยมักเกิดขึ้นกับหลอดเลือดใหญ่ ที่พบบ่อยที่สุดคือ Internal Carotid Artery (ICA) รองลงมาคือ Middle Cerebral Artery (MCA) และ Vertebrobasilar Artery (VA) ลักษณะพยาธิสภาพเกิดจากลิ่มเลือด (Thrombi) ไปอุดตันในหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากผนังหลอดเลือดแดงชั้นเอนโดทีเลียม (Endothelium) แข็งและตีบ (Atherosclerosis) จากสาเหตุต่างๆ เช่นการมีไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งจะค่อยๆ เกิดขึ้นทีละน้อย เมื่อมีการเสื่อมของหลอดเลือดและทำลายของผนังหลอดเลือดชั้นเอนโดทีเลียม (Endothelium) เลือดจึงสัมผัสโดยตรงกับชั้นใต้เอนโดทีเลียม (Sub endothelium) ทำให้เกิดการรวมตัวของเกล็ดเลือดและกระตุ้นการทำงานของสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด (Coagulation factor) เป็นผลให้เกิดการแข็งตัวของลิ่มเลือดบริเวณนั้นขึ้น เมื่อลิ่มเลือดนี้ไปอุดตันหลอดเลือดจะทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นขาดเลือด และเกิดการตายของเนื้อสมอง นอกจากนั้น ยังพบว่าการอุดตันมักเกิดจากคราบไขมัน (Atherosclerotic plaque) เกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้ขนาดของหลอดเลือดตีบแคบลง พบได้บ่อยบริเวณง่ามแฉก (Bifurcation) และบริเวณส่วนโค้งของหลอดเลือด (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550) โดยลักษณะของอาการจะเป็นไปในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป อย่างช้าๆ และค่อย ๆ รุนแรงขึ้น ใช้เวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันหรือหลายวันจนอาการคงที่ อาการทั่วไปจะดีขึ้นหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 7 วัน การเฝ้าระวังในช่วงวันแรกๆ ควรติดตามอาการสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550) มักมีอาการนำ ได้แก่ ปวดศีรษะ (แต่ไม่รุนแรงมาก) คลื่นไส้ สูญเสียความทรงจำหรือมาด้วยปัญหาการมองเห็น เช่น ตามัว ตามองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง (transient monocular blindness) และยังพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีประวัติสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (Transient Ischemic Attack (TIA)) มาก่อน นอกจากนี้ยังมักเกิดช่วงเวลากลางคืนขณะนอนหลับมากกว่าที่จะเกิดช่วงขณะทำกิจกรรม

1.1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral Embolism หรือ embolic stroke) พบประมาณ ร้อยละ 16 -30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด พบมากในวัยกลางคนหรือผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ตำแหน่งที่พบบ่อยมักเกิดกับระบบหลอดเลือดคอ

ติด (Carotid system) โดยเฉพาะที่หลอดเลือด Middle Cerebral Artery มากกว่า หลอดเลือด Vertebrobasilar Artery ลักษณะพยาธิสภาพ เกิดจากมี “สิ่งหลุด” (Embolus) ซึ่งเป็นลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดที่อยู่นอกสมอง ที่พบบ่อยคือก้อนเลือดหลุดลอยจากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง (Cardiac emboli) หรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ เช่น ลิ่มเลือดจากปอด (Pulmonary thrombosis) ก้อนไขมัน อากาศ เชื้อโรค เป็นต้น หลุดลอยตามกระแสเลือดขึ้นไปอุดตันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เซลล์สมองตายเพราะขาดเลือด มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ เช่น โรคหัวใจรูมาติก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียม ลักษณะอาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะเกิดขึ้นทันทีทันใด (Sudden onset) ภายใน 10-20 วินาที โดยไม่มีอาการเตือนมาก่อน มักเกิดขณะทำกิจกรรมหรือมีการออกกำลังกาย โดยที่ “สิ่งหลุด” (Embolus) จะไปตามกระแสเลือดจนถึงบริเวณหลอดเลือดที่มีขนาดเล็กพอ จึงเกิดการอุดตันขึ้น ซึ่งมักเป็นหลอดเลือดคอติคอล (Cortical vessels) เล็กๆ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการผิดปกติของการทำงานของสมองชั้นคอติคอล ร่วมด้วย เช่น ถ้าพยาธิสภาพอยู่ที่สมองซีกเด่น (Dominant hemisphere) จะทำให้มีอาการชัก (Seizure) พูดไม่ได้ (Aphasia) หรือถ้าพยาธิสภาพอยู่ที่สมองซีกด้อย (Non dominant hemisphere) จะทำให้มีอาการหลงลืมร่างกายซีกที่มีอาการ (Neglect) ซึ่งจะส่งผลถึงการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้ป่วยได้

1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดแตกหรือโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) พบได้ประมาณร้อยละ 15 - 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด แยกโดยอาศัยบริเวณที่เกิดหลอดเลือดแตก คือโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในช่องใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) (กิ่งแก้ว ปาจริย (บรรณาธิการ), 2550; นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550)

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) พบได้ทุกกลุ่มอายุ ลักษณะพยาธิสภาพ มีการแตกของหลอดเลือดในสมอง ทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมองทำให้เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด (Ischemia) และจากการขยายตัวของก้อนเลือดหรือจากการเบียดของโครงสร้างภายในไดแอนเซฟาโลน (diencephalon) และสมองส่วนกลาง (midbrain) อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับของการรับรู้สติ และหากมีเลือดออกมากและเข้าสู่ระบบช่องว่างในสมองและไขสันหลัง (ventricular system) จะทำให้เสียชีวิตโดยเฉียบพลัน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) ร้อยละ 56-81 โดยเฉพาะอย่างยิ่งร่วมกับการมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ (atherosclerosis) ทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดที่โป่งพอง บริเวณที่พบบ่อยมักเป็นหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (penetrating arteries) ในส่วนของเนื้อสมองส่วนลึก ได้แก่ สมองส่วนเบซอลแกงเกลีย (basal ganglia) สมองส่วน

อินเทอนอลแคปซูล (internal capsule) สมองส่วนทาลามัส (thalamus) สมองส่วนพอนส์ (pons) สมองน้อย (cerebellum) และก้านสมอง (brain stem) ลักษณะอาการจะเป็นแบบทันทีทันใด (sudden onset) โดยจะพบร่วมกับอาการทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียน ระดับการรับรู้สติ (conscious) ลดลง ความดันในสมองเพิ่มขึ้น ถ้าก้อนเลือดมีขนาดใหญ่หรือแตกเข้าสู่ระบบช่องว่างในสมองและไขสันหลัง (ventricular system) หรือเกิดกดเนื้อเยื่อชั้นคอติคอล (cortical tissue) อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 - 70

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) พบมากในช่วงอายุ 40 - 60 ปี ลักษณะพยาธิสภาพคือการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง (cerebrospinal fluid (CSF)) ถูกอุดกั้นโดยมีเลือดเข้าไปในเยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นอะแรคนอยด์ทันที ทำให้สมองบวมเฉียบพลัน (acute hydrocephalus) ร่วมกับการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ (intracranial pressure) การลดลงของ cerebral perfusion และเกิดการขาดเลือดตามมา สาเหตุสำคัญมักเกิดจากการแตกของ cerebral aneurysm โดยเฉพาะ berry aneurysm ซึ่งมักอยู่ที่บริเวณ circle of Willis สาเหตุรองลงมาเกิดจากภาวะ arteriovenous malformation (AVM) ลักษณะอาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด โดยไม่มีอาการเตือน มักเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยตื่นหรือกำลังทำกิจกรรมอยู่ โดยมีอาการนำคือ ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน ตาสู้แสงไม่ได้ (photophobia) ระดับความรู้สึกตัวลดลง และอาจมีอาการแสดงของ meningeal irritation เช่น คอแข็ง (stiff neck) ภายใน 2 - 3 ชั่วโมงร่วมด้วยแต่จะมีความบกพร่องทางระบบประสาทน้อย นอกจากกรณีที่มีเลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) ร่วมด้วยหรือบางรายอาจมีเลือดออกซ้ำ (rebleeding) ตามมาได้ภายใน 2 สัปดาห์

2. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออก เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ มีดังนี้ (Kernan et al., 2014)

2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่

2.1.1 อายุ พบว่าอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเพิ่มขึ้นตามอายุและสามารถเกิดได้กับทุกกลุ่มอายุ แต่ในกลุ่มอายุที่มากกว่า 55 ปี มักมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็น 2 เท่าของคนที่มีอายุน้อยกว่า (Adams et al., 2007; Kernan et al., 2014)

2.1.2 เพศ จากการศึกษาพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 44-76 และยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเกือบทุกช่วงอายุ (กึ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), 2550)

2.1.3 เชื้อชาติ จากข้อมูลของการศึกษาระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองในสหรัฐอเมริกา พบว่าคนผิวดำมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนผิวขาว (กึ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), 2550)

2.1.4 ประวัติครอบครัว ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความเสี่ยงสูงที่บุตรจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Kernan et al., 2014)

2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่

2.2.1 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดสมองขาดเลือด และชนิดเลือดออกในสมอง (Kernan et al., 2014) ปัจจุบันยอมรับกันทั่วไปว่าภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็งเพิ่มขึ้น เร่งการเกิดไขมัน (atheroma) ของหลอดเลือดสมอง และทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในตำแหน่งนั้นหรือมีการหลุดของลิ่มเลือดจากผนังหลอดเลือดบริเวณนั้นไปอุดตันหลอดเลือดส่วนปลายทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด (cerebral infarction) ตามมา จากการศึกษา meta-analysis พบว่าการลดความดันโลหิต มีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 30-40 โดยที่ยิ่งลดความดันโลหิตมาก อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะยิ่งลดมาก หรือทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอทที่ลดลงของความดันซิสโตลิกมีความสัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรที่มีอายุ 60-79 ปี (Lawes, Bennett, Feigin, & Rodgers, 2004) ควรรักษาระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท หากความดันไดแอสโตลิกลดลง 5-6 มม.ปรอทสามารถลดความเสี่ยงได้ร้อยละ 42 ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตนอกจากช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีกด้วย (Adams et al., 2007) ในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่เป็นโรคเบาหวาน เป้าหมายการรักษาระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/85 มิลลิเมตรปรอท และผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานระดับความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท (Adams et al., 2007; Kernan et al., 2014; The Intercollegiate Stroke Working Party, 2012)

2.2.2 โรคหัวใจ เช่น ผู้ที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว (atrial fibrillation) เป็นภาวะที่หัวใจห้องบนมีขนาดใหญ่ แต่ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องบนไม่ดีทำให้มีเลือดคั่งและเกิดลิ่มเลือดขึ้น ลิ่มเลือดดังกล่าวมีโอกาสที่จะหลุดออกมาอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550) ผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า ในกรณีที่ภาวะหัวใจเต้นพริ้ว (atrial fibrillation) ร่วมกับโรคหัวใจรูมาติก (rheumatic heart disease) จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 17 เท่าของคนปกติ (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550)

2.2.3 ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงคาโรติดบริเวณลำคอ เนื่องจากหลอดเลือดแดงคาโรติดที่อยู่บริเวณคอจะนำเลือดไปเลี้ยงสมอง ถ้ามีการอุดตันจากการเกาะของไขมันจะทำให้เกิดการขัดขวางเลือดไปเลี้ยงสมอง มีผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Kernan et al., 2014)

2.2.4 โรคเบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 2-3 เท่า

2.2.5 ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูง มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), 2550) เนื่องจากการเกิด Atherosclerosis หรือหลอดเลือดแดงแข็งนั้น เริ่มต้นจากการที่มี Endothelial cell ทำงานผิดปกติ ซึ่งจะค่อยเกิดขึ้นทีละน้อย เมื่อมีการเสื่อมของหลอดเลือดและทำลายของผนังหลอดเลือดชั้นเอนโดทีเลียม (Endothelium) เลือดและเม็ดเลือดขาวจึงสัมผัสโดยตรงกับชั้นใต้เอนโดทีเลียม (Sub endothelium) เกิดการเปลี่ยนเป็น Macrophage ในที่สุด นอกจากนี้ยังชักนำให้ LDL particle เข้ามาอยู่ในชั้น endothelium ด้วย LDL จะถูก Oxidized เป็น Oxidized LDL กระบวนการนี้จะมีการปล่อย tissue factors และ Cytokines ต่างๆ Macrophage จะกัดกิน Oxidized LDL เกิดเป็น Foam cell ขึ้น เกิดเป็น Fatty streak สุดท้าย Macrophage เกิดการตายจะปล่อย Lipid ออกมานอกเซลล์เห็นเป็น Lipid core activated smooth muscle cells มี migration เข้ามา มีการสร้าง Elastic, collagen และเกิดเป็น Fiber cap ขึ้นคลุม Plaque กระบวนการดังกล่าวจะมีการหลั่งสารต่างๆและกระตุ้นการทำงานของสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด (Coagulation factor) สารเหล่านี้จะกระตุ้นการเกิด Monocyte adhesion มากขึ้น กระตุ้นการเกิด Inflammatory process ในหลอดเลือด เป็นผลให้เกิดการแข็งตัวของลิ้มเลือดบริเวณนั้นขึ้น เมื่อลิ้มเลือดนี้ไปอุดตันหลอดเลือดจะทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นขาดเลือด และเกิดการตายของเนื้อสมอง (ดิษยา รัตนกร บรรณาธิการ, 2554) จากการศึกษาพบว่าระดับ total cholesterol ที่สูงขึ้นทุก 1 มิลลิโมล/ลิตร (38.7 มก./ลิตร) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขนาดเล็กร้อยละ 6-25 (Bejot et al., 2007)

2.2.6 การสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ (จรรยา สันตยากร, 2554; นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550) ทั้งนี้เนื่องจากบุหรี่มีผลต่อการเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด เพิ่มระดับ cholesterol ลดระดับของ high density lipoprotein และเพิ่มการหลั่งของ catecholamine ยิ่งไปกว่านั้นปริมาณ carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในผู้ที่สูบบุหรี่ยังมีผลเสียต่อการทำลาย endothelial cell ทำให้หลอดเลือดตีบง่ายขึ้น

2.2.7 การดื่มสุรา เนื่องจากการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง อาจเกิดจากแอลกอฮอล์ไปลดระดับไลโปโปรตีน นอกจากนี้ยังเพิ่มอัตราส่วนของพรอสตา

แคลนดินและธรมโบแซน ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่าแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) (กิงแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), 2550)

2.2.8 โรคอ้วน จากการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (จรรยา สันตยากร, 2554) และมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง

2.2.9 การขาดการออกกำลังกาย จะเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษา พบว่าการออกกำลังกายด้วยความปานกลางอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ช่วยลดระดับโปรตีนในเลือดที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น (Kernan et al., 2014; จรรยา สันตยากร, 2554)

2.2.10 การรับประทานยาคุมกำเนิด จากการศึกษาพบว่าการรับประทานยาคุมกำเนิดนานเกิน 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การใช้ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนต่ำจะมีความเสี่ยงน้อยกว่า (จรรยา สันตยากร, 2554)

3. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

พยาธิสภาพต่างๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วย ซึ่งปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดสมองและขนาดของพยาธิสภาพที่เกิด สรุปลำดับดังต่อไปนี้ (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550; สุชาติ พุทธิเจริญรัตน์, 2554)

3.1 ด้านร่างกาย

3.1.1 ความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขา ใบหน้า ช่องปาก ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อ่อนแรงครึ่งซีก (hemiparesis) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขา แขน ขา หนักขึ้น เคลื่อนไหวได้ลำบาก หรือในบางรายอาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย ในผู้ที่มีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกขวา การเริ่มต้นการเคลื่อนไหวจะช้าลงและลำบากมากขึ้น การเรียนรู้กิจกรรมในการเคลื่อนไหวจึงต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ป่วยอ่อนแรงซีกซ้ายจะมีปัญหาในการทรงตัว หรือการเคลื่อนไหว นอกจากนี้อาจมีอาการเกร็งเหยียดแขนขาลำบาก

3.1.2 ความบกพร่องทางด้านสติปัญญา การรับรู้และความจำ ซึ่งสมองซีกขวาควบคุมในเรื่องของการเรียนรู้ ผู้ป่วยที่สมองซีกขวาถูกทำลายจะทำให้เกิดอัมพาตซีกซ้าย ซึ่งมีปัญหาการรับรู้มากกว่าผู้ป่วยอัมพาตซีกขวา ความผิดปกติของการรับรู้มีผลต่อการฝึกกิจวัตรประจำวัน ความบกพร่องทางสติปัญญา และการด้อยสมรรถภาพในหลายๆ ส่วนของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ หรือมองข้ามอันตรายที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจมีความสนใจระยะสั้นหรือมีความจำสั้น ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำหรือเรียนรู้การเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนได้ ทั้งที่เข้าใจคำสั่งดี ไม่สามารถรับรู้ข้อมูล

ต่างๆ ได้หมด ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันและไม่สามารถหลบหลีกอันตรายได้ (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550)

3.1.3 ความบกพร่องทางการสื่อสาร คือความผิดปกติในความสามารถของการรับรู้เข้าใจการแสดงออก หรือการใช้ภาษาที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการพูด การเขียน การแปลความหมายที่ได้ยินหรือจากการอ่านที่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกขวาโดยทั่วไปสมองซีกซ้ายซึ่งถือว่าเป็นซีกที่เด่น (dominant hemisphere) จะควบคุมการทำงานของร่างกายด้านตรงข้ามและควบคุมในเรื่องของภาษาและการสื่อสาร (communication ability) ปัญหาที่สำคัญได้แก่ผู้ป่วยอาจมีความยากลำบากในการสื่อสารหรือไม่เข้าใจภาษาที่ใช้สื่อสาร ซึ่งพบได้บ่อยๆ เป็นความผิดปกติในการที่จะรับรู้ (receive) และส่งต่อ (transmit) ข้อมูล (verbal message) ทั้งในรูปของการเขียนและคำพูดโดยส่วนใหญ่ความผิดปกติอาจจะเป็นในเรื่องของการรับรู้ด้านการฟัง การอ่าน และส่วนของการแสดงออกด้านการพูด หรือการเขียน หรือทั้งสองอย่าง (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550) ซึ่งความผิดปกติทางการสื่อสารที่พบมี 2 ลักษณะคือ ไม่สามารถพูดสื่อความหมายออกเสียงเป็นคำและพยางค์ได้หรือพูดได้เพียงคำสั้นๆ ทั้งที่เข้าใจความหมายของภาษา (expressive or motor aphasia) เพราะการเคลื่อนไหวของปาก ลิ้น แก้ม มีความผิดปกติ เนื่องจากการทำลายบริเวณโบรคา (broca's area) ผู้ป่วยอาจพูดได้บ้างเล็กน้อยหรือพูดไม่ได้เลย ตอบคำถามได้แต่ไม่สามารถพูดประโยคที่สมบูรณ์ถูกต้อง ส่วนอีกลักษณะหนึ่งคือผู้ป่วยมีปัญหาการรับรู้และเข้าใจในภาษาพูด (sensory aphasia หรือ Wernicke's aphasia) อาจจะมีพูดจาเรื่อยเปื่อยหรือคิดประดิษฐ์คำพูดขึ้นเองเนื่องจากการทำลายบริเวณเวอร์นิคเก (Wernicke area) ผู้ป่วยจะพูดเป็นประโยคได้ การใช้คำ การออกเสียงและไวยากรณ์ถูกต้อง แต่เนื้อหาที่พูดคววน ขาดสาระไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่สามารถพูดตามได้ และโกลบอลอะเฟเซีย (global aphasia) เกิดจากมีการทำลายทั้งบริเวณเวอร์นิคเกและโบรคา อาการคือ พูดไม่ได้และไม่เข้าใจคำพูด ผู้ป่วยอาจมีปัญหาทั้งการพูดลำบากและมีปัญหาการรับรู้และเข้าใจคำพูดที่ได้ยิน

3.1.4 ความบกพร่องของการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส ทำให้มีผลกระทบต่อ การยืนและการเดิน ความเจ็บปวดและอุณหภูมิมีผลต่อการรับรู้และทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้ ผู้ป่วยอาจสูญเสียการรับรู้สัมผัสหลายชนิดร่วมกัน เช่น ผู้ป่วยอัมพาตซีกขวาไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างจุดสองจุด ไม่สามารถบอกสิ่งของที่สัมผัสได้ การสูญเสียลานสายตา ไม่สามารถกะระยะทางได้ ไม่รับรู้ร่างกายด้านที่อัมพาต ทำให้ผู้ป่วยขาดความระมัดระวังด้านที่เป็นอัมพาตมากยิ่งขึ้น และทำให้เกิดอุบัติเหตุ

3.1.5 ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย ส่วนใหญ่คือ อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urgency of urination) ส่วนอาการท้องผูก (constipation) พบในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ กล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังลง และรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย

หรือลำไส้ใหญ่บีบตัวลดลง ร่วมกับการได้รับน้ำไม่เพียงพอ (กึ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ), 2550; จรรยา สันตยากร, 2554) ซึ่งพบบ่อยถึงร้อยละ 30-60 (Bracci et al., 2007; Chen, Li, Sun, Liu, & Hu, 2011; Harari et al., 2004) และร้อยละ 55 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะเริ่มมีอาการท้องผูกในสัปดาห์แรกจนถึงหนึ่งเดือน (Su et al., 2009)

3.1.6 ความบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุทางด้านร่างกาย เช่น อากาศเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแอ อากาศปัสสาวะกระปริดกระปรอย ประกอบกับการผันผวนทางจิตใจ และอารมณ์ ความซึมเศร้า ความกลัว วิดกกังวลต่างๆ ตลอดจนมีปัญหาในด้านการติดต่อสื่อสาร ดังนั้นจึงทำให้การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป

3.2 ด้านจิตใจ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และการตอบสนอง ผู้ป่วยจะรู้สึกกลัว วิดกกังวลต่อสิ่งที่เกิดขึ้น บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน ตลอดจนรู้สึกไม่แน่ใจในการดำรงชีวิตอยู่ (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยอมรับกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไม่ได้ ต้องใช้เวลาในการเรียนรู้กับสิ่งที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่าเป็นปัญหาและเป็นภาระแก่ผู้อื่น

3.3 ด้านครอบครัวและสังคม เป็นปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเกิดต่อเนื่องจากปัญหาทางกาย ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อย ต้องแยกตัวจากสังคม หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพภายในครอบครัว ผู้ป่วยอายุที่จะเผชิญหน้ากับบุคคลในสังคม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำตามปกติได้

3.4 ด้านเศรษฐกิจ จากการที่มีผู้เจ็บป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องยาวนานอยู่ในครอบครัว ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้หลัก

4. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การรักษาในระยะเฉียบพลัน การรักษาระยะยาวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและการฟื้นฟูสภาพ (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550; สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), 2552)

4.1 การรักษาในระยะเฉียบพลัน โดยทั่วไปมักหมายถึง การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 7 วัน ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระยะเวลาที่เกิดอาการก่อนมารับการรักษา ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรคระบบประสาทหรือโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ รวมถึงสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), 2552) การรักษาในระยะเฉียบพลัน ได้แก่

4.1.1 การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) เพื่อละลายลิ่มเลือดที่ไปอุดตันในหลอดเลือด ควรให้ในระยะเวลา 3 ชั่วโมงแรกของการขาดเลือด ทั้งนี้การให้ยาต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามที่กำหนด (Adams et al., 2007)

4.1.2 การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เพื่อป้องกันไม่ให้ลิ่มเลือดขยายตัวหรือเป็นมากขึ้น ยาจะป้องกันการแข็งตัวของเลือด ชัดขวางการรวมตัวกันของลิ่มเลือด เป็นการป้องกันการอุดตันซ้ำ ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยา จำเป็นต้องตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (Adams et al., 2007) เป็นระยะ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้เมื่อใช้ยาในกลุ่มนี้

4.1.3 การใช้ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (antiplatelet) เป็นการใช้ยาเพื่อป้องกันการเกิดการรวมตัวของกลุ่มเกล็ดเลือด ส่งผลทำให้มีการไหลเวียนของเลือดในสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องให้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ 24 ชั่วโมงแรก (Adams et al., 2007; ดิษยา รัตนากร บรรณาธิการ, 2554)

4.1.4 การผ่าตัดเพื่อลดการเบียดกดเนื้อสมอง (decompression) หรือการผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออกเป็นวิธีที่ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองแตก ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีเลือดออกขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร ไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งใดก็ตาม การรักษาทางยาที่อาจทำให้อาการดีขึ้นได้ตามลำดับ เนื่องจากการผ่าตัดอาจเป็นการทำลายเนื้อสมองส่วนที่ดีหรือมีการตกเลือดภายหลังผ่าตัด ซึ่งจะทำให้มีก้อนเลือดออกที่ขนาดใหญ่กว่าเดิม

4.1.5 การป้องกันและการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หมายถึงการดูแลรักษาควบคุมสภาวะโดยทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจส่งผลต่อความพิการหรือเสียชีวิตของผู้ป่วย เช่น การดูแลระบบหัวใจและระบบทางเดินหายใจ การดูแลรักษาภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและภาวะสมองบวม การติดตามการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ การดูแลภาวะสมดุลเกลือแร่ กรดต่างและการควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือด การเฝ้าระวังภาวะชัก การดูแลให้สารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงในช่วง 72 ชั่วโมงแรก (ดิษยา รัตนากร บรรณาธิการ, 2554)

4.2 การรักษาระยะยาวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ วิธีการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ อาจแบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ (Kernan et al., 2014; สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), 2552)

4.2.1 การป้องกันแบบปฐมภูมิ (primary prevention) คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่บุคคลนั้นยังไม่เคยมีโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

4.2.1 1 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ประวัติโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว (สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), 2552)

4.2.1 2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมแก้ไขได้ โดยปัจจัยหลักที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ สุกดิบหรือ ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัจจัยรองอื่น ๆ ได้แก่ การรับประทานยาคุมกำเนิด การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก ความอ้วน (สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), 2552)

4.2.2 การป้องกันแบบทุติยภูมิ (secondary prevention) คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ในกรณีที่มีบุคคลนั้นเคยมีโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองข้างต้น และการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด หรือการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Kernan et al., 2014; สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), 2552)

4.3 การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ การดูแลรักษาในระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่อง (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550; สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), 2552) โดยการฟื้นฟูสภาพร่างกายควรทำตามขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

4.3.1 การดูแลด้านร่างกาย เป็นการช่วยเหลือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้นโดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ทักษะการสื่อสาร ดูแลการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดปากและฟันและการขับถ่าย เป็นต้น

4.3.2 การดูแลระดับประคองอารมณ์ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมักแยกตัวจากสังคมภายนอก มีผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง

4.3.3 การดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการดูแลเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านพ้นภาวะวิกฤต ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ซึ่งการฟื้นฟูสภาพดังกล่าวประกอบด้วย การจัดทำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การแต่งตัว การเคลื่อนไหวข้อต่อและการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ

4.3.4 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ปวดข้อ ข้อติดแข็งและอาการท้องผูก เป็นต้น

จากแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกครอบครัวหรือบุคคลอื่นต่อเนื่องจากการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องได้รับข้อมูลและแนวทางในการรักษา แต่อย่างไรก็ตามในระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สมาชิกครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและให้สมาชิกครอบครัวได้เรียนรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจะต้องพิจารณาเป็นระยะ ๆ (สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), 2552) ดังต่อไปนี้

5.1 การดูแลในระยะเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ซึ่งมักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ในระยะนี้มุ่งดูแลรักษาชีวิตของผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยในระยะแรกอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีผลต่อผู้ป่วยในเรื่องของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่จะตามมา ดังนั้น จึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น สิ่งสำคัญของการดูแลในระยะนี้คือ การรักษาทางเดินหายใจให้โล่ง เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการแสดงของระบบประสาทในทางเลวลง (Progressive stroke) ภาวะเลือดออกหลังจากได้รับ rt-PA และภาวะสมองบวม เป็นต้น

5.2 การดูแลเมื่อผ่านระยะเฉียบพลัน ในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ การดูแลมุ่งรักษาหน้าที่ของร่างกายและป้องกันโรคแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีและรวดเร็วที่สุด

5.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลต้องอาศัยการประเมินความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย และส่วนดีที่ยังเหลืออยู่อย่างมีระบบ ควรมีการประชุมร่วมกันเป็นทีมทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อวางแผนสำหรับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสมบูรณ์แบบ สิ่งสำคัญของการดูแลคือมุ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ที่สูญเสียไปใหม่ เพื่อที่จะให้ช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

5.4 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ควรกระทำในระยะแรกของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ และในครั้งแรกที่รับผู้ป่วยไว้ พยาบาลควรได้ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว ฐานะเศรษฐกิจ ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะต้องนำมาพิจารณาในการวางแผนจำหน่าย รวมทั้งการประเมินสถานะภาพของครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นในครอบครัว และความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากแต่ละครอบครัวแตกต่างกันไป พยาบาลต้องสอนและให้คำแนะนำบุคคลที่จะคอยช่วยเหลือผู้ป่วยให้รู้วิธีการดูแล

ช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไปที่บ้าน และส่งผู้ป่วยต่อให้พยาบาลสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเขตที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ต่อไป

5.5 การดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย สิ่งสำคัญของการดูแลในระยะนี้คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการกระตุ้นผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด ในขณะที่ญาติคอยช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ หรือกระทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมกับคอยกระตุ้นให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นรวมถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในฐานะบุคคลแบบองค์รวม เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและคงไว้หน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย และช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ฟื้นฟูสมรรถภาพและช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ พยาบาลจะต้องเข้าใจพฤติกรรมรวมถึงความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยในการเผชิญกับผลกระทบ ปัญหาและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปรับตัวและเรียนรู้ที่จะอยู่กับข้อจำกัดได้ในฐานะบุคคลที่คงความมีคุณค่าในตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อาการท้องผูก เป็นภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 30-80 (Bracci et al., 2007; Cai et al., 2013; Lin et al., 2013; Su et al., 2009) และร้อยละ 40-55 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเกิดอาการท้องผูกภายในระยะเฉียบพลันหรือใน 4 สัปดาห์แรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Su et al., 2009) จากนั้นอาการท้องผูกจะค่อยๆลดลงเมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟู (Cai et al., 2013) ถึงแม้ว่าอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ จะไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิต แต่ก็มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาก (Bracci et al., 2007; Su et al., 2009) และส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Tariq, 2007)

1. ความหมาย

อาการท้องผูกเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย โดยส่วนมากจะมีอาการและอาการแสดงที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นการให้ความหมายของอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่วนใหญ่จึงใช้หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยตาม Rome Criteria ซึ่ง Rome ได้พัฒนาหลักเกณฑ์การวินิจฉัยให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ดังนี้

Rome III Criteria มีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการท้องผูกดังนี้

1. มีอาการตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปดังต่อไปนี้

1.1 มีการเบ่งอุจจาระ อย่างน้อยร้อยละ 25 ของการถ่ายอุจจาระ

- 1.2 อุจจาระเป็นก้อนแข็ง อย่างน้อยร้อยละ 25 ของการถ่ายอุจจาระ
- 1.3 รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด อย่างน้อยร้อยละ 25 ของการถ่ายอุจจาระ
- 1.4 มีความรู้สึกถ่ายอุจจาระไม่ออกเหมือนมีอะไรมาอุดกั้นที่ทวารหนัก อย่างน้อยร้อยละ 25 ของการถ่ายอุจจาระ

- 1.5 ต้องใช้นิ้วมือช่วยในการถ่ายอุจจาระ อย่างน้อยร้อยละ 25 ของการถ่ายอุจจาระ
- 1.6 ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2. อุจจาระนิ่ม ซึ่งพบได้น้อยมากหากไม่ใช่ยาระบาย
3. ไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยของ irritable bowel syndrome

โดยถ้ามีอาการครบเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นตั้งแต่สองอาการขึ้นไป เป็นมานานมากกว่า 3 เดือน และเริ่มมีอาการครั้งแรก (ไม่จำเป็นต้องครบเกณฑ์) นานกว่า 6 เดือน (Drossman, 2006)

และได้มีผู้ให้ความหมายของอาการท้องผูกไว้ต่างๆ ดังนี้

Hinds, Eidelman & Wald (1990) ได้ให้ความหมายของอาการท้องผูก หมายถึง การขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำเป็นต้องใช้นิ้วมือช่วยในการถ่ายอุจจาระทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง และ/หรือต้องใช้ยาระบาย สวนอุจจาระหรือเหน็บยา มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

บรรจบ ชุณหสวัสด์กุล (2538) ได้ให้ความหมายของอาการท้องผูก หมายถึง ความผิดปกติของการถ่ายอุจจาระ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสำคัญคือ ปริมาณอุจจาระน้อยลงกว่าปกติ อุจจาระมีลักษณะแข็ง ถ่ายลำบาก ต้องเบ่งมาก รู้สึกไม่สุขสบายเวลาถ่าย จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระลดลงกว่าปกติหรือบางครั้งหลังการถ่ายจะมีความรู้สึกถ่ายไม่สุด

สุเทพ กลชาญวิทย์ (2550) ได้ให้ความหมายของอาการท้องผูก หมายถึง อาการที่มีความถี่ในการถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีอาการถ่ายอุจจาระลำบาก ต้องใช้เวลาเบ่งนานมากกว่าปกติ หรือมีอาการเจ็บทวารหนักเวลาถ่ายร่วมด้วย

Lacy & Cole (2004) ได้ให้ความหมายของอาการท้องผูก หมายถึง อาการที่เกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้ากว่าปกติ โดยจะมีอุจจาระเป็นก้อนแข็งเล็ก ถ่ายอุจจาระลำบาก

จากความหมายข้างต้น สามารถนำมาสรุปได้ว่า อาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความผิดปกติในการถ่ายอุจจาระ ประกอบด้วยลักษณะสำคัญคือการถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง แห้ง มีอาการปวดท้องหรือปวดบริเวณทวารหนักขณะเบ่งถ่าย ใช้เวลาในการขับถ่ายมากกว่าปกติหรือขับถ่ายไม่สำเร็จใน 24 ชั่วโมง รู้สึกถ่ายไม่สุดหรือถ่ายไม่ออกเนื่องจากคล้ายหรือเหมือนมีสิ่งอุดกั้นบริเวณทวารหนัก อาจต้องใช้นิ้วมือช่วยในการถ่ายอุจจาระ โดยวัดจากแบบประเมินอาการท้องผูก (Constipation Scoring System) ซึ่งมีทั้งหมด 8 ข้อ มีค่าคะแนน 0-30 คะแนน คะแนนมากกว่า 15 ถือว่ามีอาการท้องผูก (Agachan et al., 1996)

2. กลไกการขับถ่ายอุจจาระ

กลไกการย่อยอาหาร เริ่มจากการเคี้ยวทำให้อาหารชิ้นเล็กลง ช่วยคลุกเคล้าอาหารกับน้ำลาย เพื่อให้สะดวกต่อการกลืนและการย่อย จะผ่านทางปาก หลอดอาหาร แล้วลงสู่กระเพาะอาหาร โดยศูนย์การควบคุมการกลืนอยู่ที่ Medulla oblongata เมื่ออาหารตกถึงกระเพาะอาหาร อาหารจะคลุกเคล้ากับน้ำย่อยที่หลั่งจากกระเพาะอาหารคือ Pepsin และ Renin และมีกรดเกลือสร้างจาก Parietal cell ในต่อมของกระเพาะอาหาร ซึ่งจะช่วยฆ่าแบคทีเรียที่ปนมากับอาหาร ทำให้อาหารไม่บูดเน่า ไม่เกิดการติดเชื้อ และมีเยื่อเมือก (Mucous) ช่วยในการป้องกัน การย่อยตัวเองของกระเพาะอาหาร โดยทั่วไปอาหารจะอยู่ในกระเพาะอาหาร ประมาณ 3-4 ชั่วโมง จากนั้นจะเคลื่อนผ่านมายังลำไส้เล็กใช้เวลาประมาณ 3-4 ชั่วโมง เพื่อทำการย่อยให้เป็นโมเลกุลที่เล็กที่สุด เพื่อเตรียมดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย ลำไส้เล็กจะบีบตัวเพื่อให้อาหารเคลื่อนที่ต่อไปยังลำไส้ใหญ่ ส่วนที่เหลือจากการดูดซึมเรียกว่ากากอาหาร กากอาหาร จะอยู่บริเวณลำไส้ใหญ่นาน 6-8 ชั่วโมง และถูกเก็บในลำไส้ใหญ่จนกว่าจะมีการขับถ่าย ซึ่งอาจใช้เวลานาน 36 ชั่วโมงหรือนานกว่านั้น (Lacy & Cole, 2004) ปกติอุจจาระจะถูกขับออกมาประมาณวันละ 100-200 กรัม (ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), 2553)

การขับถ่ายอุจจาระถูกควบคุมโดยระบบประสาท 3 อย่าง ได้แก่ 1) ระบบประสาทอัตโนมัติ 2) ระบบประสาทส่วนนอก และ 3) การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อ โดยอาศัยกล้ามเนื้อ 2 ชุด ได้แก่ 1) กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านใน ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อเรียบที่หนาตัวขึ้นมาด้านในของทวารหนัก ซึ่งอยู่นอกอำนาจจิตใจ หูรูดนี้จะคลายตัวเมื่อความดันในลำไส้ตรงเพิ่มขึ้น และ 2) กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอก ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อลายที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจและถูกควบคุมโดยเส้นใยประสาท เมื่ออุจจาระเข้ามาอยู่ในลำไส้ตรง จะทำให้เกิดการยืดขยายซึ่งมีตัวรับสัญญาณประสาทที่ไวต่อการยืดขยายอยู่ที่บริเวณนั้น เมื่อประสาทนำเข้าของผนังลำไส้ตรงถูกกระตุ้น จะส่งประสาทไปที่ศูนย์ควบคุมการถ่ายอุจจาระ ซึ่งอยู่บริเวณไขสันหลังระดับก้นกบ (sacral level) ระดับที่ 2-4 และจะมีกระแสประสาทย้อนกลับออกมา โดยประสาทพาราซิมพาเทติก ที่บริเวณอุ้งเชิงกราน (pelvic nerve) สู่ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (descending colon) ลำไส้ส่วนคด (sigmoid colon) และลำไส้ตรง เพื่อช่วยเร่งให้เกิดการเคลื่อนตัวแบบลูกคลื่น (peristaltic wave) ในลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย และกระแสประสาทนำเข้าจะถูกส่งไปยังระบบส่วนกลางในสมอง ทำให้เกิดการหายใจเข้าลึก การปิดของสายเสียง (glottis) และมีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้นพร้อมกับการบีบตัวของลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนลง (descending colon) มีผลทำให้เกิดการผลักดันอุจจาระลงไปยังลำไส้ตรงและขับถ่ายอุจจาระออกมาได้ (Lacy & Cole, 2004; ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), 2553)

3. พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สมองจะเกิดการสูญเสียหน้าที่ ก่อให้เกิดความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นๆที่ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก ได้แก่

3.1 ตำแหน่งของการเกิดพยาธิสภาพในสมองส่วนที่ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (defecatory center) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพในส่วนพอนส์ ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการควบคุมการทำงานของระบบขับถ่าย ดังนั้นเมื่อสมองส่วนนั้นถูกทำลาย จึงไม่สามารถส่งสัญญาณประสาทเพื่อควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อรอบทวารหนัก ทั้ง External anal sphincter และ Internal anal sphincter และกระบวนการ peristalsis ได้ ผู้ป่วยจึงเกิดอาการท้องผูกตามมา (Winge et al., 2003) ในรายที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา ส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงและความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงด้วย (Bracci et al., 2007; Kumar et al., 2010) พยาธิสภาพที่ Medulla oblongata ซึ่งเป็นศูนย์การควบคุมการกลืน จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบาก ทำให้ได้รับน้ำและอาหารที่มีกากใยน้อยลง (Yi et al., 2011)

3.2 การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เป็นผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงด้วย (Bracci et al., 2007; Kumar et al., 2010; Su et al., 2009; Yi et al., 2011)

3.3 ผลจากยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ยากลุ่ม Antithrombotic ซึ่งใช้รักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ได้แก่ Acetye Salicylic Acid (ASA) จะไปยับยั้งการทำงานของลำไส้ โดยการหลังของ prostaglandin ยากลุ่ม Nitrates ซึ่งใช้ลดความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองแตก Nitrates จะไปยับยั้งการทำงานของลำไส้ โดยการหลังของ Nitric oxide (Bracci et al., 2007; Kumar et al., 2010)

3.4 ภาวะขาดน้ำและขาดอาหารที่มีกากใย เนื่องจากมีความผิดปกติในกลไกการย่อยอาหาร โดยเฉพาะการกลืน ในรายที่มีภาวะกลืนลำบาก ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร ทำให้ได้รับน้ำและอาหารที่มีกากใยน้อยลง (Yi et al., 2011) จึงทำให้ท้องผูก

3.5 อายุ เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆของร่างกายในทางเสื่อม ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูกตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mugie, Benninga & Lorenzo (2011) พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูกได้มากขึ้น

4. ผลกระทบจากอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

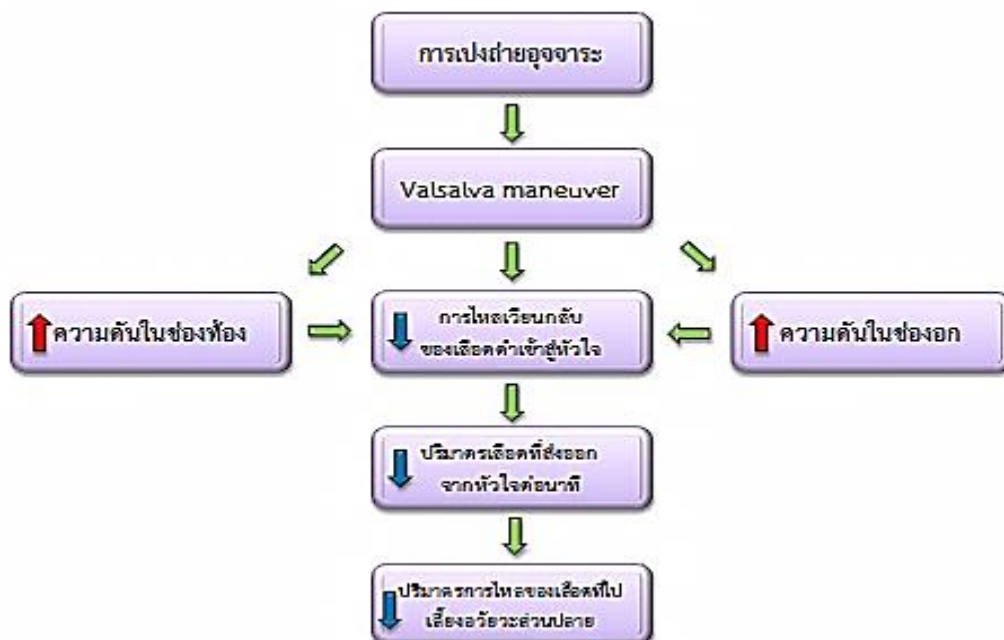
เมื่อเกิดอาการท้องผูกย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

4.1 ด้านร่างกาย เกิดผลกระทบต่อร่างกาย ดังนี้

4.1.1 ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ท้องอืดแน่นอึดอัด เพื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียนและปวดท้อง เป็นต้น (สุเทพ กลชาณวิทย์, 2550)

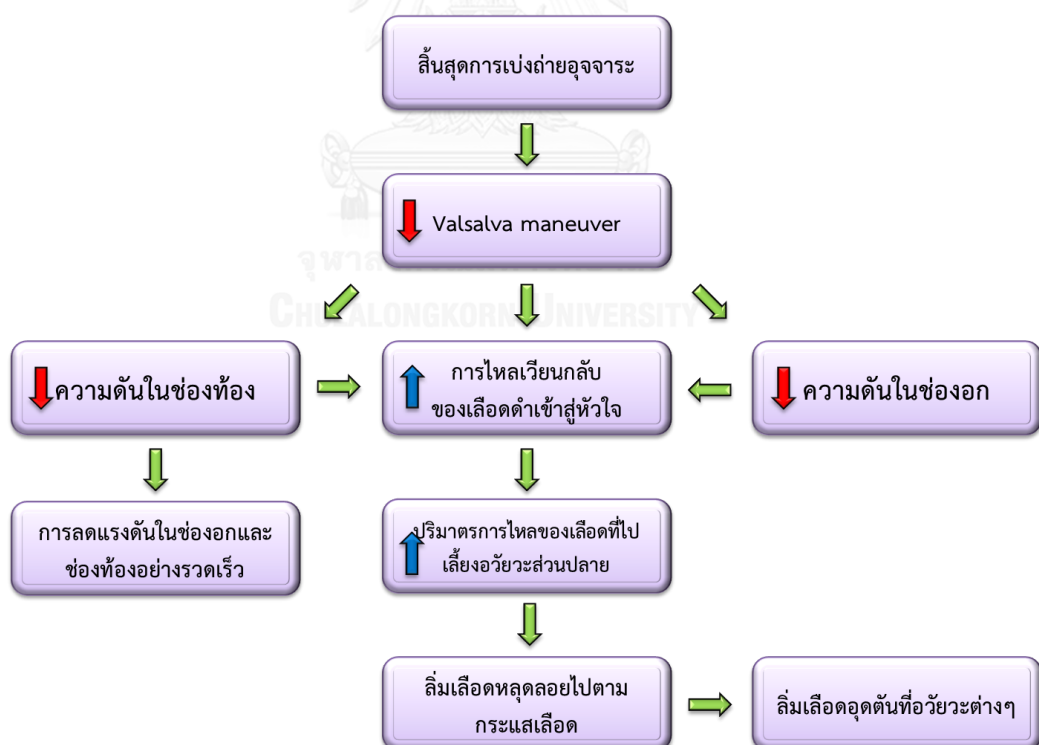
4.1.2 อุจจาระอัดแน่น (fecal impaction) เนื่องจากลำไส้จะดูดซึมน้ำที่อยู่ในอุจจาระกลับเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้อุจจาระอัดแน่น ซึ่งเกิดได้ทั้งส่วนต้นและส่วนปลายของลำไส้ การอัดแน่นของอุจจาระทำให้ลำไส้เกิดแผล (Stercoral ulceration) ซึ่งจะนำไปสู่การตกเลือดและลำไส้ทะลุได้ (สุตประนอม สมันตเวคิน และวรวรรณ กิ่งแก้วกานทอง, 2547) หากเกิดการอุดตันนานๆ อาจต้องแก้ไขโดยตัดลำไส้ส่วนที่อุดตันทิ้งไป (Eliopoulos, 2010)

4.1.3 เกิดอันตรายจากการเบ่งถ่ายอุจจาระ คือ การมีอุจจาระคั่งค้างอยู่ในลำไส้ตรงทำให้เกิดความรู้สึกอยากถ่าย แต่หากอุจจาระนั้นแข็งหรือมีจำนวนน้อย ผู้ป่วยก็จำเป็นต้องออกแรงเบ่งถ่ายอุจจาระมากขึ้น เพื่อให้ขณะแรงต้านการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะของการเบ่งถ่ายอุจจาระเป็นการหายใจออกอย่างแรงในขณะที่กล่องเสียงปิดจัดเป็น Valsava manoeuvre ในระหว่างช่วงของการเบ่งถ่ายนั้นความดันในช่องอกและช่องท้องจะเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ดังแสดงในภาพที่ 1 โดยการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส จึงทำให้การไหลเวียนโลหิตหยุดชะงักชั่วขณะ ส่งผลให้เลือดสูบฉีดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ร่วมกับหลอดเลือดขยายตัวซึ่งมีผลทำให้เกิดสมองขาดเลือดชั่วคราว หรือหมดสติได้ (दनัย ลิ้มมธุรสสกุล และสุเทพ กลชาณวิทย์, 2550)



ภาพที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตจากภาวะ Valsalva maneuver ที่มา (Kollef & Schachter, 1991)

หลังจากหยุดเบ่งแล้ว ความดันในช่องท้องและช่องอกจะลดลง ความดันโลหิตจะสูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือด (Thrombus) อยู่แล้วในหลอดเลือดหรือในท้องหัวใจ หลุดไปอุดตันตามหลอดเลือดเล็กๆ เช่นหลอดเลือดที่ปอดหรือหลอดเลือดสมองได้ ดังแสดงในภาพที่ 2 หรือความดันโลหิตที่สูงขึ้นนี้อาจทำให้หลอดเลือดที่มีความผิดปกติอยู่ก่อนเช่น Aneurysm ในหลอดเลือดแดงใหญ่ หรือ Arteriovenous malformation (AVM) ในสมองแตกได้ (สุตประนอม สมันตเวคิน และวรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, 2547) นอกจากนี้ในขณะที่เบ่งถ่ายที่มีความดันในช่องท้องและช่องอกสูงขึ้น แรงดันจะกระจายไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure) ทำให้มีการอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่เป็นผลให้มีแรงดันป้อนกลับไปยัง Hemorrhoidal plexus ซึ่งเป็นหลอดเลือดบริเวณทวารหนัก ทำให้หลอดเลือดเหล่านี้โป่งออก การเบ่งถ่ายจนเป็นนิสัย ทำให้เอ็นที่ช่วยยึดหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น หลอดเลือดที่โป่งจึงยื่นออกมาถาวร กลายเป็นโรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoidal disease) (दनัย ลิ้มมจรุสสกุล และสุเทพ กลชาญวิทย์, 2550; สุตประนอม สมันตเวคิน และวรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, 2547)



ภาพที่ 2 แสดงการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดจากภาวะ Valsalva maneuver
ที่มา (Kollef & Schachter, 1991)

4.1.4 การดูดซึมกลับของสารพิษเข้าสู่กระแสเลือด อาการท้องผูกทำให้เกิด Toxic symptoms ซึ่งเป็นผลจากการดูดซึมสารพิษจากลำไส้ ได้แก่ แอมโมเนีย ซึ่งเป็นส่วนประกอบอยู่ 20 mEq/L แอมโมเนียในลำไส้ถูกสร้างจากการย่อยสลายโปรตีนโดยแบคทีเรีย เมื่ออุจจาระค้างอยู่ในลำไส้นาน แอมโมเนียในลำไส้จึงถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดมากขึ้น ทำให้ระดับแอมโมเนียในกระแสเลือดสูงขึ้น ปกติแอมโมเนียที่ถูกดูดซึมจากลำไส้จะถูกดักจับเปลี่ยนให้เป็นยูเรียแล้วขับทิ้งทางไต ในกรณีที่ตับเสียหายจะทำให้ระดับแอมโมเนียสูงจนเกิดอาการทางสมองได้ (สุตประนอม สมันตเวคิน และวรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง, 2547)

4.2 ด้านจิตสังคม ความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานจากอาการท้องผูก ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (दनัย ถิ่นมธุรสสกุล และสุเทพ กลชาณวิทย์, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wald (2011) พบว่า อาการท้องผูกที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยผู้ใหญ่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

4.3 ด้านเศรษฐกิจ จากผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นจากอาการท้องผูก ทำให้ต้องนอนพักรักษาพยาบาลนานขึ้นและสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Tariq, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่ามีการใช้เงินมากกว่า 60 ล้านปอนด์ต่อปีในการจ่ายค่ายาระบายเฉพาะใน Primary care (Kyle, 2011)

5. การประเมินอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สิ่งที่สำคัญในการประเมินอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือการซักประวัติ และการตรวจร่างกาย เพื่อช่วยประเมินและหาวิธีการจัดการกับอาการท้องผูกได้ (Duraski, Denby, & Clemens, 2009) วิธีการประเมินมีดังต่อไปนี้

5.1 การประเมินอาการท้องผูก

5.1.1 การซักประวัติ

5.1.1.1 ประเมินพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระก่อนเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระในปัจจุบัน ได้แก่ ความถี่ ปริมาณ และลักษณะของอุจจาระ ระยะเวลาที่ใช้ในการขับถ่ายและประวัติการใช้ยาระบาย เพื่อหาสาเหตุ เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการท้องผูก (Duraski et al., 2009; Luca et al., 2012)

5.1.1.2 ประเมินอาการท้องผูก เช่น ถ่ายไม่สุด อุจจาระมีเลือดปน มีอาการเจ็บปวดบริเวณทวารหนัก หรือปวดท้องรุนแรงขณะถ่ายอุจจาระ

5.1.1.3 ประเมินการรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ และปริมาณน้ำดื่ม เป็นต้น

5.1.1.4 ประเมินประวัติการเจ็บป่วยตามระบบต่าง ๆ อาจเป็นสาเหตุของอาการท้องผูกได้ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะไฮโปไธรอยดิสซึม (hypothyroidism) โรคของระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น

5.1.1.5 ประเมินเรื่องการใช้ยาที่อาจส่งผลต่อการเกิดอาการท้องผูก

5.1.1.6 ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรม

5.1.2. การตรวจร่างกาย ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก จะใช้เทคนิคการตรวจร่างกาย 4 ขั้นตอนคือ (1) การประเมินรูปร่างภายนอกของหน้าท้อง จะพบท้องบวม ตึง ซึ่งเกิดจากแก๊ส (2) การประเมินโดยฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) อาจพบลำไส้เคลื่อนไหวช้าหรือไม่เคลื่อนไหว (3) การประเมินโดยการเคาะเพื่อประเมินเสียงแก๊สในลำไส้ (4) การประเมินโดยการคลำอย่างเบามือ เพื่อประเมินก้อนอุจจาระหรืออาการกดเจ็บรอบๆหน้าท้อง และการตรวจทางทวารหนัก เพื่อประเมินอุจจาระในลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและการทำงานของกล้ามเนื้อทวารหนัก (Duraski et al., 2009)

6. การรักษาอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีแนวทางในการดูแลรักษาดังต่อไปนี้

6.1 การรักษาแบบไม่ใช้ยา มุ่งเน้นเรื่องปรับพฤติกรรมกรรม ดังนี้

6.1.1 น้ำดื่ม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูกควรได้รับน้ำดื่มอย่างน้อยวันละ 2,000 มล. หรือ 10-12 แก้ว เนื่องจากน้ำจะทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มและขับถ่ายได้ง่ายขึ้น (Duraski et al., 2009)

6.1.2 อาหารที่มีกากใย อาหารที่มีกากใยมากจะทำให้ปริมาณอุจจาระมากขึ้นและเคลื่อนไหวตัวภายในลำไส้ใหญ่เร็วขึ้น (Tariq, 2007) ในกรณีที่มีอาการท้องผูกและไม่สามารถดื่มน้ำได้อย่างน้อยวันละ 1,500 มล. การเพิ่มปริมาณกากอาหารหรือไฟเบอร์ในอาหารที่รับประทานอาจทำให้มีอาการท้องอืดหรือปวดเกร็งท้องได้ (Ginsberg, Phillips, Wallace, & Josephson, 2007) ปริมาณกากใยอาหารที่ควรได้รับอย่างน้อยวันละ 25-30 กรัม (National Digestive Disease Clearinghouse, 2007; Tariq, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี ฐิติไพเราะ (2532) ที่ศึกษาผลการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระต่อภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกจำนวน 40 คน ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค โดยให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานผลไม้ได้แก่กล้วยหรือส้ม 1 ผล หลังอาหาร 3 มื้อ ให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1,200 มล. บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง กระบังลม โดยการขมิบก้นและบริหารการหายใจวันละ 2 ครั้งพบว่าในสัปดาห์ที่ 2-6 จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ มีอาการท้องผูกลดลงกว่าจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

6.1.3 การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหวนอนอยู่กับเตียงตลอดเวลาจะทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ (Tariq, 2007) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและช่วยลดระยะเวลาที่กักอาหารอยู่ในลำไส้ จะทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้นทำให้ถ่ายได้ดีขึ้น (Chin A Paw, van Poppel, & van Mechelen, 2006) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเดินได้หรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ควรออกกำลังกายบนเตียงโดยการยกขาข้างที่มีแรงขึ้นลงอย่างน้อย 15-20 นาที วันละ 2 ครั้ง (Chin A Paw et al., 2006; Tariq, 2007) จะทำให้การขับถ่ายอุจจาระและผายลมได้สะดวกขึ้น (Vasanwala, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Harrington & Haskvitz (2006) ได้ศึกษาผู้ป่วยหญิงอายุ 85 ปี ที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหารและมีอาการท้องผูกร่วมด้วย โดยได้ทำการจัดโปรแกรมในรูปแบบของการบำบัดทางร่างกาย (Physical therapy) ได้แก่ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน และกล้ามเนื้อบริเวณหูดรอบทวารหนัก (Kernig's exercise) ร่วมกับการนวดหน้าท้องช่วยลดอาการท้องผูกทุกวัน เป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีการทำงานของระบบทางเดินอาหารที่ดีขึ้น สามารถถ่ายอุจจาระได้เอง และกำลังของกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานและรอบๆ ทวารหนักมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

6.1.4 จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว โดยกั้นม่านให้มิดชิด ไม่เร่งรัดผู้ป่วย ในขณะที่ถ่ายอุจจาระ (พวงผกา มั่นหมาย, 2552)

6.1.5 ท่าที่เหมาะสมในการถ่ายอุจจาระ ท่าที่เหมาะสมคือท่านั่ง ซึ่งท่านี้อาจสามารถเพิ่มแรงในการเบ่งถ่ายอุจจาระได้ (Vasanwala, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sakakibara (2010) ที่ศึกษาท่านั่ง 3 ท่าเพื่อเพิ่มแรงในการเบ่งถ่ายอุจจาระ คือ ท่าที่ 1 ท่านั่งงอสะโพก 90 องศา ท่าที่ 2 ท่านั่งงอสะโพก 60 องศาและท่าที่ 3 คือท่านั่งยอง ทำการศึกษาในคนปกติจำนวน 6 คน พบว่า ท่านั่งยองเป็นท่าที่ดีที่สุดในการขับถ่าย

6.1.6 การฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ไม่ควรกลั้นอุจจาระและเมื่อมีอาการปวดอุจจาระให้มีการถ่ายอุจจาระทันที โดยการฝึกการขับถ่ายอุจจาระควรใช้เวลา 5 – 15 นาที หลังรับประทานอาหารเช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Venn et al., (1992) ทำการศึกษาแบบ Randomized controlled trail เปรียบเทียบ 4 กลุ่ม ศึกษาถึงเวลาที่เหมาะสมในการฝึกการขับถ่ายร่วมกับการใช้ยาเหน็บทวารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ที่ศูนย์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลใน Midwest ประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูและไม่มีปัญหาในระทางเดินอาหารร่วมด้วย จำนวน 58 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเช้าและเหน็บยาระบาย กลุ่มที่ 2 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเช้าและเหน็บยาระบายเฉพาะที่มีอาการท้องผูก กลุ่มที่ 3 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเย็นและเหน็บยาระบาย กลุ่มที่ 4 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเย็นและเหน็บยาระบายเฉพาะที่มีอาการ

ท้องผูก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกการขับถ่ายในช่วงเช้ามีการขับถ่ายอุจจาระได้ดีกว่าช่วงบ่าย

6.1.7 การฝึกการขับถ่าย (Biofeedback training) ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยท้องผูก มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อที่ช่วยการขับถ่ายให้คลายตัวขณะถ่ายอุจจาระ ทำให้เกิดอาการท้องผูก ในรายที่เป็นมากจะไม่ตอบสนองต่อยาระบาย ต้องใช้นิ้วมือช่วยในการขับถ่าย หรือการสวนอุจจาระ การวินิจฉัยทำได้โดยการตรวจดูการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการถ่ายอุจจาระ การสอนให้ผู้ป่วยรู้จักเทคนิคในการถ่ายที่ถูกวิธีโดยใช้เครื่องมือที่แสดงถึงการทำงานของกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่าย (biofeedback) จะทำให้อาการท้องผูกดีขึ้นได้ร้อยละ 60-70 (Rao, 2011)

6.1.8 การกระตุ้นลำไส้ด้วยวิธีการนวดท้อง (Abdominal massage) เป็นอีกการจัดการกับอาการท้องผูกทำได้ผลดี (Luca et al., 2012) เนื่องจากการนวดเป็นการกระตุ้นให้เกิดกลไกการขับถ่ายอุจจาระที่ส่งผลโดยตรงต่อลำไส้ (Sinclair, 2011) กล่าวคือ การนวดท้อง เป็นการกระตุ้นให้เกิดการผลักไล่กากอาหาร (mass peristalsis) ในลำไส้ใหญ่ เมื่อกากอาหารลงมาตันในลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectum) จะโป่งออก ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ซึ่งมีใยประสาทที่รับรู้การดันยัด (Cholinergic parasympathetic fiber) จะเกิดการตอบสนองตามมาคือ กระตุ้นให้รู้สึกปวดถ่าย โดยส่งผลให้กล้ามเนื้อหูรูดด้านในทวารหนัก (Internal anal sphincter) เกิดการคลายตัว (Liu et al., 2005) และการนวดท้องเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้ (Lamas. et al., 2009; McClurg. et al., 2011; Smith, 2013) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lamas et al. (2009) ที่ศึกษาผลของการนวดท้องต่อการจัดการกับอาการท้องผูก ทำการศึกษาแบบ Randomize controlled trial ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกจำนวน 60 ราย พบว่าการนวดท้องสามารถเพิ่มการกระตุ้นของลำไส้และลดอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ถ่ายเหลวและท้องผูกได้ การนวดท้องที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและได้ผลดี คือการนวดท้องตามวิธีของ Sinclair (2011) ซึ่งเป็นการนวดโดยใช้น้ำมันร่วมกับเทคนิคการนวดแบบสวีดิช 4 เทคนิค คือ (Sinclair, 2011; Smith, 2013) ได้แก่ 1) Effleurage or stroking massage คือการใช้มือลูบบนผิวหนัง 2) Petrissage or compression massage คือการกดหรือคลึง 3) Friction massage คือการเคาะ 4) Tapotement or percussion massage) คือการสั่น

6.1.9 การตัดลำไส้ใหญ่ออก ผู้ป่วยที่ท้องผูกจากลำไส้เคลื่อนไหวช้าและรับประทานยาแล้วไม่ได้ผล ยังมีลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวช้าอยู่ การตัดลำไส้ใหญ่ออกไปอาจทำให้อาการดีขึ้นได้ แต่ก่อนการผ่าตัดควรแน่ใจว่าการแบ่งอุจจาระปกติดี ลำไส้เล็กและกระเพาะอาหารเคลื่อนไหวปกติดี ถ้าการแบ่งและลำไส้เล็กเคลื่อนไหวผิดปกติจะทำให้การผ่าตัดได้ผลน้อยลง ก่อน

การพิจารณาตัดลำไส้ใหญ่ออกจึงควรให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยท้องผูก เป็นผู้พิจารณา (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2550)

6.2 การรักษาแบบใช้ยา ยาระบายมีอยู่มากมายหลายชนิดแต่อาจแบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ได้ดังนี้ (Duraski et al., 2009)

6.2.1 ยาระบายที่ออกฤทธิ์โดยการทำให้ปริมาณอุจจาระมากขึ้น (bulk-forming laxative) ได้แก่ Fybogel, Forlax, และ Metamucil ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนไฟเบอร์ จะไม่ถูกย่อยและดูดซึมจากทางเดินอาหารจึงสามารถอุ้มน้ำได้มากขึ้น เป็นการเพิ่มปริมาณอุจจาระและทำให้อุจจาระเป็นก้อนอ่อนนุ่มขึ้น นอกจากนี้ยังกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ทำให้อุจจาระเคลื่อนผ่านภายในลำไส้ใหญ่ได้เร็วขึ้น และไฟเบอร์อาจย่อยสลายโดยแบคทีเรียภายในลำไส้เกิดเป็นแก๊สทำให้เกิดอาการท้องอืด (Tack, 2011) หรือปวดบิ่บท้องได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รับประทานยาระบายชนิดนี้ควรดื่มน้ำให้เพียงพอ การดื่มน้ำไม่เพียงพอจะทำให้อุจจาระแข็งและถ่ายยาก (Ginsberg et al., 2007) ควรระวังในผู้ป่วยที่รับประทานยาอื่นๆ ร่วมด้วย ยาระบายกลุ่มนี้อาจมีผลทำให้ยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ดูดซึมได้น้อยลงจึงควรรับประทานก่อนหรือหลังยาอื่นๆ 2 ชั่วโมง (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2550)

6.2.2 ยาที่ออกฤทธิ์โดยการดูดน้ำกลับเข้ามาในลำไส้มากขึ้น (osmotic laxative) ยากลุ่มนี้จะเป็นสารโมเลกุลเล็กๆ ซึ่งไม่สามารถดูดซึมได้ในลำไส้ ทำให้สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้ามาภายในลำไส้ด้วยแรงออสโมซิส ทำให้ปริมาณอุจจาระมากขึ้นและเหลวขึ้น ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ มิลค์ออฟแมกนีเซีย (milk of magnesia, MOM), น้ำตาลแลคตูโลส (Duphalac), แลคติทอล (Importal) แลคทูโลสมี คุณสมบัติเป็นน้ำตาลที่ไม่สามารถดูดซึมได้โดยลำไส้เล็ก ด้วยจึงเคลื่อนไปถึงลำไส้ใหญ่ในรูปเดิม แล้วถูกย่อยโดยแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ เกิดเป็นกรดอินทรีย์ ซึ่งจะดูดน้ำเข้ามาในอุจจาระเป็นผลให้อุจจาระอ่อนตัวขึ้นและยังสามารถกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหวตัวดีขึ้น ส่วนมิลค์ออฟแมกนีเซีย (MOM) เป็นยาที่ช่วยดูดน้ำเข้ามาในอุจจาระและลำไส้ทำให้มีประสิทธิภาพในการเป็นยาระบาย แต่มีข้อเสียคือ สารแมกนีเซียม อาจสะสมในร่างกายทำให้เกิดอันตราย จึงห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคไตร่วมด้วย

6.2.3 ยาที่ทำให้อุจจาระอ่อนนิ่ม เช่น น้ำมันพาราฟิน (ELP co.) การใช้ยานี้หลายๆ จะรบกวนการดูดซึมของวิตามิน A, D, E และ K โดยเฉพาะวิตามิน D เมื่อขาดจะมีผลต่อการดูดซึมของแคลเซียมและฟอสฟอรัส และเนื่องจากมีส่วนประกอบของน้ำมันสามารถทำให้เกิดปอดอักเสบรุนแรงได้ถ้าสำคัญาระบายนี้เข้าปอด จึงห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการกลืน

6.2.4 ยาที่กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ (Stimulant laxatives) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ค่อนข้างแรงและเร็ว เช่น มะขามแขก (Bisacodyl) ควรใช้ยากลุ่มนี้เมื่อรักษาด้วยยากลุ่มอื่นแล้ว ไม่ได้ผลโดยเฉพาะผู้ที่มีการท้องผูกรุนแรง ข้อเสียของยากลุ่มนี้คือ อาจทำให้เกิดอาการปวดท้อง

ควรระมัดระวังในการใช้ยากลุ่มนี้เป็นเวลานานๆอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำงานของลำไส้ได้ (Tack, 2011)

6.2.5 ยาระบายชนิดสวน การสวนด้วยยาระบายจะทำให้ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายโป่งพองเกิดการกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ร่วมกับการทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มลง จึงสามารถกระตุ้นให้ถ่ายได้ ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดจากการสวนไม่ถูกวิธี ทำให้น้ำยาที่ใช้สวนรั่วซึมเข้าไปในผนังลำไส้ได้ชั้นเยื่อบุผิว และอาจทำให้เกิดแผลได้ ยาระบายชนิดสวน คือ Unison ซึ่งเป็นน้ำเกลือเข้มข้น (15% NaCl) ซึ่งพบว่าสามารถทำให้เกิดการทำลายของเยื่อบุผิวลำไส้ใหญ่ได้บ่อยแต่มักหายได้เอง ยาสวนบางชนิดมีส่วนผสมของ sodium phosphate เข้มข้นอาจทำให้ระดับ phosphate ในเลือดสูงและแคลเซียมในเลือดต่ำ เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นถ้าไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยจะสามารถถ่ายอุจจาระออกมาได้หรือไม่ ไม่ควรทำการสวนอุจจาระด้วยยาที่มีส่วนผสมของ sodium phosphate เข้มข้น

6.2.6 ยาระบายชนิดเหน็บ ยาระบายชนิดเหน็บที่ใช้ได้ผลดีและปลอดภัยคือ กลีเซอริน (glycerin) ส่วน bisacodyl หรือ Dulcolax ชนิดเหน็บจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุลำไส้และพบว่าถ้าใช้ในขนาดสูงจะทำให้เยื่อบุผิวลำไส้ถูกทำลายได้ จึงไม่ควรใช้เป็นประจำและควรใช้ภายใต้คำแนะนำจากแพทย์เท่านั้น

ดังนั้นการจัดการอาการท้องผูกควรกระทำอย่างเป็นขั้นตอน โดยการประเมินเพื่อหาสาเหตุของอาการท้องผูกด้วยวิธีการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ประเมินพฤติกรรมพื้นฐานในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีกากใย ควรได้รับวันละ 25-30 กรัม ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 มล.ต่อวันหากไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ เพื่อการจัดการอาการท้องผูกอย่างมีประสิทธิภาพ ควรทำควบคู่ไปกับการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอกและคอ จะช่วยให้มีการขับถ่ายอุจจาระได้สะดวกมากขึ้น จัดท่าโดยการนั่งงอข้อสะโพกให้มากที่สุดหรือนั่งยอง เพื่อเพิ่มแรงเบ่ง การปรับสภาพแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว การฝึกกล้ามเนื้อที่ควบคุมการขับถ่ายด้วยเครื่อง Biofeedback การฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาทุกวัน วันละ 5-15 นาที หลังรับประทานอาหารเข้าและการกระตุ้นลำไส้ด้วยวิธีการนวดท้อง หากไม่ได้ผลควรใช้ยาระบายตามลำดับความรุนแรงของอาการท้องผูก (Luca et al., 2012)

7 แบบประเมินอาการท้องผูก

การประเมินอาการท้องผูกเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากผลจากการประเมินจะนำมาเป็นแนวทางในการจัดการกับอาการท้องผูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับแบบประเมินอาการท้องผูกนั้นมีผู้คิดค้นและพัฒนาขึ้นมาหลายแบบ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการท้องผูกแบบเฉพาเจาะจง โดยแบบประเมินอาการท้องผูกที่มีใช้ในงานวิจัยทางการแพทย์บาลมีดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดของแบบประเมินอาการท้องผูก

ชื่อแบบประเมิน	กลุ่มผู้ป่วย	วัตถุประสงค์	รูปแบบการประเมินแบบสอบถาม	จำนวนข้อคำถาม	จำนวนข้อคำถามที่สอดคล้องกับ Rome III symptoms
Constipation Assessment Scale (CAS) (McMillan & Williams, 1989)	โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid	ศึกษาความตรงและความเที่ยงของแบบประเมิน	กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเอง	8	2
Constipation Assessment Scale revised (Broussard, 1998)	หญิงตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์	ศึกษาความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินในระหว่างตั้งครรภ์	กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเอง	8	2
Constipation Scoring System (CSS) (Agachan et al., 1996)	ผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกโดยไม่ทราบสาเหตุโดยการเปรียบเทียบกับการตรวจทางทวารหนัก	ศึกษามาตรฐานของแบบประเมินอาการท้องผูก	สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง	8	5
Knowles-Eccersley-Scott symptom questionnaire (modified version of Cleveland Clinic Score) (Knowles et al., 2000)	ผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกเนื่องจากอุจจาระเคลื่อนตัวภายในลำไส้ใหญ่ช้าและ/หรือมีความผิดปกติของทวารหนัก	ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการท้องผูกกับแบบประเมิน	สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง	11	6

ชื่อแบบประเมิน	กลุ่มผู้ป่วย	วัตถุประสงค์	รูปแบบการประเมินแบบสอบถาม	จำนวนข้อคำถาม	จำนวนข้อคำถามที่สอดคล้องกับ Rome III symptoms
Subjective Bowel Function Questionnaire (Griffenberg, Morris, Atkinson, & Levenback, 1997)	ศึกษาในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดมดลูก	เพื่อประเมินผลของการให้อาหารที่มีปริมาณกากใยสูงเพื่อลดอาการท้องผูก	กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเอง	20	4
Patients with Fecal Incontinence and Constipation (Osterberg, Graf, Karlbom, & Pahlman, 1996)	ศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกและกลั้นอุจจาระไม่ได้เปรียบเทียบกับคนปกติ	เพื่อประเมินความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเอง	47	5
Patient Assessment of Constipation Symptoms (Frank, Kleinman, Farup, Taylor, & Miner, 1999)	ศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกเรื้อรังโดยไม่ทราบ	เพื่อให้ตระหนักถึงอาการท้องผูก	กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเอง	12	3
Patient Assessment of	ศึกษาในผู้สูงอายุ > 65 ปีในบ้านพัก	เพื่อประเมินความตรงและความเที่ยงของ	สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง	12+5	3

ชื่อแบบประเมิน	กลุ่มผู้ป่วย	วัตถุประสงค์	รูปแบบการประเมินแบบสอบถาม	จำนวนข้อคำถาม	จำนวนข้อคำถามที่สอดคล้องกับ Rome III symptoms
Constipation Symptoms and Quality of Life (Satisfaction domain only) (Frank, Flynn, & Rothman, 2001)	คนชรา	แบบสอบถาม			
Patient Assessment of Constipation Symptoms (Slappendel, Simpson, Dubois, & Keininger, 2006)	ศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ได้รับการรักษา โดยให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid	เพื่อประเมินการรับรู้ทางใจเกี่ยวกับความรุนแรงและอาการแสดงของอาการท้องผูกในขณะที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid	กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเอง	12	3
Fecal Incontinence and Constipation Assessment Questionnaire (adapted from Talley's Bowel Disease Questionnaire and Fecal	อาสาสมัครหญิง	เพื่อพัฒนาความตรงของแบบประเมินโดยใช้คำถาม (1) อัตราการเกิดอาการท้องผูกและกลิ่นอุจจาระไม่ได้ในชุมชน (2) ประเมินปัจจัยของการกลั้นอุจจาระไม่ได้ และ (3) ประเมิน	กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเอง	98	7

ชื่อแบบประเมิน	กลุ่มผู้ป่วย	วัตถุประสงค์	รูปแบบการประเมินแบบสอบถาม	จำนวนข้อคำถาม	จำนวนข้อคำถามที่สอดคล้องกับ Rome III symptoms
Incontinence-Focused Questionnaire) (Bharucha, 2004)		ลักษณะและความรุนแรงของการกลั้นอุจจาระไม่ได้			
Constipation Severity Instrument (Varma et al., 2008)	อาสาสมัครในคนปกติที่มีอาการท้องผูก	เพื่อประเมินความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเอง	16	3

จากการทบทวนเครื่องมือวัดอาการท้องผูกดังกล่าว ผู้วิจัยได้พิจารณาเห็นว่าการนำเครื่องมือมาใช้ควรพิจารณาถึงความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่จะศึกษาและสอดคล้องกับคำจำกัดความอาการท้องผูก ซึ่งพิจารณาตาม Rome III criteria จากการพิจารณาเห็นว่า Constipation Assessment Scale (CAS) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการท้องผูก ซึ่งถูกพัฒนาเพื่อใช้ในการประเมินอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับยาแก้ปวดสำหรับพยาบาล และสามารถประเมินอาการท้องผูกได้อย่างรวดเร็วก็จริง แต่ข้อคำถามสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการท้องผูกตามนิยามของ Rome III เพียง 2 ข้อคำถาม และเกณฑ์การให้คะแนนยังไม่ชัดเจน เนื่องจากหากประเมินคะแนนได้ 3 คะแนน อาจหมายถึง ไม่มีอาการท้องผูกหรือมีอาการท้องผูกเล็กน้อยหรือมีอาการท้องผูกรุนแรงก็ได้ (McMillan & Williams, 1989) ส่วนแบบประเมินที่มีข้อคำถามที่สอดคล้องใกล้เคียงกับหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการท้องผูกตามนิยามของ Rome III คือ 6 ข้อ เช่น แบบประเมิน Knowles–Eccersley–Scott symptom questionnaire (modified version of Cleveland Clinic Score) ของ Knowles et al. (2000) Patients with Fecal Incontinence and Constipation ของ Osterberg et al (1996) และ Fecal Incontinence and Constipation Assessment Questionnaire (adapted from Talley’s Bowel Disease Questionnaire and Fecal Incontinence-Focused Questionnaire) ของ Bharucha (2004) แต่เครื่องมือส่วนใหญ่ใช้ประเมินการกลั้นอุจจาระไม่ได้ร่วมด้วย และประเมินในกลุ่มคนปกติ ดังนั้น

ผู้วิจัยจึงเลือกแบบประเมิน Constipation Scoring System (CSS) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการท้องผูกที่ถูกพัฒนามาจากแบบประเมินอาการท้องผูกของ Cleveland Clinic Score แบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนน 0-30 คะแนน ซึ่งลักษณะข้อคำถามมีความสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการท้องผูกตามนิยามของ Rome III รายละเอียดข้อคำถามประกอบด้วย ความถี่ของการถ่ายอุจจาระ อาการที่สัมพันธ์กับอาการท้องผูก เช่น อาการท้องและปวดบริเวณทวารหนักขณะเบ่งถ่าย รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด เวลาที่ใช้ในการถ่ายอุจจาระแต่ละครั้ง การใช้ยาหรือหัตถการเพื่อช่วยให้สามารถถ่ายอุจจาระได้ รูปแบบของการใช้ยาหรือหัตถการ ความสำเร็จในการพยายามขับถ่าย จำนวนครั้งที่เข้าส้วมเพื่อถ่ายอุจจาระใน 24 ชั่วโมงและระยะเวลาที่เกิดอาการท้องผูก การแปลผลคือ 0-15 ไม่มีอาการท้องผูก 16-30 มีอาการท้องผูก (Agachan et al., 1996)

อาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการพยาบาล

1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูกโดยบูรณาการข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions Classification) และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกโดยบูรณาการข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA กับการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions Classification) และการจำแนกเกณฑ์ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification) ได้ถูกพัฒนาใหม่มีความเชื่อมโยงกัน โดยหลักปรัชญาที่ว่า กิจกรรมพยาบาลเป็นการกระทำตามเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยตามการคาดการณ์ที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยและเป้าหมายทางการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกโดยบูรณาการข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA กับการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions Classification) และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes Classification) (NANDA International, 2014) มีดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: มีอาการท้องผูก (Constipation)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ประเมินความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ

กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions Classification)

1. ประเมินพฤติกรรมกรรมการขับถ่ายอุจจาระ เช่น เวลาในการขับถ่าย ความถี่ของการถ่าย อุจจาระ ปริมาณอุจจาระ ลักษณะของอุจจาระ ระยะเวลาที่ใช้ในการขับถ่ายและประวัติการใช้ยา ระบาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย; การจัดการอาการ ท้องผูก ประวัติการคลอดและประวัติการผ่าตัดต่างๆที่ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก ประเมินความรู้สึก ในการขับถ่าย เนื่องจากแต่ละบุคคลมีอาการท้องผูกจากสาเหตุที่แตกต่างกัน

2. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติจัดบันทึกการขับถ่ายอุจจาระประจำวัน ประกอบด้วย เวลาในการขับถ่าย การใช้ยาระบายหรือสิ่งกระตุ้นในการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ ความถี่และปริมาณน้ำดื่ม เป็นต้น เนื่องจากการจัดบันทึกการขับถ่ายอุจจาระประจำวันจะช่วยให้การจัดการอาการท้องผูก ได้ดียิ่งขึ้น

3. ตรวจสอบประวัติการใช้ยาที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ เนื่องจากยาบางกลุ่มส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก เช่น กลุ่มยาแก้ปวดที่มีส่วนผสมของ morphine หรือ อนุพันธ์ของ morphine, ยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า ยาลดความดัน ยาที่ออกฤทธิ์ต้านโคลินย ยาขับปัสสาวะ ยาแก้ชัก ยาลดกรดที่มีส่วนผสมของ aluminum ธาตุเหล็กและยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

4. ประเมินการตรวจร่างกาย โดยการตรวจท้อง ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกจะพบท้องแข็งตึงและอาจคลำได้ก้อนอุจจาระในลำไส้ เมื่อเคาะท้องจะได้ยินเสียงทึบและฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) เพื่อประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้

5. ประเมินภาวะอุจจาระอัดแน่น โดยการตรวจทางทวารหนัก หากว่ามีอุจจาระอัดแน่น ควรใช้นิ้วล้วงหรือใช้การสวนอุจจาระด้วยการ Fleet enema หรือ SSE จนกว่าอุจจาระที่อัดแน่นจะหมดไป ตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดูแลให้เป็นส่วนตัวในขณะที่ขับถ่าย การขาดความเป็นส่วนตัวในขณะที่ขับถ่ายเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการท้องผูกได้

7. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักและผลไม้สด ถั่วและธัญพืช วันละ 25 กรัม เนื่องจากอาหารที่มีกากใยมากจะทำให้ปริมาณอุจจาระมากขึ้นและเคลื่อนไหวตัวภายในลำไส้ใหญ่เร็วขึ้น แต่การเพิ่มปริมาณกากอาหารหรือไฟเบอร์ในอาหารที่รับประทาน อาจทำให้มีอาการท้องอืดหรือปวดเกร็งท้องหรือถ่ายเหลวได้

8. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1,500-2,000 มล. หรือ 6-8 แก้ว หากไม่มีข้อจำกัดทางการแพทย์

9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพิ่มขึ้น เช่น ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว กระตุ้นให้บริหารร่างกายบนเตียง เช่น ทำนอนหงายยกสะโพก ทำเข้าซิดอก การบริหารข้อต่อ หากผู้ป่วยนั่งรถเข็น แนะนำให้บริหารร่างกายโดยการหมุนเอว ซ้าย

ขวา เขยียดแขนตึง เกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องขณะหายใจเข้า การเพิ่มกิจกรรมทางกายแม้เพียงเล็กน้อย จะช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ ช่วยป้องกันอาการท้องผูกได้

10. เพิ่มปริมาณกากใยอาหาร โดยการโรยเมล็ดธัญพืชในอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานแต่ละมื้อและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพอ (วันละ 1,500-2,000 มล.) ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก การรับประทานเมล็ดธัญพืชจะช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้และลดการใช้ยาระบายลงได้

11. ฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา โดยคำนึงถึงพฤติกรรมการขับถ่ายเดิมของผู้ป่วย เช่นหากผู้ป่วยมักจะขับถ่ายอุจจาระในช่วงเช้า ก็ควรฝึกการขับถ่ายอุจจาระหลังอาหารเช้า และให้ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มร้อน น้ำมะนาวอุ่น หรือน้ำลูกพรุนก่อนอาหารเช้า หลังการรับประทานอาหารเข้า 30 นาที จะมีการกระตุ้น gastrocolic reflex เพื่อช่วยในการขับถ่าย ฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ควรฝึกในผู้ป่วยที่กลั้นอุจจาระได้ และที่สำคัญคือ ควรฝึกก่อนมีอาการท้องผูก เครื่องดื่มร้อนสามารถกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้

12. เน้นย้ำเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการท้องผูก (เช่น การเพิ่มปริมาณน้ำดื่ม กากใยอาหาร การออกกำลังกายและการฝึกการขับถ่ายอุจจาระ) ดูแลให้ผู้ป่วยนั่งถ่ายอุจจาระบน bedside commode ในรายที่นั่งได้และสอนเทคนิคการหายใจเพื่อเพิ่มกำลังในการเบ่งถ่าย โดยวิธีหายใจเข้าทางปาก เพื่อให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานผ่อนคลายและกลั้นหายใจพร้อมทั้งเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องขณะออกแรงเบ่ง

13. ดูแลให้ยาระบายตามแผนการรักษาหากผู้ป่วยยังมีอาการท้องผูก แต่ไม่ควรใช้การสวนด้วยน้ำสบู่ เพราะสบู่จะทำให้เกิดการระคายเคืองที่เยื่อลำไส้

14. ในผู้ป่วยโรกระบบประสาทที่มีอาการท้องผูก ควรพิจารณาใช้ enema หรือเหน็บยาวันเว้นวัน หรือใช้วิธี digital stimulation ตามแผนการรักษาของแพทย์ การใช้ enema จะช่วยให้ผู้ป่วยขับถ่ายได้เร็วขึ้น

คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน (Home Care Interventions)

1. ให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระในห้องน้ำ เนื่องจากการขับถ่ายอุจจาระเป็นกิจกรรมที่ต้องการความเป็นส่วนตัว หากไม่มีความเป็นส่วนตัวในขณะที่ขับถ่ายอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการท้องผูกได้

2. จัดกิจกรรมการฝึกการขับถ่ายอุจจาระ ให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันและเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมครอบครัว การฝึกการขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอจะช่วยเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจในการฝึกการขับถ่ายอุจจาระ

การสอนและให้คำแนะนำ (Teaching)

1. ให้คำแนะนำเรื่องการจัดการอาการท้องผูก โดยการเพิ่มปริมาณน้ำดื่ม กากใยอาหาร และฝึกการขับถ่ายอุจจาระ

2. ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการขยับถ่าย เมื่อรู้สึกปวดท้อง ไม่ควรกลืนอุจจาระ ควรถ่ายทันที และแนะนำวิธีการกระตุ้นการขยับถ่ายโดยตีมเครื่องตีมอ่อนๆ หรือน้ำพูน เนื่องจากสาเหตุของอาการท้องผูกส่วนใหญ่เกิดจากการกลืนอุจจาระ เมื่อถึงเวลาที่ต้องขยับถ่าย แต่ยังไม่พร้อม ทำให้อุจจาระสะสมในลำไส้มากขึ้น การดูดกลับของน้ำมากขึ้น อุจจาระจึงเป็นก้อนแข็ง ทำให้ถ่ายลำบาก

3. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้ระบายหรือการสวนอุจจาระเป็นประจำ แต่หากใช้ อยู่ควรค่อยๆ ลดขนาดลง

4. แนะนำให้ฝึกการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องโดยการ sit up หรือเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ หากไม่มีข้อจำกัดทางการแพทย์

จากกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูกของ NANDA (NANDA International, 2014) ดังกล่าว สามารถนำมาเป็นข้อมูลเพื่อใช้ในการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

แนวคิดเกี่ยวกับการนวดท้องเพื่อลดอาการท้องผูก

1 ความหมายของการนวด

ประเวศ วสี (2531) ได้ให้ความหมายของ การนวด หมายถึงการใช้นิ้วมือทำการบีบ นวด ไปตามส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อช่วยบำบัด ลดอาการเจ็บปวด ลดอาการบวม ซึ่งเกิดจากการเกร็งตัวของเอ็นกล้ามเนื้อหรือการคั่งของของเสียในเนื้อเยื่อ การคั่งของโลหิตใต้ผิวหนัง เพื่อช่วยลดหรือแก้ไขอาการติดขัด ช่วยให้การติดขัดสามารถเคลื่อนไหวได้ ช่วยให้ผิวหนังเกิดความรับรู้ มีความรู้สึกดีขึ้น ช่วยให้กล้ามเนื้อถ่ายเทของเสีย ทำให้การไหลเวียนของโลหิต น้ำเหลืองดีขึ้นตลอดจนแก้ไขปรับปรุงรูปร่าง รูปทรงที่ผิดปกติและช่วยปรับปรุงระบบการหายใจให้คล่องตัวขึ้น

Lidell (1995) (อ้างถึงใน พิสิฐ วงศ์วัฒนะ, 2539) ได้ให้ความหมายของการนวด หมายถึง การแบ่งปันระหว่างการสัมผัส คือ มือ ร่างกาย ศีรษะหรือเท้า

Graham (1884) (อ้างถึงใน ชนินทร์ ลีวานันท์, 2549) ได้ให้ความหมายของการนวด (Massage) หมายถึงกระบวนการต่างๆที่กระทำโดยมือ เช่น friction, kneading, rolling และ percussion บนเนื้อเยื่อด้านนอกของร่างกายด้วยวิธีการต่างๆกัน เพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษา ประคับประคอง หรือสุขอนามัย

Ernst et al., (2008) (cited in smith, 2013) ได้ให้ความหมายของการนวด หมายถึง การกระทำต่อเนื้อเยื่อบนร่างกายอย่างเป็นระบบ เพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาและลดปวด

ดังนั้นจากความหมายดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า การนวดหมายถึง การใช้มือกระทำลงบนเนื้อเยื่อบนร่างกาย ด้วยวิธีต่างๆ เพื่อช่วยในการบำบัด

อาจกล่าวได้ว่า การนวด เป็นการรักษาอาการปวดวิธีแรกที่มีมนุษย์เรารู้จักตั้งแต่โบราณกาล เป็นวิถีทางธรรมชาติที่เกิดจากการเรียนรู้ เช่น ปวดตรงไหนก็ถู ปีนวดตรงนั้น ต่อมามีการสั่งสมประสบการณ์จนเป็นศาสตร์หนึ่งในการรักษา (ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช, 2553)

2. ประโยชน์ของการนวด

ประโยชน์ บุญสินสุข (2542) พิสิฐ วงศ์วัฒน์ (2539) และสมบัติ ตาปัญญา (2538) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการนวดซึ่งมีผลต่อระบบต่างๆ ดังนี้

2.1 มีผลต่อระบบไหลเวียนของโลหิต เพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ทำให้เลือดและน้ำเหลืองถูกบีบออกจากบริเวณนั้น และมีเลือดและน้ำเหลืองใหม่มาแทน ระบบไหลเวียนจึงทำงานได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วยลดอาการบวม

2.2 มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพดีขึ้น เพราะมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น ช่วยขจัดของเสียในกล้ามเนื้อได้เร็วขึ้น ลดอาการเมื่อยล้า ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนลง ผ่อนคลายความเกร็ง ลดอาการบวมและบรรเทาความเจ็บปวด บรรเทาอาการชัตยอก ช่วยให้กล้ามเนื้อคงรูปได้สัดส่วน ไม่ห่อเหี่ยว ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น โดยทำให้เนื้อเยื่อส่วนนั้นแข็งแรงและยึดเกาะติดกันแน่น ช่วยลดสาเหตุของการพังผืดตัวหนาขึ้นของบาดแผล ในรายที่มีพังผืดเกิดภายในกล้ามเนื้อ การนวดจะทำให้พังผืดอ่อนตัวลง ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น

2.3 มีผลต่อผิวหนัง ทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้นมากขึ้น ทำให้ผิวหนังเต่งตึง ตัวยาคูดซิมได้ดีขึ้นทางผิวหนัง ทำให้แผลเป็นอ่อนตัวลงหรือเล็กลง ช่วยขจัดรอยเหี่ยวย่นตามใบหน้าและส่วนต่าง ๆ

2.4 มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ภาวะอาหารและลำไส้บีบตัวได้ดีขึ้น ทำให้เจริญอาหาร ช่วยลดอาการท้องอืด ช่วยทำให้ระบบขับถ่ายเป็นปกติ

2.5 มีผลต่อจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย กระฉับกระเฉง ลดความเครียดและความวิตกกังวล

2.6 มีผลต่อข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น อาการข้อติดแข็ง อาการนี้ค่อนข้างจะอักเสบและเจ็บปวด การนวดจะช่วยทำให้การไหลเวียนและการเคลื่อนไหวของน้ำเหลืองเป็นไปด้วยดี นอกจากนี้การนวดกล้ามเนื้อรอบข้อต่อจะช่วยกล้ามเนื้อที่ตึงให้ผ่อนคลายได้ด้วย

2.7 มีผลช่วยบรรเทาอาการของโรค ช่วยบรรเทาอาการปวดไซนัส หลอดเลือดขอด ซึ่งสามารถช่วยได้โดยการนวดขาเบา ๆ ให้กล้ามเนื้ออ่อนคลายตัว

3. โทษของการนวด

ประโยชน์ บุญสินสุข (2542) พิสิฐ วงศ์วัฒน์ (2539) และสมบัติ ตาปัญญา (2538) ได้กล่าวถึงโทษของการนวด มีดังนี้

- 3.1 ทำให้เกิดอาการระบมหรือชอกช้ำมากกว่าเดิม
- 3.2 ทำให้เกิดอาการบวมแดงมากกว่าเดิมในกรณีมีบาดแผล
- 3.3 ทำให้เกิดหลอดเลือดแตกหรืออักเสบ เนื่องจากหมอนวดไม่รู้สมมุติฐานของโรคที่แท้จริงอาจเกิดผิดพลาดได้
- 3.4 ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนหลังจากการนวดเช่น บางรายมีภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น
- 3.5 ทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อรุนแรงตามมา เช่น ไล้ตั้งแตกหรืออักเสบเพิ่มขึ้น

4. ข้อห้ามในการนวด

ประดิษฐ์ ประทีปะวณิช (2553) ได้กล่าวถึงข้อห้ามในการนวด ที่ผู้นวดควรระมัดระวัง มีรายละเอียดดังนี้

- 4.1 ผู้ที่มีไข้ เพราะอาจทำให้เกิดการอักเสบมากขึ้น
- 4.2 มีอาการปวดข้อและปวดกล้ามเนื้อรุนแรง
- 4.3 ผู้ที่มีภาวะข้อหลวมหรือเคลื่อน เช่น ผู้ที่มีกระดูกสันหลังเคลื่อน ไหล่หลวม ควรหลีกเลี่ยงการบีบนวดบริเวณนั้น
- 4.4 บริเวณที่กระดูกหักยังไม่ติดสนิท เพราะอาจทำให้กระดูกไม่ประสาน และบริเวณที่ใส่ข้อเทียมควรหลีกเลี่ยงการนวดที่รุนแรง
- 4.5 สตรีตั้งครรภ์ไม่ควรนวดที่ท้อง เพราะอาจทำให้คลอดก่อนกำหนดได้
- 4.6 ผู้ที่เป็นโรคติดต่อทางผิวหนัง
- 4.7 ผู้ที่มีภาวะผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด เพราะอาจทำให้เลือดออกใต้ผิวหนังหรือกล้ามเนื้อได้

5. รูปแบบการนวด

รูปแบบการนวดในปัจจุบัน มีมากกว่า 200 รูปแบบ แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม แต่ที่นิยมใช้กันมากที่สุด คือการนวดแบบสวีดิช (Sinclair, 2011; Smith, 2013) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การนวดแบบสวีดิช เพราะเป็นการนวดเพื่อการรักษา เป็นการนวดที่มีหลักปรัชญาพื้นฐานว่า ร่างกายและจิตใจคือองค์เอกภาพเดียวกัน (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2543)

การนวดแบบสวีดิช (Swedish Massage) เป็นที่รู้จักกันดีว่าเป็นต้นแบบของการนวดสมัยใหม่ในโลกตะวันตก และยังคงได้รับความนิยมมากที่สุดสำหรับผู้ที่ไปทำสปาครั้งแรก การนวดโดยทั่วไปใช้น้ำมันพืช ครีมและแป้ง เทคนิคการนวด ประกอบด้วย การลูบ การคลึง การเคาะและการสั่น ด้วยมือฝ่ามือ นิ้วโป้งและปลายนิ้ว การนวดมีผลโดยตรงต่อหัวใจและการไหลเวียนโลหิต

เพิ่มการไหลเวียนของออกซิเจนในเลือดและกำจัดของเสียที่สะสมอยู่ในเนื้อเยื่อ เช่น กรดแลคติก กรดยูริก ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและคืนความชุ่มชื้นให้กับผิว (รัตติยา จินดาหาวา, 2539)

การนวดแบบสวีดิช หมายถึง การกระทำด้วยมืออย่างเป็นระบบ ตามหลักวิทยาศาสตร์ต่อเนื้อเยื่อของร่างกาย เพื่อให้เกิดผลต่อระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ และทำให้การหมุนเวียนของโลหิต หลักสำคัญในการนวดสวีดิช คือ จังหวะการนวดที่ช้าและต่อเนื่อง เน้นการผ่อนคลายเป็นสำคัญ การนวดจะใช้น้ำมันโลชั่นหรือแป้งประกอบในการนวด เพื่อลดแรงเสียดทานบริเวณผิวหนัง (Salvo, 2011) โดยใช้เทคนิคการนวด 4 เทคนิค คือ

1. Effleurage or stroking massage คือการใช้มือไล่นิ้วบนผิวหนังอาจลงน้ำหนักเบา หรือแรงก็ได้ซึ่งจะให้ผลแตกต่างกัน การลงน้ำหนักแรงต่อเนื่องเป็นแนวยาวจะให้ผลทางกลศาสตร์ระดับลึก วิธีการนี้จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต และทำให้รู้สึกผ่อนคลาย

2. Petrissage or compression massage คือการบีบเนื้อเยื่ออ่อนบนร่างกายโดยอาศัยแรงบีบระหว่าง 2 มือ หรือมือเดียวกดลงบนส่วนต่างๆ มีประโยชน์ในการช่วยเคลื่อนย้ายของเหลวและเนื้อเยื่อที่ยึดแน่น หรือสลายพังผืดของเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อ โดยมีรูปแบบต่างๆกัน ได้แก่

2.1 Kneading คือ การใช้ฝ่ามือ หรือส่วนของมือกดและคลึงเป็นวงกลม

2.2 Picking up คือ การกดบีบแล้วจึงจับเนื้อเยื่อดึงขึ้น ปล่อยแล้วทำใหม่ในตำแหน่งถัดไป

2.3 Wringing คือ picking up แล้วจับเนื้อเยื่อขยับไปมาก่อนจึงปล่อย ซึ่งทำให้เกิดแรงเสียดทาน หรือแรงดึงอยู่ภายในเนื้อเยื่อนั้น

2.4 Rolling คือ การหีบผิวหนัง หรือรวมถึงกล้ามเนื้อด้วย ให้อยู่ระหว่าง 4 นิ้วมือกับนิ้วโป้ง แล้วไล่ม้วนส่วนเนื้อเยื่อที่หีบขึ้นมานั้นก่อนจะปล่อย

2.5 Shaking คือ การหีบเนื้อเยื่อขึ้นมาแบบ rolling แต่ใช้วิธีการสั้นอย่างแรงไปมาแทน

3. Frictions massage คือการส่งแรงเคลื่อนไหวแบบวงกลม หรือแนวขวางผ่านทางปลายนิ้ว ซึ่งมักใช้นิ้วโป้ง หรือสันมือลงบนเนื้อเยื่อ ซึ่งจะทำให้มีพื้นที่ผิวเพียงเล็กน้อยที่รับแรงนั้นแต่ละครั้ง ทำให้แรงสามารถทะลุจากผิวหนังตื้นลงไปสู่ระดับลึกได้ดี

4. Tapotement or percussion massages คือการใช้มือเคาะ หรือลงแรงบนเนื้อเยื่อเป็นจังหวะ โดยมีรูปแบบต่างๆกัน ได้แก่

4.1 Clapping or cupping คือการทำมือเป็นอุ้งแล้วตีลงบนร่างกาย อาจมีผ้าขนหนูหนุนไว้ก่อนตีก็ได้ ยิ่งทำมือเป็นอุ้งมากแรงสั่นสะเทือนจะลึกระดับลึกกว่าทำมือแบนๆซึ่งแรงจะกระตุ้นอยู่เพียงบริเวณผิว

4.2 Hacking คือ การใช้สันมือด้านนิ้วก้อยสับลงบนร่างกายมักใช้จังหวะความถี่ในช่วง 2-6 Hz ซึ่งช่วยกระตุ้นในระดับตื้น

4.3 Vibrations คือ การใช้ฝ่ามือวางบนร่างกายแล้วออกแรงสั่นในทิศทางขึ้นลงด้วยความเร็ว

4.4 Beating and pounding คือ กำมือหลวมๆแล้วทุบบนร่างกาย โดย beating จะหันฝ่ามือลง ขณะที่ pounding ใช้สันมือด้านนิ้วก้อยทุบ

4.5 Tapping คือ การใช้ปลายนิ้วทั้ง 4 เคาะ มักกระทำบนใบหน้าซึ่งเป็นบริเวณที่บอบบาง ซึ่งเกิดผลทางด้านจิตใจมากกว่าผลทางกายภาพ

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเทคนิคการนวดทั้ง 4 เทคนิคมาใช้ คือ Effleurage or stroking massage (การลูบ) Petrissage or compression massage (การคลึงเป็นวงกลม) Frictions massage (การสั่น) Tapotement or percussion massages (การเคาะ)

6. กลไกและพยาธิสภาพของการนวดท้องต่ออาการท้องผูก

การนวดท้อง เป็นการกระตุ้นให้เกิดกลไกการขับถ่ายอุจจาระที่ส่งผลโดยตรงต่อลำไส้ (Sinclair, 2011) การนวดท้อง เป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทโซมาติกและระบบประสาทอัตโนมัติในส่วนของ การขับถ่ายอุจจาระ ส่งผลให้เกิดการผลักไล่กากอาหาร (mass peristalsis) ในลำไส้ใหญ่ เมื่อกากอาหารลงมาต้นในลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectum) จะโป่งออก ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ซึ่งมีใยประสาทที่รับรู้การดันยัด (Cholinergic parasympathetic fiber) จะเกิดการตอบสนองตามมาก็คือ กระตุ้นให้รู้สึกปวดถ่ายโดยส่งผลให้กล้ามเนื้อหูรูดด้านในทวารหนัก (Internal anal sphincter) เกิดการคลายตัว (Liu et al., 2005) และการนวดท้องเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้ (Lamas. et al., 2009; McClurg. et al., 2011; Smith, 2013)

7. ผลของการนวดท้องต่ออาการท้องผูก

การนวดท้อง เป็นการนวดอย่างเป็นระบบตามหลักวิทยาศาสตร์ต่อเนื้อเยื่อของร่างกาย เพื่อให้เกิดผลต่อระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ และทำให้การหมุนเวียนของโลหิต ลักษณะการนวดแบบสวิตซ์จะประกอบไปด้วยเทคนิคการนวด 4 เทคนิค คือ การลูบ (Effleurage or stroking) การคลึง (Petrissage or compression) การเคาะ (Friction) และการสั่น (Tapotement or percussion) ซึ่งเทคนิคแต่ละเทคนิคจะให้ผลเพื่อลดอาการท้องผูกตามกลไกแตกต่างกัน (Salvo, 2011) ดังนี้

1. Effleurage or stroking massage (การลูบ) คือการใช้ฝ่ามือลูบไล้บนผิวหนัง การลงน้ำหนักแรงต่อเนื่องเป็นแนวยาวจะให้ผลทางกลศาสตร์ โดยออกแรงไล่จากหน้าส่วนปลายเข้าหาส่วนกลาง ท่าที่ใช้ในการนวดเพื่อการวิจัย มี 3 ท่า (ดังแสดงในภาพที่ 4) คือ

ท่าที่ 1 ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง นวดสัมผัส โดยเริ่มจากท้องส่วนล่าง เลื่อนมือขึ้นไปด้านบนจนชิดกระบังลม แล้วเลื่อนมือไปด้านข้างลำตัว กลับมาพักที่สันกระดูกเชิงกราน (Iliac crest) ทำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 2 ให้ผู้นวดยืนหรือนั่งด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง ด้านไหล่และไหล่ตัว ขยับมือวนดลกลับไปมา โดยนวดให้ถึงกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ใกล้กับกระดูกสันหลัง 10 ครั้ง จากนั้นกลับด้านเพื่อนวดด้านตรงข้าม ทำการนวดแบบเดิม 10 ครั้ง

และท่าที่ 4 ผู้นวดยืนหรือนั่งด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย วางมือซ้อนกัน โดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านล่าง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง



ภาพที่ 3 แสดงเทคนิคการนวดด้วยวิธีการลูบ

การลูบจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำและทำให้มีการเคลื่อนไหวของใยกล้ามเนื้อและลำไส้ จึงช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ (Lamas et al., 2009) และเป็น การกระตุ้น reflex ให้เกิดผลทางด้านจิตใจทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (Salvo, 2011)

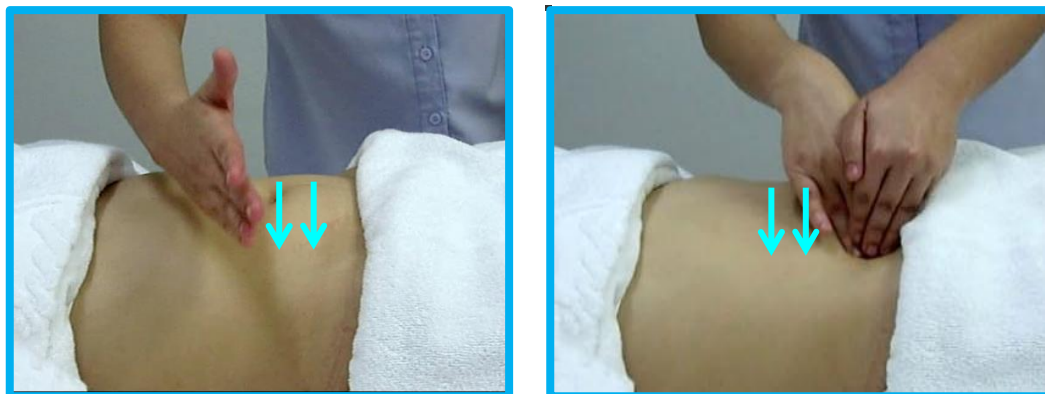
2. Petrissage or compressions massage (การคลึง) คือการออกแรงกดให้ลึกถึงกล้ามเนื้อ (จะต้องออกแรงมากกว่าการลูบ) ท่าที่นำมาใช้ในงานวิจัยคือท่าที่ 3 โดยใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างกดและคลึงเป็นวงกลมคล้ายสว่าน นับ 1-2-3 โดยเริ่มจากลำไส้ส่วนปลายก่อนแล้วค่อยไล่ขึ้นไปตามลำไส้ใหญ่ส่วนต้น โดยรอบสุดท้ายให้ลากไปตามแนวของลำไส้ใหญ่ ให้ทั่วแนวลำไส้ใหญ่ ทำ 3 รอบ (ดังแสดงในภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 แสดงเทคนิคการนวดด้วยวิธีการคลึง

การคลึงจะช่วยเพิ่มแรงดันในลำไส้ใหญ่ ช่วยให้อุจจาระเคลื่อนมายังลำไส้ส่วนปลาย อุจจาระจะช่วยกระตุ้นให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (Lacy & Cole, 2004; ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), 2553) และขับถ่ายอุจจาระออกมาได้ง่ายขึ้น

3. Frictions massage (การสั่น) คือการส่งแรงเคลื่อนไหวแบบวงกลม หรือแนวขวางผ่านทางปลายนิ้วหรือสันมือลงบนเนื้อเยื่อ ซึ่งจะให้มีพื้นที่ผิวเพียงเล็กน้อยที่รับแรงนั้นแต่ละครั้ง ทำให้แรงสามารถทะลุจากผิวหนังลงไปสู่ระดับลึกได้ดี ท่าที่นำมาใช้ในงานวิจัยคือท่าที่ 5 ผู้นวดยืนหรือนั่งด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้สันมือข้างที่ถนัดวางบนหน้าท้องตามตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ แล้วออกแรงสั่นในทิศทางขึ้นลง (สับ) 4 จุด จุดละ 10 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือบริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย จากนั้นใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างออกแรงสั่นในทิศทางขึ้นลงให้ทั่วลำไส้เล็ก นาน 1 นาที (ดังแสดงในภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 แสดงเทคนิคการนวดด้วยวิธีการสั่น

การสั่นจะช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ ช่วยลด ระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้

4. Tapotement or percussions massage (การเคาะ) คือการลงแรงบนเนื้อเยื่อเป็นจังหวะ โดยมีรูปแบบต่างกัน แต่ในการวิจัยนี้จะใช้รูปแบบ pounding เพื่อให้แรงสั่นสะเทือนลงถึงระดับลึกคือ กำมือหลวมๆแล้วใช้สันมือด้านนิ้วก้อยทุบบนร่างกาย คือท่าที่ 7 ผู้นวดยืนหรือนั่ง ด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้ฝ่ามือวางบนหน้าท้องผู้ป่วยแล้วใช้มืออีกข้างกำเป็นกำปั้นทุบลงบนหลังมือผู้นวดเพื่อไม่ให้เกิดแรงกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง ทุบไปตามแนวของลำไส้ 4 จุด จุดละ 10 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือบริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย นาน 1 นาที (ดังแสดงในภาพที่ 6)



ภาพที่ 6 แสดงเทคนิคการนวดด้วยวิธีการเคาะ

การเคาะทำให้แรงสั่นสะเทือนสามารถทะลุจากผิวหนังลงไปสู่ระดับลึกได้ดียิ่งขึ้น เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น (Lamas et al., 2009)

8. สรุปผลของการนวดท้อง

เกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อการนวดดังนี้คือ

8.1 ผลทางกลศาสตร์ (Mechanical effects) เป็นผลที่มีหลักฐานน่าเชื่อถือที่สุดสามารถเข้าใจได้ง่าย และวัดผลได้จริง การนวดท้องทำให้มีการเคลื่อนไหวของใยกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของลำไส้ ดังนั้นจึงช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ (Lamas et al., 2009; McClurg. et al., 2011; Sinclair, 2011)

8.2 ผลทางระบบประสาทและรีเฟล็กซ์ (Neural reflex effects) เป็นการกระตุ้นที่ peripheral receptor เกิดปฏิกิริยาโดยตรงของบริเวณที่ถูกนวด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และยังส่งกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทขนาดใหญ่ (beta nerve fiber) ไปยังประสาทไขสันหลังและสมอง เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนการแบ่งการขับถ่ายและเกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (Lacy & Cole, 2004; ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), 2553) และขับถ่ายอุจจาระออกมาได้ง่ายขึ้น

8.3 ผลทางจิตใจ (Psychological effects) การนวดท้องแบบสวีดิชทำให้รู้สึกผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล ลดความตึงเครียดของจิตใจ และส่งผลกลับไปช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคได้อีก ซึ่งเป็นผลร่วมกันของจิตใจระบบประสาทและภูมิคุ้มกันโรค (Salvo, 2011)

9. ข้อห้ามสำหรับการนวดท้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จึงควรงดเว้นในผู้ป่วยดังนี้ (Sinclair, 2011)

- 9.1 มีการอุดตันของลำไส้ การนวดอาจทำให้เกิดการอักเสบและปวดเพิ่มขึ้น
- 9.2 มีก้อนในช่องท้อง ก้อนในช่องท้องอาจเป็นก้อนเนื้องอกหรือมะเร็ง การนวดอาจทำให้ก้อนในช่องท้องแตก ปวดมากขึ้นหรือเกิดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้
- 9.3 มีประวัติลำไส้อักเสบ การนวดจะทำให้เกิดการอักเสบใหม่ได้
- 9.4 เป็นโรคลำไส้แปรปรวน การนวดจะเพิ่มความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น
- 9.5 มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลังและอาการยังไม่คงที่ การนวดเป็นการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ทำให้ไขสันหลังได้รับความกระทบกระเทือน ฉีกขาด มีเลือดออกหรือถูกกดมากขึ้น ก็จะทำให้อาการของโรคทวีความรุนแรงมากขึ้น อาจทำให้เกิดความพิการถาวรได้
- 9.6 ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายใน 6 เดือน เนื่องจากแผลภายในอาจยังไม่สมานกันดี อาจทำให้เกิดแผลแยก หรือมีการติดเชื้อในช่องท้องตามมาได้
- 9.7 มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง จะทำให้การติดเชื้อลุกลามไปยังบริเวณอื่น หรือติดต่อยังตัวผู้อื่นได้

9.8 มีเลือดออกในทางเดินอาหาร อาจทำให้มีเลือดออกเพิ่มขึ้น

9.9 ไข้เลือด อาจทำให้เกิดการอักเสบและปวดเพิ่มขึ้น

9.10 ได้รับการฉายรังสีที่ท้อง รังสีจะส่งผลโดยตรงกับอวัยวะภายในช่องท้องและผิวหนัง ดังนั้นการนวดอาจทำให้มีอาการปวดหรืออาจรุนแรงถึงขั้นมีการตกเลือดได้

9.11 มีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส อาการไข้ มีสาเหตุจากการอักเสบหรือติดเชื้อในทุกระบบ ดังนั้นหากสาเหตุของไข้เป็นผลจากการติดเชื้อในช่องท้อง หรือการอักเสบของอวัยวะภายในช่องท้อง จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

9.12 ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการนวด อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้นวดเอง การนวดจะไม่มีประสิทธิภาพ

9.13 ผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin ซึ่งออกฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือด อาจทำให้มีเลือดออกในอวัยวะในช่องท้องหรือผนังลำไส้เล็กได้ (Hsin-Ling, 2013)

10. ขั้นตอนการนวดท้อง

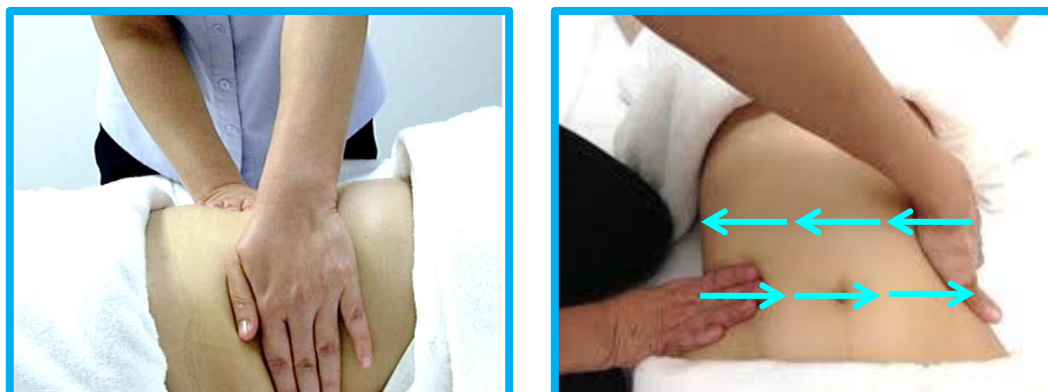
การนวดท้องแบบประกอบไปด้วยการนวด 10 ท่า (Sinclair, 2011; Smith, 2013) ดังนี้

ท่าที่ 1 ผู้นวดยืนหรือนั่งด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง นวดสัมผัส โดยเริ่มจากท้องส่วนล่าง เลื่อนมือขึ้นไปด้านบนจนชิดกระบังลม แล้วเลื่อนมือไปด้านข้างลำตัว กลับมาพักที่สันกระดูกเชิงกราน (Iliac crest) ทำ 10 ครั้ง (ดังแสดงในภาพที่ 7)



ภาพที่ 7 แสดงการนวดท้องท่าที่ 1

ท่าที่ 2 ผู้นวดยืนหรือนั่งด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง ด้านใกล้และไกลตัว ขยับมือจนนวดสลับไปมา โดยนวดให้ถึงกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ใกล้กับกระดูกสันหลัง 10 ครั้ง จากนั้นกลับด้านเพื่อนวดด้านตรงข้าม ทำการนวดแบบเดิม 10 ครั้ง (ดังแสดงในภาพที่ 8)



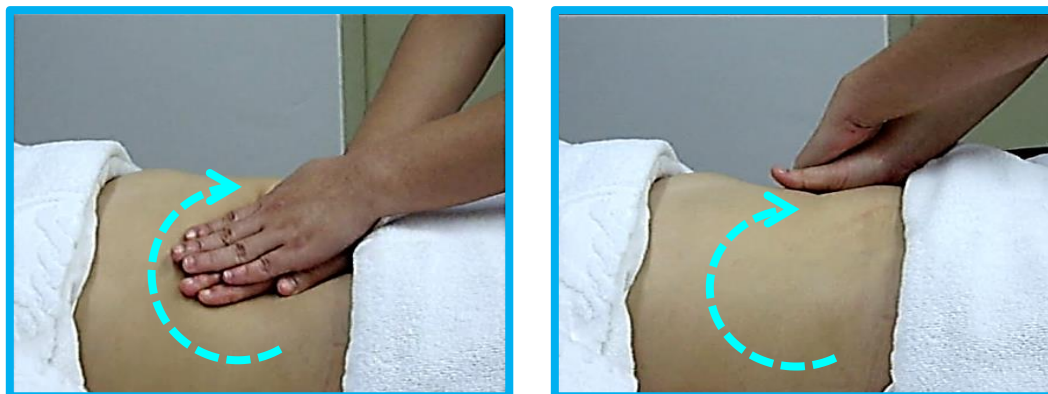
ภาพที่ 8 แสดงการนวดท้องท่าที่ 2

ท่าที่ 3 ผู้นวดยืนหรือนั่งด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างกดและคลึงเป็นวงกลมคล้ายสว่าน นับ 1-2-3 รอบโดยรอบสุดท้ายให้ลากไปตามแนวของลำไส้ใหญ่ ให้ทั่วแนวลำไส้ใหญ่ ทำ 3 รอบ (ดังแสดงในภาพที่ 9)



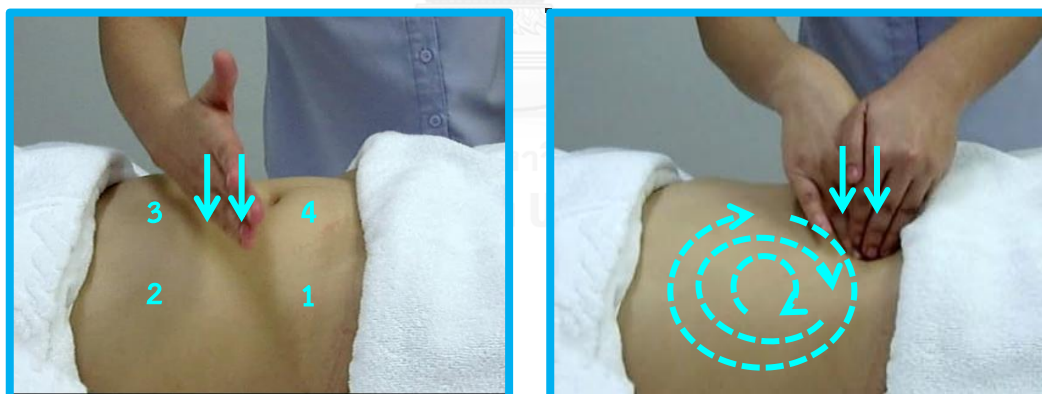
ภาพที่ 9 แสดงการนวดท้องท่าที่ 3

ท่าที่ 4 ผู้นวดยืนหรือนั่งด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย วางมือซ้อนกันโดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านล่าง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง (ดังแสดงในภาพที่ 10)



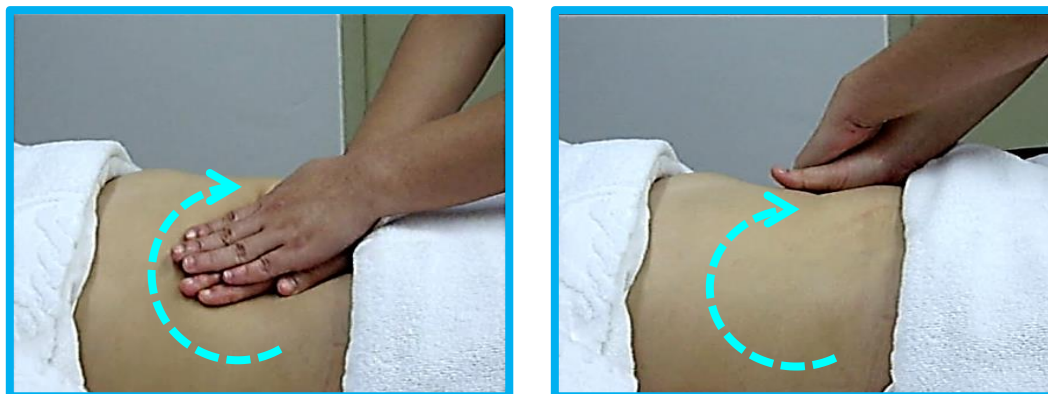
ภาพที่ 10 แสดงการนวดท้องท่าที่ 4

ท่าที่ 5 ผู้นวดยืนหรือนั่งด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้สันมือข้างที่ถนัดวางบนหน้าท้องตามตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ แล้วออกแรงสั่นในทิศทางขึ้นลง (สับ) 4 จุด จุดละ 10 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือบริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย จากนั้นใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างออกแรงสั่นในทิศทางขึ้นลงให้ทั่วลำไส้เล็ก นาน 1 นาที (ดังแสดงในภาพที่ 11)



ภาพที่ 11 แสดงการนวดท้องท่าที่ 5

ท่าที่ 6 (ท่าซ้ำท่าที่ 4) ผู้นวดยืนหรือนั่งด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย วางมือซ้อนกัน โดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านล่าง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง (ดังแสดงในภาพที่ 12)



ภาพที่ 12 แสดงการนวดท้องท่าที่ 6

ท่าที่ 7 ผู้นวดยืนหรือนั่งด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้ฝ่ามือวางบนหน้าท้องผู้ป่วยแล้วใช้มืออีกข้างกำเป็นกำปั้นทุบลงบนหลังมือผู้นวดเพื่อไม่ให้เกิดแรงกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง ทุบไปตามแนวของลำไส้ 4 จุด จุดละ 10 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือบริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย นาน 1 นาที (ดังแสดงในภาพที่ 13)



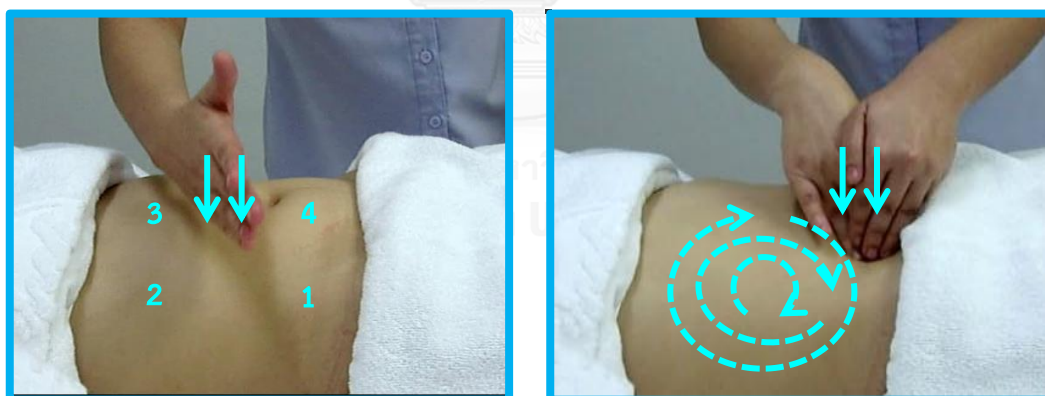
ภาพที่ 13 แสดงการนวดท้องท่าที่ 7

ท่าที่ 8 (ท่าซ้าท่าที่ 3) ผู้นวดยืนหรือนั่งด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างกดและคลึงเป็นวงกลมคล้ายสว่าน นับ 1-2-3 รอบโดยรอบสุดท้ายให้ลากไปตามแนวของลำไส้ใหญ่ ให้ทั่วแนวลำไส้ใหญ่ ทำ 3 รอบ (ดังแสดงในภาพที่ 14)



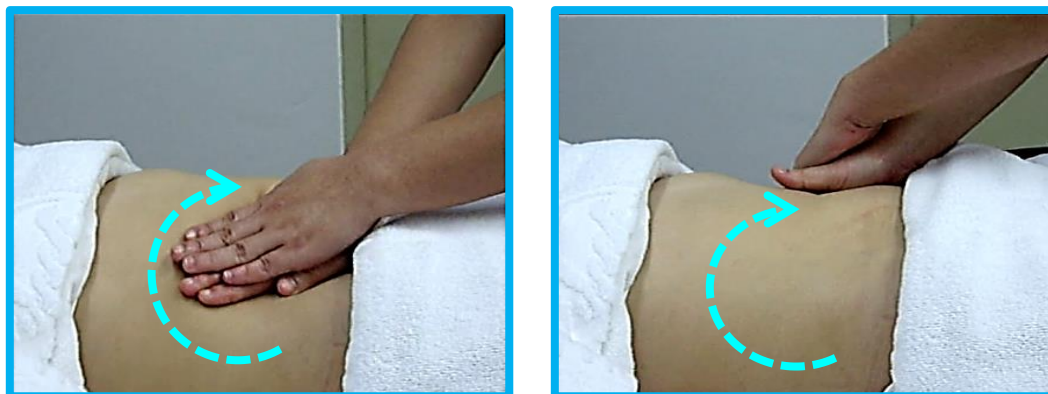
ภาพที่ 14 แสดงการนวดท้องท่าที่ 8

ท่าที่ 9 (ท่าซ้ำท่าที่ 5) ผู้นวดยืนหรือนั่งด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้สันมือข้างที่ถนัดวางบนหน้าท้องตามตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ แล้วออกแรงสั่นในทิศทางขึ้นลง (สับ) 4 จุด จุดละ 10 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือบริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย จากนั้นใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างออกแรงสั่นในทิศทางขึ้นลงให้ทั่วลำไส้เล็ก นาน 1 นาที (ดังแสดงในภาพที่ 15)



ภาพที่ 15 แสดงการนวดท้องท่าที่ 9

ท่าที่ 10 (ท่าซ้ำท่าที่ 4) ผู้นวดยืนด้านข้างบริเวณลำตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย วางมือซ้อนกัน โดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านล่าง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง (ดังแสดงในภาพที่ 16)



ภาพที่ 16 แสดงการนวดท้องท่าที่ 10

กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง

กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้หลักเกณฑ์แก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ เพื่อวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมิน (Assessment) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ทักษะในด้านต่างๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย ได้แก่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ได้แก่ การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องโรคทางระบบประสาทอื่นๆ เช่น Multiple sclerosis หรือโรคพาร์กินสัน โรคเบาหวาน ภาวะไฮโปไธรอยดิสซึม (hypothyroidism) ซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการท้องผูก

1.3 ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก เช่นยากลุ่ม Nitrates และ Antithrombotic ยา Nitrates จะไปยับยั้งการทำงานของลำไส้ โดยการหลั่งของ Nitric oxide ส่วน Antithrombotic เช่น Acetye Salicylic Acid (ASA) จะไปยับยั้งการทำงานของลำไส้ โดยการหลั่งของ prostaglandin (Kumar et al., 2010)

1.4 ตำแหน่งของการเกิดโรคที่ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพในส่วนพอนส์ ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการควบคุมการทำงานของระบบขับถ่าย ดังนั้นเมื่อสมองส่วนนั้นถูกทำลาย จึงไม่สามารถส่งสัญญาณประสาทเพื่อควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบทวารหนัก ทั้ง External anal sphincter และ Internal anal sphincter และกระบวนการ peristalsis ได้ ผู้ป่วยจึงเกิดอาการท้องผูกตามมา (Winge et al., 2003)

1.5 ข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1.5.1 พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่ การประเมินรูปแบบการขับถ่ายอุจจาระ โดยเปรียบเทียบกับรูปแบบการขับถ่ายเดิม เช่น ลักษณะ ขนาดของก้อนอุจจาระ ความถี่ของการถ่ายอุจจาระ สี และปริมาณ เป็นต้น

1.5.2 พฤติกรรมการดื่มน้ำและอาหารที่มีกากใย ประเมินพฤติกรรมและอุปนิสัยในการรับประทานอาหาร ปริมาณสารน้ำที่ร่างกายได้รับในแต่ละวัน การขาดน้ำและขาดอาหารที่มีกากใย เนื่องจากมีความผิดปกติในกลไกการย่อยอาหาร โดยเฉพาะการกลืน ในรายที่มีภาวะกลืนลำบาก ทำให้ไม่ยอมรับรับประทานอาหาร ได้รับน้ำและอาหารที่มีกากใยน้อยลง (Yi et al., 2011) จึงทำให้ท้องผูก

1.5.3 พฤติกรรมการใช้ยาระบาย ได้แก่ ชนิด ขนาด ความถี่และระยะเวลาที่ใช้ เนื่องจากการใช้ยาระบายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจะลดประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาทบริเวณลำไส้ใหญ่

1.5.4 พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือระดับความสามารถในการทำกิจกรรม เช่น การนอนนานๆอันเนื่องมาจากภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกาย เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เป็นผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงด้วย (Bracci et al., 2007; Kumar et al., 2010)

2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ แปลความหมายและระบุปัญหา เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาล ของ NANDA ข้อวินิจฉัยการพยาบาลคือ มีอาการท้องผูก

3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) จากข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานด้านพฤติกรรมต่างๆ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยวางแผนการพยาบาลโดยใช้การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเป็นการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้ภาษามาตรฐานทางการพยาบาลและสามารถนำไปใช้ได้กับทุกสาขาการพยาบาล อีกทั้งยังเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำตามบทบาทอิสระตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เชื่อมโยงการวางแผนการพยาบาลกับแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาล ของ NANDA และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลมีดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามแนวคิดของ NANDA : มีอาการท้องผูก (Constipation)

การจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification):

ประเมินจาก ความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ

กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล (Nursing Interventions and Rationales)

1. การประเมินเพื่อหาสาเหตุของอาการท้องผูก ได้แก่

1.1 ประเมินพฤติกรรมกรับถ่ายอุจจาระ เช่น เวลาในการขับถ่าย ความถี่ของการถ่ายอุจจาระ ปริมาณอุจจาระ ลักษณะของอุจจาระ ระยะเวลาที่ใช้ในการขับถ่ายและประวัติการใช้ยาระบาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม

1.2. ตรวจสอบประวัติการใช้ยาที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำ เนื่องจากยาบางกลุ่มส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก เช่น กลุ่มยาแก้ปวดที่มีส่วนผสมของ morphine หรือ อนุพันธ์ของ morphine, ยาที่รักษาโรคซึมเศร้า ยาลดความดัน ยาที่ออกฤทธิ์ต้านโคลิไนน์ ยาขับปัสสาวะ ยาแก้ชัก ยาลดกรดที่มีส่วนผสมของ aluminum ธาตุเหล็กและยาคลายกล้ามเนื้อ

1.3 ประเมินการตรวจร่างกาย โดยการตรวจท้องพบท้องแข็ง ดิ่งและอาจคลำได้ก้อนอุจจาระในลำไส้ เมื่อเคาะท้องจะได้ยินเสียงทึบและฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) เพื่อประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกจะพบท้องแข็ง ดิ่งและอาจคลำได้ก้อนอุจจาระในท้อง

2. การให้คำแนะนำเพื่อจัดการอาการท้องผูก ได้แก่

2.1 ให้คำแนะนำเรื่องการจัดการอาการท้องผูก โดยการเพิ่มปริมาณน้ำดื่ม ควรได้รับน้ำดื่มอย่างน้อยวันละ 1,500 มล. (Mentes & Kang, 2013) เพื่อช่วยให้อุจจาระอ่อนนุ่มและถ่ายง่าย และการเพิ่มอาหารที่มีกากใยมากจะช่วยเพิ่มปริมาณอุจจาระและทำให้อุจจาระเคลื่อนตัวในลำไส้ใหญ่ได้เร็วขึ้น (Tariq, 2007) ปริมาณกากใยอาหารควรได้รับอย่างน้อยวันละ 25-30 กรัม (Tariq, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ทุ์ไพเราะ (2532) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระต่อภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค โดยให้กลุ่มทดลองรับประทานผลไม้ 1 ผล หลังอาหาร 3 มื้อ ให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1,200 มล.และบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลม เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ มีภาวะท้องผูกลดลงกว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 ในสัปดาห์ที่ 1 และระดับ .001 ในสัปดาห์ที่ 2 ถึง 6 และฝึกการขับถ่ายอุจจาระ

2.2 การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่ม ระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น (Chin A Paw et al., 2006) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเดินได้หรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ควรออกกำลังกายบนเตียงโดยการยกขาข้างที่มีแรงขึ้นลงอย่างน้อย 15-20 นาที วันละ 2 ครั้ง (Chin A Paw et al., 2006; Tariq, 2007) จะทำให้การขับถ่ายอุจจาระและผายลมได้สะดวกขึ้น (Vasanwala, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Harrington & Haskvitz (2006) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหารและมีอาการ

ท้องผู้ร่วมด้วย โดยให้โปรแกรมการบำบัดทางร่างกาย (Physical therapy) ได้แก่ การออกกำลังกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน กล้ามเนื้อบริเวณหูดรอบทวารหนัก ร่วมกับการนวดหน้าท้อง แก่กลุ่มทดลองทุกวัน เป็นเวลา 13 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีการทำงานของระบบทางเดินอาหารที่ดีขึ้น สามารถถ่ายอุจจาระได้เอง และกำลังของกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานและรอบ ๆ ทวารหนัก มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.3 แนะนำท่าที่นั้งเพื่อช่วยให้ขับถ่ายได้ดีขึ้น ในรายที่สามารถนั่งได้ แนะนำท่านั่ง โดยงอสะโพกให้มากที่สุด ซึ่งท่านั่งสามารถเพิ่มแรงในการเบ่งถ่ายอุจจาระได้ (Vasanwala, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sakakibara (2010) ที่ศึกษาท่านั่งในการถ่ายอุจจาระ 3 ท่าเพื่อช่วยเพิ่มแรงในการเบ่งถ่ายอุจจาระ คือ ท่าที่ 1 ท่านั่งงอสะโพก 90 องศา ท่าที่ 2 ท่านั่งงอสะโพก 60 องศา และ ท่าที่ 3 คือท่านั่งยอง พบว่า ท่านั่งยองเป็นท่าที่ดีที่สุดในการขับถ่ายอุจจาระ

2.4 แนะนำเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยให้ขับถ่ายได้ดีขึ้น คือการจัดสภาพแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัวมากที่สุด เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยขับถ่ายในห้องน้ำ หรือกั้นม่านให้มิดชิด ไม่เร่งรัดผู้ป่วยในขณะที่ถ่ายอุจจาระ (พวงผกา มั่นหมาย, 2552)

2.5 ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการขับถ่าย เมื่อรู้สึกปวดท้องไม่ควรกลั้นอุจจาระควรถ่ายทันที และแนะนำวิธีการกระตุ้นการขับถ่ายโดยการดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ หรือน้ำพูน เนื่องจากสาเหตุของอาการท้องผูกส่วนใหญ่เกิดจากการกลั้นอุจจาระ เมื่อถึงเวลาที่ต้องขับถ่ายแต่ยังไม่พร้อม ทำให้อุจจาระสะสมในลำไส้มากขึ้น การดูกลับของน้ำมากขึ้น อุจจาระจึงเป็นก้อนแข็ง ทำให้ถ่ายลำบาก

2.6 ฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ไม่ควรกลั้นอุจจาระและเมื่อมีอาการปวดอุจจาระให้มีการถ่ายอุจจาระทันที โดยการฝึกการขับถ่ายอุจจาระควรใช้เวลา 5 – 15 นาที หลังรับประทานอาหารเช้า (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Venn et al (1992) ที่ทำการศึกษาแบบ Randomized controlled trail เปรียบเทียบ 4 กลุ่ม โดยศึกษาเวลาที่เหมาะสมในการฝึกการขับถ่ายร่วมกับการใช้ยาเหน็บทวารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเช้าและเหน็บยาระบาย กลุ่มที่ 2 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเช้าและเหน็บยาระบายเฉพาะที่มีอาการท้องผูก กลุ่มที่ 3 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเย็นและเหน็บยาระบาย กลุ่มที่ 4 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเย็นและเหน็บยาระบายเฉพาะที่มีอาการท้องผูก พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกการขับถ่ายในช่วงเช้ามีการขับถ่ายอุจจาระได้ดีกว่าช่วงบ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 13.3 และ 7.37 ตามลำดับ ($p < 0.01$) และเวลาที่เหมาะสมในการฝึกการขับถ่ายคือช่วงเช้ามามากกว่าช่วงบ่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร เฉลิมพรพงศ์ (2545) ที่ศึกษาผลของการดื่มน้ำตอนเช้าเพื่อกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ

ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีอาการท้องผูก พบว่า ผู้ป่วยที่ดื่มน้ำในตอนเช้าสามารถขับถ่ายอุจจาระได้ดีกว่าไม่ดื่มน้ำ

3. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการอาการท้องผูก ได้แก่

3.1 การนวดท้อง เป็นการจัดการอาการท้องผูกที่ส่งผลโดยตรงต่อลำไส้ (Sinclair, 2011) กล่าวคือ การนวดท้องเป็นการไปเพิ่มแรงดันในช่องท้อง แรงดันจะทำให้ผนังลำไส้ส่วน rectum โป่งออก เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อหูรูดด้านในทวารหนัก ส่งผลให้เกิดความรู้สึกปวดถ่าย (Liu et al., 2005; Sinclair, 2011) และการนวดท้องเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้ (Lamas. et al., 2009; McClurg. et al., 2011; Smith, 2013) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lamas et al (2009) ที่ศึกษาผลของการนวดท้องต่อการจัดการกับอาการท้องผูก ทำการศึกษาแบบ Randomize controlled trial ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกจำนวน 60 ราย พบว่าการนวดท้องสามารถเพิ่มการกระตุ้นของลำไส้และลดอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ถ่ายเหลวและท้องผูกได้ และการศึกษาของ McClurg et al (2011) ที่ศึกษาประสิทธิผลการนวดท้องต่อการลดอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรค Multiple sclerosis จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำให้นวดท้อง นาน 4 สัปดาห์ ผลจากการวิจัยพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนของอาการท้องผูกลดลง ที่เวลา 0 และ 4 สัปดาห์ แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำให้นวดท้องมีคะแนนอาการท้องผูกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.003$)

โดย Sinclair (2011) แนะนำให้ใช้การนวดท้องแบบสวีดิช ซึ่งนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและได้ผลดี ประกอบด้วย 10 ท่า ดังนี้

ท่าที่ 1 ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง นวดสัมผัส โดยเริ่มจากท้องส่วนล่าง เลื่อนมือขึ้นไปด้านบนจนชิดกระบังลม แล้วเลื่อนมือไปด้านข้างลำตัว กลับมาพักที่สันกระดูกเชิงกราน (Iliac crest) ทำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 2 ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง ด้านใกล้และไกลตัว ขยับมีอนวดสลับไปมา โดยนวดให้ถึงกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ใกล้กับกระดูกสันหลัง 10 ครั้ง จากนั้นกลับด้านเพื่อนวดด้านตรงข้าม ทำการนวดแบบเดิม 10 ครั้ง

ท่าที่ 3 ใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างกดและคลึงเป็นวงกลมคล้ายสว่าน นับ 1-2-3 รอบ โดยรอบสุดท้ายให้ลากไปตามแนวของลำไส้ใหญ่ ให้ทั่วแนวลำไส้ใหญ่ ทำ 3 รอบ

ท่าที่ 4 วางมือซ้อนกัน โดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านกลาง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง

ท่าที่ 5 ใช้สันมือข้างที่ถนัดวางบนหน้าท้องตามตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ แล้วออกแรงสั้นในทิศทางขึ้นลง (สับ) 4 จุด จุดละ 10 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือบริเวณหน้าท้อง

ด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย จากนั้นใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างออกแรงสั้นในทิศทางขึ้นลงให้ทั่วลำไส้เล็ก นาน 1 นาที

ท่าที่ 6 (ท่าซ้าท่าที่ 4) วางมือซ้อนกัน โดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านล่าง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง

ท่าที่ 7 ใช้ฝ่ามือวางบนหน้าท้องผู้ป่วยแล้วใช้มืออีกข้างกำเป็นกำปั้นทุบลงบนหลังมือผู้ นวดเพื่อไม่ให้เกิดแรงกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง ทุบไปตามแนวของลำไส้ 4 จุด จุดละ 10 ครั้งแต่ละครั้ง ห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือบริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย นาน 1 นาที

ท่าที่ 8 (ท่าซ้าท่าที่ 3) ใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างกดและคลึงเป็นวงกลมคล้ายสว่าน นับ 1-2-3 รอบโดยรอบสุดท้ายให้ลากไปตามแนวของลำไส้ใหญ่ ให้ทั่วแนวลำไส้ใหญ่ ทำ 3 รอบ

ท่าที่ 9 (ท่าซ้าท่าที่ 5) ใช้สันมือข้างที่ถนัดวางบนหน้าท้องตามตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ แล้วออกแรงสั้นในทิศทางขึ้นลง (สับ) 4 จุด จุดละ 10 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือบริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย จากนั้นใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างออกแรงสั้นในทิศทางขึ้นลงให้ทั่วลำไส้เล็ก นาน 1 นาที

ท่าที่ 10 (ท่าซ้าท่าที่ 4) วางมือซ้อนกัน โดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านล่าง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง

การลงน้ำหนักในการนวดท้อง จากการศึกษา พบว่า มีทั้งการลงน้ำหนักเบา (Lamas. et al., 2009) และปานกลาง (Emly et al., 2001) ผู้วิจัยจึงเลือกการลงน้ำหนักปานกลางและคำนึงถึงความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย โดยประเมินจากชั้นไขมันหน้าท้องและความทนต่อการเจ็บปวด

เวลาในการนวด จากการศึกษา พบว่ามีความหลากหลาย เช่น 7 นาที (Lamas, Lindholm, Stenlund, Engstrom, & Jacobsson, 2009) 15-20 นาที (Emly et al., 2001) และ 10 นาที (Preece, 2002) จากทำการนวดทั้ง 10 ท่า ผู้วิจัยใช้เวลา 10-15 นาที

ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการนวดท้องคือช่วงเช้า เนื่องจากการฝึกการขับถ่ายอุจจาระ ควรใช้เวลา 5-15 นาที หลังรับประทานอาหารเช้า (สุเทพ กลชาญวิทย์, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Venn et al (1992) ที่ทำการศึกษาแบบ Randomized controlled trail เปรียบเทียบ 4 กลุ่ม โดยศึกษาเวลาที่เหมาะสมในการฝึกการขับถ่ายร่วมกับการใช้ยาเหน็บทวารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเช้าและเหน็บยาระบาย กลุ่มที่ 2 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเช้าและเหน็บยาระบาย เฉพาะที่มีอาการท้องผูก กลุ่มที่ 3 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเย็นและเหน็บยาระบาย กลุ่มที่ 4

ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเย็นและเหน็บยาระบายเฉพาะที่มีอาการท้องผูก พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกการขับถ่ายในช่วงเช้ามีการขับถ่ายออกจากระได้ดีกว่าช่วงบ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 13.3 และ 7.37 ตามลำดับ ($p \leq 0.01$) และเวลาที่เหมาะสมในการฝึกการขับถ่ายคือช่วงเช้ามากกว่าช่วงบ่าย

ความถี่ระยะเวลาในการนวดท้องคือ ผู้วิจัยจะทำการนวดทุกวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Munchiando & Kendall (1993) ที่ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นการขับถ่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการกระตุ้นลำไส้แบบ Digital stimulation แบบทุกวันกับการกระตุ้นลำไส้แบบวันเว้นวันและระยะเวลาของการประสบความสำเร็จในการขับถ่ายที่เป็นปกติ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 48 คน กลุ่มควบคุม 23 คน ได้รับ Digital stimulation วันเว้นวัน ส่วนกลุ่มทดลอง 25 คน ได้รับ Digital stimulation ทุกวัน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการกระตุ้นการกระตุ้นลำไส้แบบ Digital stimulation ทุกวัน ประสบความสำเร็จในการขับถ่ายที่เป็นปกติ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นลำไส้แบบวันเว้นวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และในกลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นลำไส้ทุกวัน สามารถขับถ่ายได้เป็นปกติเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นลำไส้แบบวันเว้นวัน (7.7 วัน และ 13 วันตามลำดับ)

ระยะเวลาในการนวดท้อง จากการศึกษาของ Kim et al (2005) ศึกษาประสิทธิผลของการนวดท้องแบบอโรมาเทอราพี ในผู้สูงอายุ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการนวดท้องแบบอโรมาเทอราพี และกลุ่มควบคุมได้รับยาหลอก เป็นระยะเวลา 10 วัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดท้องแบบอโรมาเทอราพี มีอาการท้องผูกลดลงหลังวันที่ 14 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้ยาหลอกมีอาการท้องผูกลดลงหลังวันที่ 7-10 และจากการศึกษาของ Lamas et al (2009) ทำการศึกษาแบบ Randomized controlled trail เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนวดท้องกับการใช้ยาระบายในผู้ป่วยที่มีปัญหาท้องผูก จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองได้รับการนวดท้องและยาระบาย กลุ่มควบคุมได้รับยาระบายเพียงอย่างเดียว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าการนวดท้องสามารถลดความรุนแรงของอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) อาการท้องผูก ($p=0.013$) กลุ่มอาการปวดท้อง ($p=0.019$) และในกลุ่มทดลองมีการเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้นกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.016$) แต่ในระยะ 8 สัปดาห์พบว่าทั้ง 2 กลุ่มใช้ยาระบายไม่แตกต่างกัน สรุปผลการวิจัยได้ว่า การนวดท้องสามารถลดความรุนแรงของอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะอาการท้องผูก และกลุ่มอาการปวดท้อง และการนวดท้องเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ แต่การนวดท้องไม่ได้ช่วยลดการใช้ยาระบายลง แต่ควรใช้ควบคู่กันไป สอดคล้องกับการศึกษาของ McClurg et al (2011) ที่ศึกษาประสิทธิผลการนวดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรค Multiple sclerosis จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับเพียง

คำแนะนำเรื่องการจัดการอาการท้องผูก กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำให้νωดท้อง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลจากการวิจัยพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนของอาการท้องผูกลดลง ที่ 4 สัปดาห์ แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำให้νωดท้องมีคะแนนอาการท้องผูกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.003$)

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินการνωดท้องแบบสวิตซ์ตามวิธีการของ Sinclair (2011) โดยกำหนดเวลาในการνωดท้องครั้งละ 10-15 นาที การลงน้ำหนักขณะνωดคำนึงถึงความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย โดยประเมินจากความหนาของชั้นไขมันหน้าท้องและความทนต่อความเจ็บปวด โดยปฏิบัติการνωดท้องทุกวันในช่วงเช้า เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1 แก้ว (250 มล.) เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ 30 นาทีก่อนνωด
2. สร้างสัมพันธภาพโดยบอกให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงขั้นตอนการνωดท้อง
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้มิดชิด
4. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบใช้หมอนรองใต้เข่าเพื่อให้หน้าท้องหย่อน
5. ล้างมือให้สะอาด
6. ทาน้ำมันลงบนมือผู้νωดเพื่อลดแรงเสียดทานระหว่างการνωด
7. ปฏิบัติการνωดท้อง 10 ขั้นตอน
8. สังเกตอาการผิดปกติขณะνωดท้อง เช่น อัตราการเต้นของชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิต

สูง หรือปวดแน่นท้องให้หยุดνωดทันที

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Intervention)

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้ มาปฏิบัติ ตามขั้นตอนดังนี้

4.1 การปฏิบัติการพยาบาลโดยให้คำแนะนำเพื่อจัดการอาการท้องผูกผ่านสื่อการสอนแบบวีดิทัศน์ ตามแผนการสอนเรื่อง “ท้องผูก เรื่องใหญ่” (ดังแสดงในภาคผนวก ค) ใช้เวลาในการสอน 20 นาที ในวันที่ 1

4.2 การปฏิบัติการพยาบาลโดยการνωดท้อง จัดกระทำในวันที่ 2 - 15 เริ่มเวลา 7.00 - 7.30 น. ทุกวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลตำรวจ

5. การประเมินการพยาบาล (Evaluation)

5.1 ประเมินผลการขับถ่ายอุจจาระโดยการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) และบันทึก วันที่ เวลา ปริมาณ สีและลักษณะของอุจจาระทุกครั้งที่มีการขับถ่ายลงในแบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ (ดังแสดงในภาคผนวก ค)

5.2 ประเมินผลการทดลองในวันที่ 16 เวลา 8.00 น โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินอาการท้องผูกโดยใช้แบบประเมินอาการท้องผูก (posttest)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและอาการท้องผูก

Bracci et al. (2007) ศึกษาอัตราการเกิดอาการท้องผูกและความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพในสมอง การไม่เคลื่อนไหวร่างกายและยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยา กลุ่ม nitrates, antigenic converting enzyme (ACE) inhibitors, calcium antagonists, anticoagulants, antithrombotic, antidepressants และ anti-epileptics ในผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีกในระยะฟื้นฟู ที่มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 90 คน และกระดูกเชิงกรานหรือกระดูกสะโพกหัก จำนวน 81 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรม การขับถ่าย ประเมินการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ Adapted Patient Evaluation Conference System และ ประเมินยาที่ใช้ในการรักษา พบว่า อัตราการเกิดอาการท้องผูก ร้อยละ 30 เกิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอัมพาตครึ่งซีก และการเริ่มเกิดอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอัมพาตครึ่งซีก ไม่สัมพันธ์กับตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพในสมอง และการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย แต่ยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยา กลุ่ม nitrates และ antithrombotic อาจสัมพันธ์กับอาการท้องผูก

Su et al. (2009) ศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดอาการท้องผูก ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบต่อการรักษา ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระยะเฉียบพลัน เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระยะเฉียบพลัน จำนวน 154 คน ทำการเก็บข้อมูลการเกิดอาการท้องผูกในสัปดาห์ที่ 4 และ 12 โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยอาการท้องผูกของ Rome II พบอุบัติการณ์การเกิดอาการท้องผูก ร้อยละ 55.2 ใน 4 สัปดาห์ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกในระยะเฉียบพลัน และพบว่าการเกิดอาการท้องผูกสัมพันธ์กับระดับการพึ่งพาและการใช้หมอนอนในการขับถ่าย และใช้ทำนายผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงปานกลางใน 12 สัปดาห์ได้

Yi et al. (2011) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานและการเคลื่อนไหวของลำไส้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จำนวน 51 คน แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีอาการท้องผูกและไม่มีอาการท้องผูก จำนวน 25 และ 26 คนตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการประเมินปริมาณน้ำดื่ม ภาวะกลืนลำบาก และวัดระยะเวลาการเคลื่อนของอุจจาระภายในลำไส้ใหญ่ (colonic transit time, CTT) โดยให้ผู้ป่วยรับประทานวัตถุทึบรังสี (radiopaque markers) ที่สามารถเอ็กซเรย์เห็นได้ จำนวน 20-24 ชิ้น จำนวน 1 แคปซูล/วัน พร้อมอาหารเช้า ติดต่อกัน 3 วัน แล้วดูจำนวน และตำแหน่งของวัตถุทึบรังสีในช่องท้องในวันที่ 4 หากมีวัตถุทึบรังสีเหลืออยู่เกินกว่าร้อยละ 20 การ

เคลื่อนผ่านของอุจจาระในลำไส้ใหญ่ช้า ประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน The Adapted Patient Evaluation Conference System (APEC), ดัชนีบาร์เทลภาษาเกาหลี (Korean version of Modified Bathel Index) และแบบประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Motricity Index) ผลการศึกษาพบว่า การทำงานและการเคลื่อนไหวของลำไส้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรม และภาวะกลืนลำบาก

Lin et al. (2013) ศึกษาย้อนหลังโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองถึงอุบัติการณ์ สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแผนกฟื้นฟู ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ตั้งแต่เดือน 1 สิงหาคม 2553 ถึง 31 กรกฎาคม 2554 จำนวน 155 คน พบอุบัติการณ์การเกิดอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแผนกฟื้นฟู 123 คน คิดเป็นร้อยละ 79.4 จำนวน 123 คนได้รับยาละลายลิ่มเลือด 56 คน ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเห็นทวารและแบบสวนทวารร่วมด้วย มีเพียง 13 คน ไม่จำเป็นต้องใช้ยาละลายลิ่มเลือดกลับบ้าน และพบว่าการเกิดอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแผนกฟื้นฟูมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเห็นทวารและแบบสวนทวารร่วมด้วย พยาธิสภาพใต้เทนนอเรียมและการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเห็นทวารและแบบสวนทวารร่วมด้วย สามารถทำนายการเกิดอาการท้องผูกได้ และการเกิดความพิการอย่างรุนแรงจะส่งผลให้อาการท้องผูกรุนแรงยิ่งขึ้น

Wenzhi et al. (2013) ศึกษาอุบัติการณ์และความสัมพันธ์ระหว่างพยาธิสภาพในสมองของอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 723 คน จาก 10 โรงพยาบาลในเมืองกวางโจว ประเทศจีน พบว่าอัตราการเกิดอาการท้องผูกภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 34.6 พบมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดแตก และสัมพันธ์กับตำแหน่งพยาธิสภาพในสมองส่วนเบซัลแกงเกลีย

2. งานวิจัยเกี่ยวกับการนวดท้องและอาการท้องผูก

ภริพร ด่านธีระภากุล (2547) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเองและญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันภาวะท้องผูกของผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 55-75 ปี จำนวน 40 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย กิจกรรมเพิ่มความรู้เรื่องภาวะท้องผูกและการป้องกันภาวะท้องผูก การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและการนวดท้อง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุก่อนทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะท้องผูก มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตน มีความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนดีกว่าผู้สูงอายุก่อนควบคุม

พวงผกา มั่นหมาย (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกต่ออุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกระโปก เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกระโปก จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เพื่อป้องกันอาการท้องผูก 2) ให้น้ำดื่ม 1,500-2,000 มล. ต่อวัน 3) กิจกรรมการออกกำลังกาย โดยการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน การนวดท้อง และ 4) ฝึกสุขนิสัยการขับถ่าย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์เกิดอาการท้องผูก และระดับความรุนแรงของการเกิดอาการท้องผูกหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มควบคุม

จินทนา จินาวงศ์, (2553) ศึกษาการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยประสาทศัลยศาสตร์ จากผลงานวิจัยจำนวน 26 เรื่อง ประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกในผู้ป่วยประสาทศัลยศาสตร์ การแบ่งเป็นระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกและการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการอาการท้องผูกโดยไม่ใช้ยา จากนั้นนำไปศึกษานำร่องกับผู้ป่วยประสาทศัลยศาสตร์จำนวน 10 ราย ผลการศึกษา ผู้ป่วย ร้อยละ 70 สามารถขับถ่ายอุจจาระได้เองภายใน 3

วาสนา บุตรปัญญา และคณะ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกต่ออัตราการเกิดท้องผูกและความรุนแรงของอาการท้องผูกในผู้ป่วยระบบประสาท เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่อยู่ในระยะฟื้นฟู อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูล การส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระ อาหาร น้ำ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกมีอัตราการเกิดอาการท้องผูกและระดับความรุนแรงของการเกิดอาการท้องผูกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Eun-nam et al (2010) ทำการศึกษาแบบ Systematic review เรื่องการนวดท้องแบบ Meridian เพื่อรักษาอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากงานวิจัยทั้งหมด 3 งาน พบว่าการนวดท้องแบบ Meridian สามารถลดอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่งานวิจัยทั้งหมดมีจุดอ่อนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไปและเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ชัดเจน

Harrington & Haskvitz (2006) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดทางร่างกาย (Physical therapy) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหารและมีอาการท้องผูก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหญิงอายุ 85 ปีที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหารและมีอาการท้องผูก กลุ่ม

ควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มทดลองได้รับ การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน กล้ามเนื้อบริเวณ หูรูดรอบทวารหนัก ร่วมกับการนวดหน้าท้องเพื่อช่วยลดอาการท้องผูกทุกวัน เป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีการทำงานของระบบทางเดินอาหารที่ดีขึ้น สามารถถ่ายอุจจาระได้เอง และ จากการตรวจกำลังของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและรอบทวารหนัก มีประสิทธิภาพมากขึ้น

Lamas et al (2009) ทำการศึกษาแบบ Randomized controlled trail เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของการนวดท้องกับการใช้ยาระบายในผู้ป่วยที่มีปัญหาท้องผูก จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการนวดท้องและยาระบาย กลุ่มควบคุมได้รับยาระบาย เพียงอย่างเดียว ผลการวิจัยพบว่า การนวดท้องสามารถลดความรุนแรงของอาการผิดปกติของระบบ ทางเดินอาหารเช่น อาการท้องผูก อาการปวดท้องและในกลุ่มทดลองมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ เพิ่มขึ้นกว่าในกลุ่มควบคุม แต่ในระยะ 8 สัปดาห์ พบว่าทั้งกลุ่มยังต้องใช้ยาระบายไม่แตกต่างกัน

Sinclair (2011) ทำการศึกษาแบบ Systematic review 4 งานวิจัย ที่ศึกษาจาก งานวิจัยเกี่ยวกับการนวดท้องในผู้ป่วยโรคต่างๆ ดังนี้

Ernst (1999) ศึกษาประสิทธิภาพของการนวดท้องต่ออาการท้องผูกเรื้อรัง

Preece (2002) ศึกษาการนวดท้องในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Jeon & Jung (2005) ศึกษาการนวดท้องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Albert et al (2006) และ Ayas et al (2006) ศึกษาการนวดท้องในผู้ป่วยที่ได้รับการ บาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง

จากการศึกษาของ Sinclair (2011) สรุปได้ว่าการนวดท้องเป็นอีกการรักษาที่ได้รับการ ยอมรับว่าสามารถรักษาอาการท้องผูกได้ เพราะค่าใช้จ่ายน้อย ไม่ส่งผลเสียต่อร่างกายและผู้ป่วย สามารถทำได้เอง โดยกลไกของการนวดท้องเปรียบเสมือนการส่งกระแสประสาทจากสมอง ไปควบคุม กล้ามเนื้อที่ช่วยในการขับถ่าย ควบคุมการเคลื่อนไหวของลำไส้ให้ทำงานได้ตามปกติ และการนวด ท้องเปรียบได้กับการเบ่งถ่าย เป็นการไปเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของ ระบบประสาทส่วนการเบ่งการขับถ่าย เร่งให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก และขับถ่ายอุจจาระออกจากลำไส้ตรง เพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ ช่วยลด ระยะเวลาที่กากอาหาร อยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้ เทคนิคการนวดท้องที่ใช้และได้ผลดีคือแบบสวีดิช มีทั้งหมด 10 ท่า ดังนี้

ท่าที่ 1 ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง นวดสัมผัส โดยเริ่มจากท้องส่วนล่าง เลื่อนมือ ขึ้นไปด้านบนจนชิดกระดูกบังลม แล้วเลื่อนมือไปด้านข้างลำตัว กลับมาพักที่สันกระดูกเชิงกราน (Iliac crest) ทำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 2 ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหน้าท้อง ด้านใกล้และไกลตัว ขยับมือขนาดสลับไปมา โดยนิ้วชี้ถึงกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ใกล้กับกระดูกสันหลัง 10 ครั้ง จากนั้นกลับด้านเพื่อนวดด้านตรงข้าม ทำการนวดแบบเดิม 10 ครั้ง

ท่าที่ 3 ใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างกดและคลึงเป็นวงกลมคล้ายสว่าน นับ 1-2-3 รอบ โดยรอบสุดท้ายให้ลากไปตามแนวของลำไส้ใหญ่ ให้ทั่วแนวลำไส้ใหญ่ ทำ 3 รอบ

ท่าที่ 4 วางมือซ้อนกัน โดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านล่าง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง

ท่าที่ 5 ใช้สันมือข้างที่ถนัดวางบนหน้าท้องตามตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ แล้วออกแรงสั้นในทิศทางขึ้นลง (สับ) 4 จุด จุดละ 10 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือบริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย จากนั้นใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างออกแรงสั้นในทิศทางขึ้นลงให้ทั่วลำไส้เล็ก นาน 1 นาที

ท่าที่ 6 (ทำซ้ำท่าที่ 4) วางมือซ้อนกัน โดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านล่าง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง

ท่าที่ 7 ใช้ฝ่ามือวางบนหน้าท้องผู้ป่วยแล้วใช้มืออีกข้างกำเป็นกำปั้นทุบลงบนหลังมือผู้ นวดเพื่อไม่ให้เกิดแรงกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง ทุบไปตามแนวของลำไส้ 4 จุด จุดละ 10 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือบริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย นาน 1 นาที

ท่าที่ 8 (ทำซ้ำท่าที่ 3) ใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างกดและคลึงเป็นวงกลมคล้ายสว่าน นับ 1-2-3 รอบโดยรอบสุดท้ายให้ลากไปตามแนวของลำไส้ใหญ่ ให้ทั่วแนวลำไส้ใหญ่ ทำ 3 รอบ

ท่าที่ 9 (ทำซ้ำท่าที่ 5) ใช้สันมือข้างที่ถนัดวางบนหน้าท้องตามตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ แล้วออกแรงสั้นในทิศทางขึ้นลง (สับ) 4 จุด จุดละ 10 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 วินาที เริ่มจากจุดที่ 1 คือบริเวณหน้าท้องด้านล่างขวา จุดที่ 2 หน้าท้องด้านบนขวา จุดที่ 3 หน้าท้องด้านบนซ้าย และจุดที่ 4 หน้าท้องด้านล่างซ้าย จากนั้นใช้ปลายนิ้วมือทั้งสองข้างออกแรงสั้นในทิศทางขึ้นลงให้ทั่วลำไส้เล็ก นาน 1 นาที

ท่าที่ 10 (ทำซ้ำท่าที่ 4) วางมือซ้อนกัน โดยวางข้างที่ถนัดไว้ด้านล่าง นวดสัมผัสไปตามแนวลำไส้ใหญ่ (ตามเข็มนาฬิกา) 10 ครั้ง

ข้อห้ามในการนวดท้องคือ มีการอุดตันของลำไส้ มีก้อนในช่องท้อง มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ไข้เลือดอ ได้รับกรฉายรังสีที่ท้องหรือได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายใน 6 เดือน

McClurg et al (2011) ศึกษาประสิทธิผลการนวดท้องต่อการลดอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรค Multiple sclerosis จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มควบคุมให้เพียงคำแนะนำเรื่องการจัดการอาการท้องผูก กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำให้นวดท้อง นาน 4

สัปดาห์ วัดผลในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 ผลจากการวิจัยพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนของอาการท้องผูกลดลง ที่เวลา 0 และ 4 สัปดาห์ แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำให้νωดท้องมีคะแนนอาการท้องผูกลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำให้νωดท้อง

3. งานวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและอาการท้องผูก

จินตนา เพ็ญจันทร์ (2546) ศึกษาการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลจากการสร้างผลการวิจัยเพื่อป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 19 เรื่อง ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงของภาวะท้องผูก ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง และโปรแกรมป้องกันภาวะท้องผูกในแต่ละระดับ นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทำการศึกษานำร่องในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค โดยทำการศึกษาในเดือนมีนาคม 2546 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 10 ราย และพยาบาลจำนวน 3 ราย ผลการศึกษาค้นพบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ สามารถประเมินความเสี่ยงภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้แต่ขั้นตอนที่มีความยากลำบากในการปฏิบัติคือ การรับประทานผักเพิ่มในแต่ละมื้อ การประเมินผลของการถ่ายอุจจาระพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะท้องผูกจะมีระยะเวลาการเบ่งถ่ายอุจจาระลดลง แต่ในผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาระบายเป็นประจำไม่พบการเปลี่ยนแปลงในการขับถ่ายอุจจาระ

Harari et al (2004) ทำการศึกษาเรื่องการรักษาอาการท้องผูกและการกลั่นอุจจาระไม่ได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นงานวิจัยแบบทดลองทางคลินิก (Randomized controlled trail) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูกและกลั่นอุจจาระไม่ได้จำนวน 146 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 73 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมิน (1) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) แจกคู่มือความรู้เพื่อการรักษาอาการท้องผูกและ (3) วินิจฉัยและประเมินผลการพยาบาล พร้อมส่งต่อให้ทีมที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า ในสัปดาห์ที่ 1 และ 6 เดือน กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลมีจำนวนการขับถ่ายที่เป็นปกติและจำนวนครั้งในการขับถ่ายอุจจาระต่อสัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ในระยะเวลา 6 เดือน และจากการติดตามผลใน 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น สามารถจัดอาหารที่เหมาะสม เพิ่มปริมาณน้ำดื่มได้ ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการท้องผูกและเลือกใช้ยาระบายได้อย่างเหมาะสม

4. งานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการท้องผูกโดยไม่ใช้ยา

ปราณี ทุไฟเราะ (2532) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระต่อภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน

กลุ่มทดลอง ได้รับประทานผลไม้ คือกล้วยหรือส้ม 1 ผล หลังอาหาร 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) และน้ำดื่มอย่างน้อยวันละ 1,200 มล.และบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลม โดยการบริหารการหายใจและบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยการขมิบก้นวันละ 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ มีภาวะท้องผูกน้อยกว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

นภาพร เฉลิมพรพงศ์ (2545) ศึกษาผลของการให้ดื่มน้ำตอนเช้าเพื่อกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีภาวะท้องผูก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ อายุ 18-60 ปี ที่มีภาวะท้องผูก จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลอง ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ อย่างน้อย 500 มล.ในวันที่ 3 ที่มีอาการท้องผูก ส่วนกลุ่มควบคุม ให้ดื่มน้ำในวันที่ 4 และประเมินผลการขับถ่ายหากท้องผูกติดต่อกัน 2 วัน จึงให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ อย่างน้อย 500 มล. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระโดยการให้ดื่มน้ำตอนเช้า อย่างน้อย 500 มล. สามารถขับถ่ายอุจจาระได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระโดยการให้ดื่มน้ำตอนเช้า

อัจฉรา วิจิตร (2554) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยพิเศษรวม ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 ราย และผู้สูงอายุที่จำนวน 44 ราย ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศลดลงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ

Venn et al (1992) ทำการศึกษาแบบ Randomized controlled trail เปรียบเทียบ 4 กลุ่ม ศึกษาเวลาที่เหมาะสมในการฝึกการขับถ่ายร่วมกับการใช้ยาเหน็บทวารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ที่ศูนย์ฟื้นฟูในโรงพยาบาลใน Midwest ประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูและไม่มีปัญหาในระทางเดินอาหารร่วมด้วย จำนวน 58 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเช้าและเหน็บยาระบาย กลุ่มที่ 2 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเช้าและเหน็บยาระบายเฉพาะที่มีอาการท้องผูก กลุ่มที่ 3 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเย็นและเหน็บยาระบาย กลุ่มที่ 4 ให้โปรแกรมฝึกการขับถ่ายในช่วงเย็นและเหน็บยาระบายเฉพาะที่มีอาการท้องผูก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกการขับถ่ายในช่วงเช้ามีการขับถ่ายอุจจาระได้ดีกว่าช่วงบ่าย

Munchiando & Kendall (1993) ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นการขับถ่ายด้วยวิธี Digital stimulation เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการกระตุ้นลำไส้ ด้วยวิธี Digital stimulation ทุกวันกับการกระตุ้นลำไส้วันเว้นวัน

และระยะเวลาของการประสบความสำเร็จในการขับถ่ายที่เป็นปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 48 คน กลุ่มควบคุม 23 คน ได้รับ Digital stimulation วันเว้นวัน ส่วนกลุ่มทดลอง 25 คน ได้รับ Digital stimulation ทุกวัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการกระตุ้นลำไส้แบบ Digital stimulation ทุกวัน สามารถขับถ่ายเป็นปกติได้ดีกว่าและใช้จำนวนวันน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นลำไส้แบบวันเว้นวัน

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อาการท้องผูกเป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการที่เหมาะสมจะช่วยลดผลกระทบแก่ตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและญาติ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การรักษาแบบไม่ใช้ยาแต่ใช้หลักการฟื้นฟู การกระตุ้นการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการจัดการกับปัจจัยหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการท้องผูกเช่นการกระตุ้นการขับถ่ายโดยการเพิ่มผักผลไม้และน้ำ (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2532) การดื่มน้ำอุ่นเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ (จินทนา จินาวงศ์, 2553; นภาพร เฉลิมพรพงศ์, 2545) การออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Harrington & Haskvitz, 2006) การนวดท้อง (Harrington & Haskvitz, 2006; Lamas. et al., 2009; จันทนา จินาวงศ์, 2553) และการกระตุ้นกล้ามเนื้อหูรูดด้านในทวารหนัก (Harrington & Haskvitz, 2006; จันทนา จินาวงศ์, 2553) ซึ่งทั้งนี้อาจใช้วิธีแบบใดแบบหนึ่งหรือใช้ร่วมกันหลายวิธี ก็สามารถจัดการอาการท้องผูกได้เช่นกัน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า การนวดท้อง เป็นวิธีการจัดการอาการท้องผูกแบบไม่ใช้ยา ที่ได้รับการยอมรับในวงการแพทย์ ว่าสามารถจัดการอาการท้องผูกได้ เนื่องจาก การนวดท้อง เป็นการจัดการอาการท้องผูกที่ส่งผลโดยตรงต่อลำไส้ (Sinclair, 2011) กล่าวคือ การนวดท้องเป็นการไปเพิ่มแรงดันในช่องท้อง แรงดันจะทำให้ผนังลำไส้ส่วน rectum โป่งออก เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อหูรูดด้านในทวารหนัก ส่งผลให้เกิดความรู้สึกปวดถ่าย (Liu et al., 2005; Sinclair, 2011) และการนวดท้องเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้ (Lamas. et al., 2009; McClurg. et al., 2011; Smith, 2013) กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง เป็นวิธีการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างอิสระ ประกอบด้วยการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องมาใช้ในการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนประกอบด้วย (1) การประเมิน (2) การวินิจฉัยการพยาบาลตามแนวคิดของ NANDA (3) การวางแผนการพยาบาล (4) การปฏิบัติการพยาบาลตามการจำแนกกิจกรรมพยาบาล ที่เน้นการนวดท้อง ตามวิธีการนวดของ Sinclair (2011) เนื่องจากนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและได้ผลดี (Smith, 2013) โดยให้กลุ่มทดลองได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง เพื่อจัดการอาการท้องผูก และ (5) การประเมินผลการพยาบาลตามการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (ดังแสดงในภาพที่ 16) กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง

สร้างขึ้นจากแนวคิดพยาธิสรีรวิทยาอาการท้องผูกและการพยาบาลผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลอาการท้องผูกของ NANDA ร่วมกับการนัดท้องตามวิธีของ Sinclair (2011) จัดกระทำเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. **การประเมินและการรวบรวมข้อมูล** เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการใช้ยา ตำแหน่งของการเกิดโรคในสมอง ข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระ การดื่มน้ำและอาหารที่มีกากใย การใช้ยาระบาย การตรวจร่างกายและประเมินอาการท้องผูกด้วยแบบประเมินอาการท้องผูกของ Agachan et al (1996) ในครั้งแรกที่เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง (วันที่ 1)

2. **การวินิจฉัยและการวางแผน** นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวินิจฉัยอาการท้องผูกตามแนวคิดของ NANDA

3. **การวางแผนการพยาบาล** นำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน มาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยบูรณาการการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลและการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อให้เชื่อมโยงกับแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ผสมผสานการนัดท้องตามวิธีของ Sinclair (2011) เข้าด้วยกัน

4. **การปฏิบัติการพยาบาล** ประกอบด้วย

4.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของอาการท้องผูก ผ่านสื่อการสอนแบบวีดิทัศน์

4.2 การปฏิบัติการนัดท้อง โดยผู้วิจัยจะปฏิบัติการนัดท้อง วันละ 1 ครั้ง (Munchiando & Kendall, 1993) ในช่วงเช้า (Venn et al.; 1992) เวลา 7.00-7.30 น. ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที (Emly et al.; 2001; Lamas et al., 2009; Preece, 2002) เป็นเวลา 2 สัปดาห์ (Kim et al.; 2005) โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้ (1) ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1 แก้ว (250 มล.) ก่อนนัด 30 นาที เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ (2) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงขั้นตอนการนัดท้องโดยใช้สื่อการสอนแบบวีดิทัศน์ (3) จัดสิ่งแวดล้อมให้มืดซิด (4) จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบใช้หมอนรองใต้เข่าเพื่อให้หน้าท้องหย่อน (5) ล้างมือให้สะอาด (6) ทาน้ำมันลงบนมือผู้ดูแลเพื่อลดแรงเสียดทานระหว่างการนัด (7) เริ่มต้นการนัดตามลำดับ 10 ท่า พร้อมทั้งสอนแสดงแก่ญาติหรือผู้ดูแล (8) สังเกตอาการผิดปกติในขณะที่ทำการนัดเช่น อัตราการเต้นของชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง หรือปวดแน่นท้องให้หยุดนัดทันที

5. **การประเมินผลการพยาบาล** ประเมินอาการท้องผูกตามการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้วยแบบประเมินอาการท้องผูกของ Agachan et al (1996) และคู่มือสำหรับผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลความรู้ในการจัดการอาการท้องผูกประกอบด้วยแผ่นพับเรื่อง “ท้องผูก เรื่องใหญ่” และแผ่นวีดิทัศน์ประกอบการนัดท้อง

อาการ
ท้องผูก

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ที่ใช้แบบแผนการวิจัยชนิดแบบศึกษาสองกลุ่มไม่เท่ากัน วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Design with Nonequivalent Groups) เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3		O4

- O1 หมายถึง อาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง
- O2 หมายถึง อาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง
- X หมายถึง กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง
- O3 หมายถึง อาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับการพยาบาลปกติ
- O4 หมายถึง อาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการพยาบาลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี และเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก
2. มีอาการท้องผูก โดยประเมินจากแบบประเมินอาการท้องผูกของ Agachan et al (1996) เกณฑ์ในการประเมิน คือ ได้คะแนนการประเมินมากกว่า 15 คะแนน
3. รู้สึกตัวดี
4. ไม่มีความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการนัดท้อง ได้แก่ มีภาวะสับสน มีความบกพร่องในการรับรู้ มีการอุดตันของลำไส้ มีก้อนในช่องท้อง มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ไข้เลือด ได้รับการฉายรังสีที่ท้อง ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายใน 6 เดือน โดยประเมินจากการสอบถามแพทย์เจ้าของไข้

5. ผู้ป่วยและญาติยินดีเข้าร่วมการวิจัย
6. แพทย์เจ้าของไข้ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรม PASS (Cochran & Cox, 1992) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในการกำหนดค่า effect size ได้ศึกษาจากงานวิจัยที่ผ่านมาและใกล้เคียงที่สุด คือ งานวิจัยของ วาสนา บุตรปัญญา และคณะ (2555) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกสำหรับผู้ป่วยระบบประสาท ซึ่งคำนวณค่า effect size ได้ 0.8 ซึ่งเป็นค่าที่สูง จากการคำนวณพบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 25 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก อายุ 18-59 ปี เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คือผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Purposive selection) จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ดังแสดงในภาคผนวก ข) เสนอต่อนายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเชิญหนังสือการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย (ดังแสดงในภาคผนวก ข) พร้อมเข้าพบ เพื่อแนะนำตัวกับหัวหน้าแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม ห้องฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยศึกษาประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลตำรวจและคัดเลือกบุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก รู้สึกตัว ประเมินโดยการสอบถามจากพยาบาล และมีอาการท้องผูก ประเมินจากใบบันทึกสัญญาณชีพในเวชระเบียน
4. ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามรายชื่อที่ได้จากเวชระเบียน พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของการเข้าร่วมงานวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ลักษณะงานวิจัย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ประโยชน์ที่จะได้รับ และกำหนดการต่างๆในงานวิจัย สอบถามความเข้าใจและความ

สมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างและทำการประเมินเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก โดยประเมินจากแบบประเมินอาการท้องผูกของ Agachan et al (1996) ได้คะแนนการประเมินมากกว่า 15 คะแนน ไม่มีความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการนัดท้อง ได้แก่ มีภาวะสับสน มีความบกพร่องในการรับรู้ มีการอุดตันของลำไส้ มีก้อนในช่องท้อง มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ไส้เลื่อน ได้รับการฉายรังสีที่ท้อง ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายใน 6 เดือน โดยประเมินจากการสอบถามแพทย์เจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และแพทย์เจ้าของไข้ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงจัดเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบจำนวน 25 คนก่อน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64 อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 86 อายุเฉลี่ย 54.22 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธและมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 36 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก พบว่าส่วนใหญ่ไม่เป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ร้อยละ 66 และไม่มีประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดท้องผูก ร้อยละ 98 ทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Ischemic stroke ตำแหน่งที่เกิดโรค พบ Frontal lobe ร้อยละ 68 ส่วนใหญ่ได้รับยาที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองคือ ASA คิดเป็นร้อยละ 88 ดังแสดงในตารางที่ 3

ข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ขับถ่ายอุจจาระวันเว้นวัน คิดเป็นร้อยละ 54 มีพฤติกรรมการดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 48 รับประทานอาหารที่มีกากใย มากกว่า 5-6 อังมื่อต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 40 ทั้งหมดไม่มีพฤติกรรมการใช้ยาขยาย ดังแสดงในตารางที่ 4

5. เมื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบทั้ง 25 คนแล้ว จึงรอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังกล่าวมาเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน โดยทำการจับคู่ (Matched pairs) กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะเหมือนหรือคล้ายคลึงกันในเรื่อง

5.1 อายุ ใกล้เคียงกันแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆของร่างกายในทางเสื่อม ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูกตามมา (Mugie et al., 2011)

5.2 ตำแหน่งของการเกิดพยาธิสภาพในสมองตำแหน่งเดียวกัน เนื่องจากตำแหน่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อการเกิดอาการท้องผูก เช่น Pontine ซึ่งทำหน้าที่ในการส่งสัญญาณประสาทเพื่อควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อรอบทวารหนัก ทั้ง External anal sphincter และ Internal anal sphincter และกระบวนการ เพอริสตัลซิส (Coggrave, 2008) พยาธิสภาพของสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ทำให้เกิดความผิดปกติในเรื่องของการเคลื่อนไหวของร่างกายลดความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เป็นผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงน้อยลงด้วย (Bracci

et al., 2007; Kumar et al., 2010) พยาธิสภาพที่ Medulla oblongata ซึ่งเป็นศูนย์การควบคุม การกลืน จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะกลืนลำบาก ทำให้ได้รับน้ำและ อาหารที่มีกากใยน้อยลง (Yi et al., 2011)

5.3 ยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดสมองต้องเป็นกลุ่มเดียวกัน เช่นยาในกลุ่ม Antithrombotic เช่น Acetye Salicylic Acid (ASA) และ Nitrates ยาทั้งสองกลุ่มจะไปยับยั้งการ ทำงานของลำไส้ ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง (Kumar et al., 2010)

การจัดกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตาม อายุ ตำแหน่ง ของการเกิดพยาธิสภาพในสมองที่ส่งผลต่ออาการท้องผูกและยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดสมอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (N ₁ =25)			กลุ่มทดลอง (N ₂ =25)		
	อายุ	ตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพในสมอง	ยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดสมอง	อายุ	ตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพในสมอง	ยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดสมอง
1	58	Frontal lobe	Aspirin	59	Frontal lobe	Aspirin
2	49	Frontal lobe	Aspirin	52	Frontal lobe	Aspirin
3	36	Pontine	Aspirin	40	Pontine	Aspirin
4	56	Frontal lobe	Aspirin	54	Frontal lobe	Aspirin
5	59	Frontal lobe	Aspirin	59	Frontal lobe	Aspirin
6	52	Frontal lobe	Aspirin	52	Frontal lobe	Aspirin
7	57	Pontine	Aspirin	54	Pontine	Aspirin
8	55	Frontal lobe	Aspirin	54	Frontal lobe	Aspirin
9	49	Frontal lobe	Plavix	52	Frontal lobe	Plavix
10	51	Frontal lobe	Aspirin	52	Frontal lobe	Aspirin
11	58	Frontal lobe	Aspirin	57	Frontal lobe	Aspirin
12	59	Pontine	Aspirin	58	Pontine	Aspirin
13	57	Frontal lobe	Aspirin	55	Frontal lobe	Aspirin
14	57	Pontine	Aspirin	58	Pontine	Aspirin
15	54	Frontal lobe	Plavix	54	Frontal lobe	Plavix
16	56	Pontine	Aspirin	57	Pontine	Aspirin

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (N ₁ =25)			กลุ่มทดลอง (N ₂ =25)		
	อายุ	ตำแหน่งการเกิด พยาธิสภาพในสมอง	ยาที่ใช้รักษา โรคหลอดเลือด เลือดสมอง	อายุ	ตำแหน่งการเกิด พยาธิสภาพในสมอง	ยาที่ใช้รักษา โรคหลอดเลือด เลือดสมอง
17	58	Frontal lobe	Aspirin	59	Frontal lobe	Aspirin
18	59	Frontal lobe	Aspirin	59	Frontal lobe	Aspirin
19	50	Medulla oblongata	Aspirin	50	Medulla oblongata	Aspirin
20	58	Frontal lobe	Plavix	58	Frontal lobe	Plavix
21	56	Frontal lobe	Aspirin	56	Frontal lobe	Aspirin
22	51	Pontine	Aspirin	51	Pontine	Aspirin
23	52	Frontal lobe	Aspirin	53	Frontal lobe	Aspirin
24	53	Medulla oblongata	Aspirin	54	Medulla oblongata	Aspirin
25	52	Frontal lobe	Aspirin	52	Frontal lobe	Aspirin

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพในสมองและยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N ₁ =25)		กลุ่มทดลอง (N ₂ =25)		รวม (N=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	16	64	16	64	32	64
หญิง	9	36	9	36	18	36
อายุ(ปี) (\bar{X} = 54.22 ;SD = 4.541 ; Range = 36-59)						
30-39 ปี	2	8	-	-	2	4
40-49 ปี	4	16	1	4	5	10
50-59 ปี	19	76	24	96	43	86

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N ₁ =25)		กลุ่มทดลอง (N ₂ =25)		รวม (N=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ						
คู่	25	100	25	100	50	100
ศาสนา						
พุทธ	25	100	25	100	50	100
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	10	40	8	32	18	36
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	16	1	4	5	10
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	20	4	16	9	18
ปริญญาตรี	6	24	12	48	18	36
ประวัติการเจ็บป่วย						
ปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการ						
ท้องผูก						
มีโรคร่วมที่ทำให้เกิดอาการ	7	28	10	40	17	34
ท้องผูก						
ไม่มีโรคร่วมที่ทำให้เกิดอาการ	18	72	15	60	33	66
ท้องผูก						
ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิด						
ท้องผูก						
มียาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก	1	4	-	-	1	2
ไม่มียาที่ทำให้เกิดอาการ	24	96	25	100	49	98
ท้องผูก						
การวินิจฉัยโรค						
Ischemic stroke	25	100	25	100	50	100

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N ₁ =25)		กลุ่มทดลอง (N ₂ =25)		รวม (N=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งที่เกิดโรค						
Pontine	6	24	6	24	12	24
Frontal lobe	17	68	17	68	34	68
Medulla oblongata	2	8	2	8	4	8
ยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดสมอง						
ASA						
ASA	22	88	22	88	44	88
Plavix	3	12	3	12	6	12

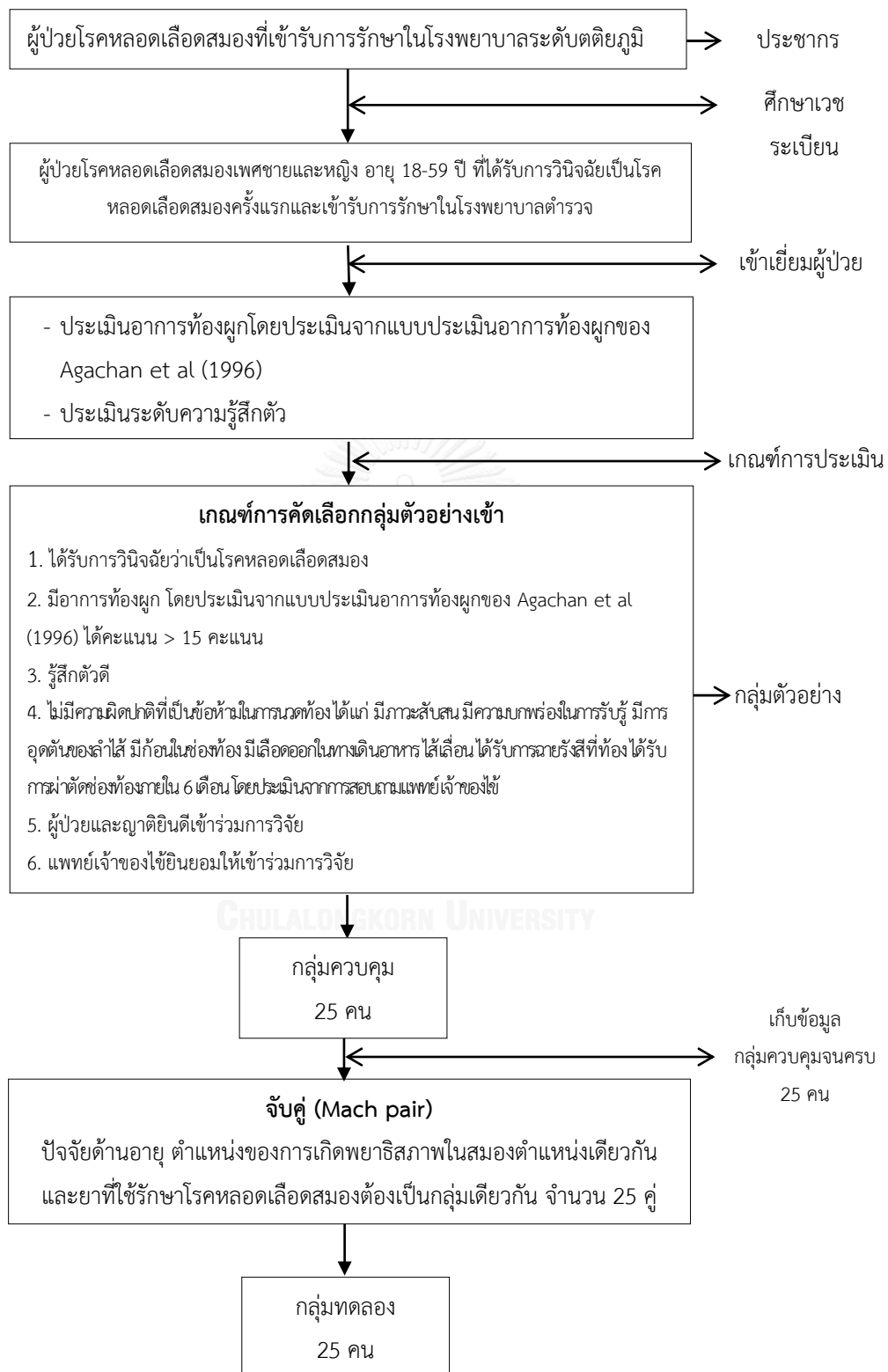
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นฐานพฤติกรรม การขับถ่าย อุจจาระ พฤติกรรม การดื่มน้ำ พฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีกากใย และพฤติกรรม การใช้ยา ระบาย ก่อน การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N ₁ =25)		กลุ่มทดลอง (N ₂ =25)		รวม (N=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรม การขับถ่าย						
ทุกวัน	9	36	10	40	19	38
วันเว้นวัน	12	48	15	60	27	54
อื่นๆ	4	16	-	-	4	8
พฤติกรรม การดื่มน้ำ						
น้อยกว่า 6-8 แก้วต่อวัน	8	32	2	8	10	20
6-8 แก้วต่อวัน	8	32	16	64	24	48
มากกว่า 6-8 แก้วต่อวัน	9	36	7	28	16	32

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (N ₁ =25)		กลุ่มทดลอง (N ₂ =25)		รวม (N=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	พฤติกรรมมารับประทาน					
อาหารที่มีกากใย						
น้อยกว่า 5-6 อังมือต่อวัน	7	28	7	28	14	28
5-6 อังมือต่อวัน	9	36	7	28	16	32
มากกว่า 5-6 อังมือต่อวัน	9	36	11	44	20	40
พฤติกรรมการใช้ยาบย						
ไม่ใช้	25	100	25	100	50	100

สรุปขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในภาพที่ 17



ภาพที่ 17 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากรางงานวิจัย

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากรางงานวิจัย ดังนี้

1. มีความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการนวดท้อง ได้แก่ มีภาวะสับสน มีความบกพร่องในการรับรู้ มีการอุดตันของลำไส้ มีก้อนในช่องท้อง มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ไส้เลื่อน ได้รับการฉายรังสีที่ท้อง ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายใน 6 เดือน
 2. เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตราย เช่น อาการของโรคเลวลงตามความเห็นของแพทย์เจ้าของไข้
 3. ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธหรือขอถอนตัว
- ทั้งนี้จากการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถูกคัดออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 **แบบประเมินอาการท้องผูก (Constipation Scoring System)** (ดังแสดงในภาคผนวก ค) เป็นแบบประเมินอาการท้องผูก ที่สร้างขึ้นโดย Agachan และคณะ ในปี ค.ศ. 1996 ซึ่งผู้วิจัยได้ส่งจดหมายเพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือกับคณะวิจัยและได้รับการอนุญาตให้นำเครื่องมือมาใช้ได้ ลักษณะข้อคำถามมีรายละเอียดเกี่ยวกับอาการท้องผูก ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการท้องผูกตามนิยามของ Rome III criteria (Drossman, 2006) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการท้องผูกจำนวน 8 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

เกณฑ์การให้คะแนน

0 คะแนน

ตัวเลือกคำตอบ

มากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์

ไม่เคยมีอาการ

น้อยกว่า 5 นาที

ถ่ายอุจจาระได้เอง

ถ่ายอุจจาระได้ทุกครั้ง

น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์การให้คะแนน	ตัวเลือกคำตอบ
1 คะแนน	2 ครั้ง/สัปดาห์ มีอาการบ้างนานๆ ครั้ง 6-10 นาที ใช้ยาระบาย 1-3 ครั้ง 1-5 ปี
2 คะแนน	1 ครั้ง/สัปดาห์ มีอาการเป็นบางครั้ง 11-20 นาที ใช้นิ้วช่วยล้างทวารหนักหรือยาสวน 4-6 ครั้ง
3 คะแนน	น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ มีอาการบ่อยครั้ง 21-30 นาที 7-9 ครั้ง 11-20 ปี
4 คะแนน	น้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน มีอาการทุกครั้งที่ถ่ายอุจจาระ มากกว่า 30 นาที มากกว่า 9 ครั้ง มากกว่า 20 ปี

การตอบข้อคำถามจะเป็นลักษณะการเลือกตอบ ซึ่งมีทั้งหมด 8 ข้อ แต่ละข้อจะมีข้อเลือกตอบ 5 ตัวเลือก การให้คะแนนคือ 0-4 ยกเว้นข้อที่ 6 จะมีข้อเลือกตอบเพียง 3 ข้อ การให้คะแนนคือ 0-2 ลักษณะการแปลผลของตัวเลือกจะแปลความหมายจากอาการท้องผูกที่แสดงจากอาการน้อยไปมาก มีคะแนน 0-30 คะแนน จุดตัดคะแนนเท่ากับ 15 คะแนน การแปลผลคือ

0-15 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการท้องผูก

16-30 คะแนน หมายถึง มีอาการท้องผูก (Agachan et al., 1996)

ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 5 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย คู่มือกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัด ท้องคู่มือและวิดีโอทัศน์สำหรับผู้ป่วยและญาติ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกการขับถ่าย อุจจาระ

2.1 คู่มือกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง สำหรับพยาบาล (ดังแสดงใน ภาคผนวก ค) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยตามการวินิจฉัยการ พยาบาลอาการท้องผูกและการนัดท้อง ประกอบด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ การประเมิน การ วินิจฉัยตามแนวคิดของ NANDA การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการนัดท้อง 10 ขั้นตอน และการประเมินผล ขั้นตอนการสร้างมีดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาค้นคว้าแนวคิดจากเอกสารวิชาการ ตำรา วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่เกี่ยวกับอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง แนวคิดการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองของ NANDA และการจัดการอาการท้องผูกโดยการนัดท้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์และหา แนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการ ท้องผูก

ขั้นตอนที่ 2 สรุปเนื้อหาสาระสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม นำเนื้อหาที่ได้จาก การทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดมาสรุปประเด็นที่สำคัญ แล้วนำมาวิเคราะห์และสร้างเป็นคู่มือ กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง

ขั้นตอนที่ 3 เตรียมความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การจัดทำคู่มือหลักการ และเหตุผล วัตถุประสงค์ของกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาการดำเนินการและการ ประเมินหลังจบกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 สร้างสื่อที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. สื่อการสอนแบบวิดีโอทัศน์เกี่ยวกับการจัดการอาการท้องผูก เรื่อง ท้องผูก เรื่อง ใหญ่ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ อาการ สาเหตุ ผลกระทบ การรักษาอาการท้องผูกและวิธีการปฏิบัติการนัด ท้อง

2. คู่มือกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง ภายในประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วนคือ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับอาการท้องผูก กลไกการขับถ่ายอุจจาระ สาเหตุ ผลกระทบ การประเมินอาการท้องผูกและการรักษาอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลเพื่อการจัดการอาการท้องผูก

2.3 ความรู้เกี่ยวกับการนัดท้อง

2.4 กิจกรรมการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 คู่มือและวิธีทัศนสำหรับผู้ป่วยและญาติ เป็นคู่มือในการจัดการอาการท้องผูก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 แผ่นพับเรื่อง ท้องผูก เรื่องใหญ่ โดยมีหัวข้อและเนื้อหาสอดคล้องกับสื่อการสอนแบบวิธีทัศน

2.2.2 แผ่นวิธีทัศนสอนสาธิตการนวดท้อง โดยมีเนื้อหาขั้นตอนในการนวดท้อง และทำนวดท้องทั้ง 10 ท่าตามรูปแบบของ Sinclair (2011)

2.3 แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ เป็นแบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระขณะทำการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และมีรายละเอียดในการจดบันทึกได้แก่ วันที่ เวลา ปริมาณ สีและลักษณะอุจจาระ (ตั้งเอกสารแนบท้ายในภาคผนวก ค)

2.4 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก (ตั้งเอกสารแนบท้ายในภาคผนวก ค) แบ่งเป็น 2 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 9 ข้อ โดยการเติมข้อความในช่องว่าง 1 ข้อ คือ อายุ และเลือกตอบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อมูล เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งที่เกิดโรค

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพื้นฐานพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ โดยการเลือกตอบได้แก่ ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการขับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมการดื่มน้ำ การรับประทานอาหารที่มีกากใยและพฤติกรรมการใช้ยาระบาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการท้องผูก คู่มือกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง คู่มือและวิธีทัศนสำหรับผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาการท้องผูก เรื่อง “ท้องผูก เรื่องใหญ่” และแบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (ตั้งแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 80 (Polit & Beck, 2008) หรือมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

- | | |
|--|--------|
| 1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมระบบทางเดินอาหาร | 1 ท่าน |
| 2. อาจารย์พยาบาล | 2 ท่าน |
| 3. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านอายุรศาสตร์ | 1 ท่าน |
| 4. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก | 1 ท่าน |

จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นของแบบประเมินอาการท้องผูกจากผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3, 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2008) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา 1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความกระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย และมีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อ 1, 2, 5, 7 และ 8 และคงจำนวนข้อคำถามทั้งหมดไว้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมดที่ผ่านการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองคั่งแรก ที่มีอาการท้องผูก และมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ .7 - .8 (DeVellis, 2012) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการท้องผูกเท่ากับ .74

สำหรับการทดลองใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นคนเดียวกันกับการทดลองใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลองข้างต้น โดยทำกิจกรรมวันละ 1 ครั้ง จนครบ 2 สัปดาห์ ผลการทดลองใช้กับผู้ป่วยทั้ง 5 คน พบว่า ความแรงในการนัด ขึ้นตอน เวลาและระยะเวลาทำกิจกรรม มีความเหมาะสม

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างวันที่ 23 กันยายน 2557 – 8 มกราคม 2558 ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง มีดังนี้

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยศึกษาค้นคว้า ทบทวน เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการอาการท้องผูก ตามแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูกที่เน้นการนวดท้อง โดยบูรณาการข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC) และการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC) และศึกษาดูงานการนวดท้อง โดยเข้ารับการฝึกอบรมและฝึกทักษะเรื่องการนวดท้องจากศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ในวันที่ 28 มกราคม 2557 เป็นเวลา 1 วัน

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลตำรวจ และหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยนำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลตำรวจ และหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือ เสนอต่อนายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2557 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ศัลยกรรม แผนกห้องฉุกเฉินและแผนกรับผู้ป่วยใน เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยศึกษาประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลตำรวจ และคัดเลือกบุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก รู้สึกตัวดี และไม่มีความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการนวดท้อง ได้แก่ มีภาวะสืบสม มีความบกพร่องในการรับรู้ มีการอุดตันของลำไส้ มีก้อนในช่องท้อง มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ไล่เลือดน ได้รับการฉายรังสีที่ท้อง ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายใน 6 เดือน โดยประเมินจากการสอบถามแพทย์เจ้าของไข้

1.6 ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามรายชื่อที่ได้จากเวชระเบียน สร้างสัมพันธ์ภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และทำการประเมินเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ขั้นตอนการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน 2557 – 8 มกราคม 2558 มีดังนี้
กลุ่มควบคุม เริ่มตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน – 28 ตุลาคม 2557

วันที่ 1

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธ์ภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับการพยาบาลปกติจากพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลตำรวจ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และนัดหมายเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินอาการท้องผูกจากแบบประเมินอาการท้องผูก (posttest) ในวันที่ 16

วันที่ 2-15

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลปกติจากพยาบาลประจำการ ที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ได้แก่

1. การประเมินอาการท้องผูก โดยการประเมินจำนวนครั้งในการขับถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ ปริมาณอาหารและน้ำดื่ม และความสามารถในการทำกิจกรรม

2. การวินิจฉัยการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล

3. การวางแผนการพยาบาล โดยการให้ความรู้และให้กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดอาการท้องผูก

4. ให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการท้องผูก ได้แก่ การแนะนำให้ผู้ป่วยขับถ่ายทุกครั้งเมื่อปวดถ่ายอุจจาระ จัดให้ขับถ่ายในท่านั่งหรือศีรษะสูง แนะนำและจัดให้ดื่มน้ำ วันละ 2,000 – 2,500 มล ยกเว้นมีข้อห้าม แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ จัดเวลาการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาเดิมตามสุขนิสัยของผู้ป่วย ช่วยกระตุ้นให้มีการขับถ่ายตามเวลา กระตุ้นให้เคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายและดูแลให้ยาระบายตามคำสั่งแพทย์

5. ประเมินผลการพยาบาล โดยประเมินการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะของอุจจาระ

วันที่ 16

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินอาการท้องผูกจากแบบประเมินอาการท้องผูก (post-test) ใช้

เวลาในการประเมินประมาณ 5 นาที และให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ มีเนื้อหา 5 หัวข้อ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ความหมายของอาการท้องผูก
2. สาเหตุของอาการท้องผูก
3. ผลกระทบจากอาการท้องผูก
4. การจัดการอาการท้องผูก
5. สอนแสดงการนวดท้อง

และมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยเรื่องการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยแผ่นพับเรื่อง “ท้องผูก เรื่องใหญ่” และแผ่นวีดิทัศน์สาธิตการนวดท้อง

กลุ่มทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม 2557 – 8 มกราคม 2558

วันที่ 1

1. การรวบรวมข้อมูลและการประเมินด้านต่างๆ

1.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูกและการรักษาของแพทย์ จากเวชระเบียน รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพื้นฐานพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่างๆ ประกอบด้วยพฤติกรรม การขับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมการดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่มีกากใยและ พฤติกรรมการใช้ยาระบาย ประเมินระดับความสามารถ ข้อจำกัดในการปฏิบัติตามการนวดท้องของญาติและผู้ดูแลในการปฏิบัติตามการนวดท้อง และ ประเมินความเหมาะสมของช่วงเวลาในการปฏิบัติตามการนวดท้อง เพื่อไม่ให้กระทบต่อกิจการรพพยาบาลอื่นๆและการ ทำกายภาพ

1.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และแจ้งข้อปฏิบัติก่อนการนวดท้อง คือ จะเริ่มปฏิบัติตามการนวดท้อง โดยผู้วิจัยในวันถัดไป เริ่มเวลา 7.00-7.30 น. และก่อนนวดท้อง 30 นาที (เวลา 6.30 น.) ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1 แก้วหรือ 250 มล. เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ การนวดท้องจะปฏิบัติทุกวันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ (วันที่ 2-15) ที่โรงพยาบาลตำรวจ

2. การวินิจฉัยการพยาบาล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ แลความหมายและระบุ ปัญหา เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลและนำไปสู่การปฏิบัติตามการพยาบาลที่มีคุณภาพ

3. การวางแผนการพยาบาล จากข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานด้านพฤติกรรมต่างๆ ผู้วิจัย นำมาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เชื่อมโยงการวางแผนการ

พยาบาลกับแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาล ของ NANDA โดยบูรณาการการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก ผู้วิจัยได้นำการนัดท้อง ซึ่งเป็นบทบาทอิสระและเป็นที่ยอมรับในการจัดการอาการท้องผูก ตามวิธีของ Sinclair (2011) ซึ่งนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและได้ผลดี (Smith, 2013) มาใช้ในการจัดการอาการท้องผูก เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนัดท้อง เป็นการจัดการอาการท้องผูกที่ส่งผลโดยตรงต่อลำไส้ (Sinclair, 2011) กล่าวคือ การนัดท้องเป็นการไปเพิ่มแรงดันในช่องท้อง แรงดันจะทำให้ผนังลำไส้ส่วน rectum โป่งออก เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อหูรูดด้านในทวารหนัก ส่งผลให้เกิดความรู้สึกปวดถ่าย (Liu et al., 2005; Sinclair, 2011) และการนัดท้องเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้ (Lamas et al., 2009; McClurg. et al., 2011; Smith, 2013)

วันที่ 2-15 การปฏิบัติการนัดท้อง (ทุกวัน เวลา 7.00-7.30 น.)

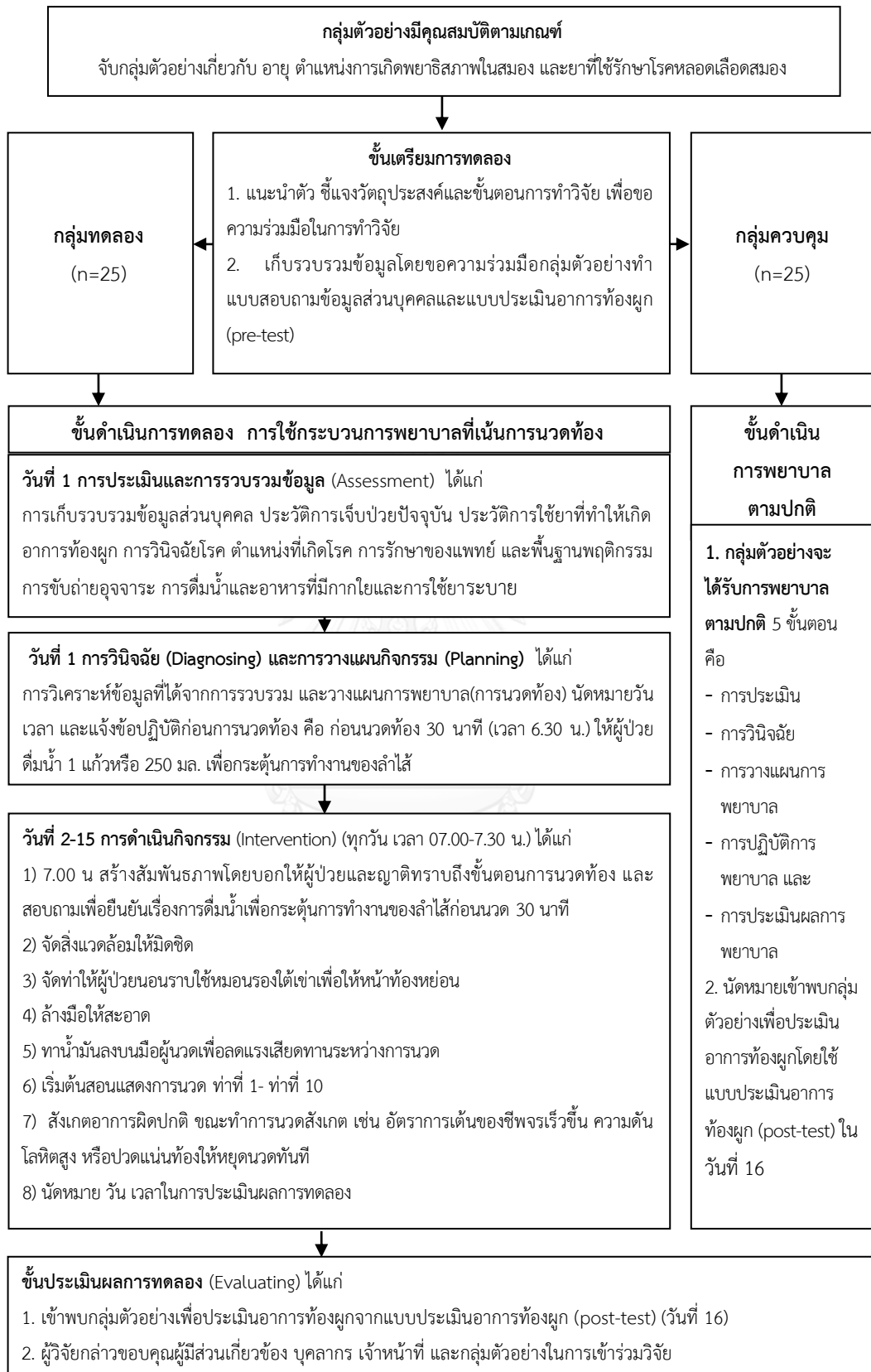
นำแผนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องไปปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก ตามวิธีการของ Sinclair (2011) โดยใช้เวลาในการปฏิบัติครั้งละ 30 นาที ทุกวันช่วงเช้า เป็นระยะเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. สอบถามผู้ป่วยเพื่อยืนยันเรื่องการดื่มน้ำ 1 แก้วหรือ 250 มล. ที่เวลา 6.30 น. (ซึ่งได้แจ้งในวันที่ 1 แล้ว) เพื่อกระตุ้นลำไส้ก่อนการนัดท้อง 30 นาที
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้มืดซิด
3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบใช้หมอนรองใต้เข่าเพื่อให้หน้าท้องหย่อน
4. ล้างมือให้สะอาด
5. ทาน้ำมันลงบนมือผู้นัดเพื่อลดแรงเสียดทานระหว่างการนัด
6. เริ่มต้นการนัด 10 ท่า (ใช้เวลา 10 นาที)
7. สังเกตอาการผิดปกติขณะนัดท้อง เช่น อัตราการเต้นของชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง หรือปวดแน่นท้องให้หยุดนัดทันที
8. ประเมินผลการขับถ่ายอุจจาระ
9. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการประเมินผลหลังการทดลองในวันที่ 16 เวลา 8.00 น.

วันที่ 16 การประเมินผลการพยาบาล มีดังนี้

เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินอาการท้องผูกโดยใช้แบบประเมินอาการท้องผูก (posttest) และมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยเรื่องการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยแผ่นพับเรื่อง “ท้องผูก เรื่องใหญ่” และแผ่นวีดิทัศน์สาธิตการนัดท้อง

ทั้งนี้ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 18



ภาพที่ 18 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอนุญาตให้กลับบ้านก่อน 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะสอนแสดงการนัดท้องให้แก่ญาติหรือผู้ดูแล และจะประเมินการนัดท้องโดย

1. .ให้ผู้ป่วยประเมินน้ำหนักในการนัด
2. ผู้วิจัยประเมินขั้นตอนการนัดท้อง เกณฑ์การประเมินคือ ญาติหรือผู้ดูแลสามารถบอกขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยก่อนการนัดท้อง ได้ครบทั้ง 4 ข้อและสามารถบอกอาการผิดปกติขณะนัดท้องได้เช่น ใจสั่น หรือปวดแน่นท้อง ญาติหรือผู้ดูแลจะได้รับการประเมินจนกว่าจะปฏิบัติได้จริง จากนั้นผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามญาติหรือผู้ดูแล เพื่อประเมินการขับถ่ายอุจจาระทุกวันจนครบ 2 สัปดาห์

จากการสังเกต พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนได้กลับบ้านภายใน 7 วัน หลังจากผู้วิจัยสอนแสดงเรื่องการนัดท้องและประเมินการนัดท้อง พบว่า ผู้ดูแลและญาติทุกคนผ่านเกณฑ์ประเมินตั้งแต่ครั้งแรก ผู้วิจัยจึงโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อสอบถามการปฏิบัติตามการนัดท้องทุกวันจนครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยสามารถติดต่อได้ทุกคนและญาติทุกคนให้ความร่วมมือในการนัดท้องและปฏิบัติตามขั้นตอนเป็นอย่างดี

จากการสังเกต กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจกับเนื้อหาในคู่มือและวิดีโอเรื่อง ท้องผูก เรื่องใหญ่ และตั้งใจฟังการสอนจากผู้วิจัย เมื่อสอนจบ กลุ่มตัวอย่างบอกว่า มีความเข้าใจมากขึ้นและจะนำวิธีการนัดท้องไปใช้ต่อแม้ว่าจะสิ้นสุดการวิจัยแล้วก็ตาม ในส่วนของการนัดหมายเพื่อติดตามกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี บอกว่าให้ผู้วิจัยติดตามเมื่อไหร่ และเวลาใดก็ได้ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ได้กลับไปทำงาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2557 (ดังแสดงในภาคผนวก ค) ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย กิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล ตลอดจนข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมวิจัย มีเอกสารให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับและกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ก่อนที่

การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ในขณะที่ดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยและผู้วิจัยจะนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์ หรือกรณีผู้ป่วยอยู่ที่บ้านจะประสานติดต่อกับหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด เพื่อดำเนินการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

ในขณะที่ทำการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการผิดปกติ เช่น อัตราการเต้นของชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง ปวดแน่นท้องอาการของโรคเลวลง หรือมีเลือดออกในทางเดินอาหารและไม่มีผู้แสดงความจำนงค์ขอออกจากการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย แจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนอาการท้องผูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

2. เปรียบเทียบคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องโดยใช้สถิติ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

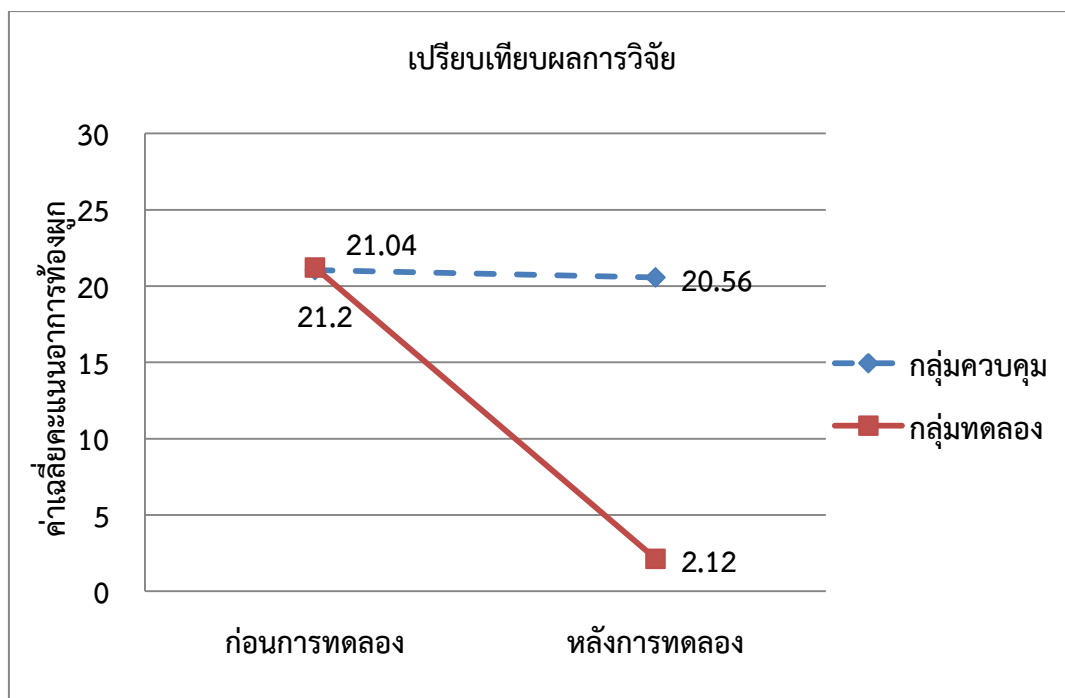
ผลการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ที่ใช้แบบแผนการวิจัยเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มไม่เท่ากัน วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Design with Nonequivalent Groups) เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ที่มีอาการท้องผูกโดยวัดจากแบบประเมินอาการท้องผูก (Agachan et al., 1996) ได้คะแนนมากกว่า 15 คะแนน เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การเปรียบเทียบอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ



ภาพที่ 19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

จากภาพที่ 19 ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าเท่ากับ 21.04 และ 21.20 ตามลำดับ ภายหลังจากการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเท่ากับ 20.56 และ 2.12 ตามลำดับ

ส่วนที่ 1 การเปรียบเทียบอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังให้
กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อน
และหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง (n=25)

อาการท้องผูก	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนได้รับกระบวนการพยาบาล ที่เน้นการนัดท้อง	21.20	2.53	24	30.43	0.000
หลังได้รับกระบวนการพยาบาล ที่เน้นการนัดท้อง	2.12	1.69			

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อน
ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง มีค่าเท่ากับ 21.20 (SD = 2.53) ภายหลังจาก
กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองเท่ากับ 2.12 (SD = 1.69) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ภายหลังจากได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องน้อยกว่าก่อนได้รับกระบวนการพยาบาลที่
เน้นการนัดท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง มีอาการท้องผูกลด
กว่าก่อนได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับ
กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท่อกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง
กลุ่มทดลองที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท่อก (n=25) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
(n=25)

	อาการท้องผูก	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อน ทดลอง	กลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาล ที่เน้นการนัดท่อก	21.20	2.53	48	.242	0.810
	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ	21.04	2.13			
หลัง ทดลอง	กลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาล ที่เน้นการนัดท่อก	2.12	1.69	48	36.78	0.000
	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ	20.56	1.85			

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท่อก มีค่าเท่ากับ 21.20 (SD = 2.53) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีค่าเท่ากับ 21.04 (SD = 2.13) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท่อก มีค่าเท่ากับ 2.12 (SD = 1.69) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 20.56 (SD = 1.85) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท่อกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท่อก มีอาการท้องผูกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ที่ใช้แบบแผนการวิจัยชนิดแบบศึกษาสองกลุ่มไม่เท่ากัน วัตก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Design with Nonequivalent Groups)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังให้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง มีอาการท้องผูกลดลงน้อยกว่าก่อนได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง มีอาการท้องผูกลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีอาการท้องผูก โดยประเมินจากแบบประเมินอาการท้องผูกของ Agachan et al (1996) ได้คะแนนการประเมินอย่างน้อย 15 คะแนน รู้สึกตัวดี ไม่มีความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการนัดท้อง ได้แก่ มีภาวะสับสน มีความบกพร่องในการรับรู้ มีการอุดตันของลำไส้ มีก้อนในช่อง

ท้อง มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ไล่เลื้อน ได้รับการฉายรังสีที่ท้อง ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายใน 6 เดือน โดยประเมินจากการสอบถามแพทย์เจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติยินดีเข้าร่วมการวิจัยและแพทย์เจ้าของไข้ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย โดยการจับคู่ตัวแปร (matched pairs) ให้มีอายุเท่ากันหรือแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพในสมองตำแหน่งเดียวกันและยาที่ใช้รักษาโรคหลอดเลือดสมองเป็นยากลุ่มเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินอาการท้องผูก (Constipation Scoring System) เป็นแบบประเมินอาการท้องผูกที่สร้างขึ้นโดย Agachan et al (1996) ซึ่งลักษณะข้อคำถามมีความสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการท้องผูกตามนิยามของ Rome III criteria (Drossman, 2006) รายละเอียดข้อคำถาม ประกอบด้วย ความถี่ของการถ่ายอุจจาระ อาการที่สัมพันธ์กับอาการท้องผูก เช่น อาการท้องและปวดบริเวณทวารหนักขณะเบ่งถ่าย รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด เวลาที่ใช้ในการถ่ายอุจจาระแต่ละครั้ง การใช้ยาหรือหัตถการเพื่อช่วยให้สามารถถ่ายอุจจาระได้ รูปแบบของการใช้ยาหรือหัตถการ ความสำเร็จในการพยายามขับถ่าย จำนวนครั้งที่เข้าส้วมเพื่อถ่ายอุจจาระใน 24 ชั่วโมง และระยะเวลาที่เกิดอาการท้องผูก การตอบข้อคำถามจะเป็นลักษณะการเลือกตอบ ซึ่งมีทั้งหมด 8 ข้อ แต่ละข้อจะมีข้อเลือกตอบ 5 ตัวเลือก การให้คะแนนคือ 0-4 ยกเว้นข้อที่ 6 จะมีข้อเลือกตอบเพียง 3 ข้อ การให้คะแนนคือ 0-2 ลักษณะการแปลผลของตัวเลือกจะแปลความหมายจากอาการท้องผูกที่แสดงจากอาการน้อยไปมาก มีคะแนน 0-30 คะแนน จุดตัดคะแนนเท่ากับ 15 คะแนน การแปลผลคือ 0-15 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการท้องผูก 16-30 คะแนน หมายถึง มีอาการท้องผูก (Agachan et al., 1996)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบประเมินอาการท้องผูก (Constipation Scoring System) เท่ากับ 1.00 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) สำหรับแบบประเมินอาการท้องผูก (Constipation Scoring System) มีค่าความเที่ยงรวมเท่ากับ .74

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 คู่มือกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง เป็นคู่มือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก สำหรับพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลอาการท้องผูกของ NANDA (NANDA International, 2014) โดยมีเนื้อหาและรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับอาการท้องผูก กลไกการขับถ่ายอุจจาระ สาเหตุ ผลกระทบ การประเมินอาการท้องผูกและการรักษาอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลเพื่อการจัดการอาการท้องผูก
3. ความรู้เกี่ยวกับการนัดท้อง
4. กิจกรรมการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 คู่มือและวិทัศน์สำหรับผู้ป่วยและญาติ เป็นคู่มือในการจัดการอาการท้องผูก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีเนื้อหาและรายละเอียดเกี่ยวกับ ความหมายของอาการท้องผูก สาเหตุ ผลกระทบและการจัดการอาการท้องผูกและการปฏิบัติการนัดท้อง

2.3 แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ เป็นแบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระขณะทำการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รายละเอียดในการจดบันทึกได้แก่ วันที่ เวลา ปริมาณ สีและลักษณะอุจจาระ

2.4 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 9 ข้อ โดยการเติมข้อความในช่องว่าง 1 ข้อ คือ อายุ และเลือกตอบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อมูล เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งที่เกิดโรค

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพื้นฐานพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ โดยการเลือกตอบ ได้แก่ ข้อมูล พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมการการดื่มน้ำ การรับประทานอาหารที่มีกากใยและพฤติกรรมการใช้ยาระบาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างวันที่ 23 กันยายน 2557 – 8 มกราคม 2558 ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง มีดังนี้

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยศึกษาค้นคว้า ทบทวน เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการอาการท้องผูก ตามแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูกที่เน้นการนวดท้อง โดยบูรณาการข้อวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA การจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC) และการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล (NIC) และศึกษาดูงานการนวดท้อง โดยเข้ารับการศึกษาอบรมและฝึกทักษะเรื่องการนวดท้องจากศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ในวันที่ 28 มกราคม 2557 เป็นเวลา 1 วัน

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลตำรวจ และหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยนำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลตำรวจ และหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือ เสนอต่อนายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2557 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ศัลยกรรม แผนกห้องฉุกเฉินและแผนกรับผู้ป่วยใน เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยศึกษาประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลตำรวจ และคัดเลือกบุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รู้สึกตัวดี และไม่มีความบกพร่องในการรับรู้

1.6 ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามรายชื่อที่ได้จากเวชระเบียน สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และทำการประเมินเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน 2557 – 8 มกราคม 2558 มีดังนี้

กลุ่มควบคุม เริ่มตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน – 28 ตุลาคม 2557

วันที่ 1

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับการพยาบาลปกติจากพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลตำรวจ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และนัดหมายเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินอาการท้องผูกจากแบบประเมินอาการท้องผูก (posttest) ในวันที่ 16

วันที่ 2-15

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลปกติจากพยาบาลประจำการ ที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ได้แก่

1. การประเมินอาการท้องผูก โดยการประเมินจำนวนครั้งในการขับถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ ปริมาณอาหารและน้ำดื่ม และความสามารถในการทำกิจกรรม

2. การวินิจฉัยการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินมา กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล

3. การวางแผนการพยาบาล โดยการให้ความรู้และให้กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดอาการท้องผูก

4. ให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการท้องผูก ได้แก่ การแนะนำให้ผู้ป่วยขับถ่ายทุกครั้งเมื่อปวดถ่ายอุจจาระ จัดให้ขับถ่ายในท่านั่งหรือศีรษะสูง แนะนำและจัดให้ดื่มน้ำ วันละ 2,000 – 2,500 มล. ยกเว้นมีข้อห้าม แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ จัดเวลาการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาเดิมตามสุขนิสัยของผู้ป่วย ช่วยกระตุ้นให้มีการขับถ่ายตามเวลา กระตุ้นให้เคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายและดูแลให้ยาระบายตามคำสั่งแพทย์

5. ประเมินผลการพยาบาล โดยประเมินการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะของอุจจาระ

วันที่ 16

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินอาการท้องผูกจากแบบประเมินอาการท้องผูก (post-test) ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 5 นาที และให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ มีเนื้อหา 5 หัวข้อ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ความหมายของอาการท้องผูก
2. สาเหตุของอาการท้องผูก
3. ผลกระทบจากอาการท้องผูก

4. การจัดการอาการท้องผูก

5. สอนแสดงการนวดท้อง

และมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยเรื่องการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยแผ่นพับเรื่อง “ท้องผูก เรื่องใหญ่” และแผ่นวีดิทัศน์สาธิตการนวดท้อง

กลุ่มทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 30 ตุลาคม 2557 – 8 มกราคม 2558

วันที่ 1

1. การรวบรวมข้อมูลและการประเมินด้านต่างๆ

1.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูกและการรักษาของแพทย์ จากเวชระเบียน รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพื้นฐานพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่างๆ ประกอบด้วยพฤติกรรมกรับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมการดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่มีกากใยและ พฤติกรรมการใช้ยาระบาย ประเมินระดับความสามารถ ข้อจำกัดในการปฏิบัติการนวดท้องของญาติและผู้ดูแลในการปฏิบัติการนวดท้อง และประเมินความเหมาะสมของช่วงเวลาในการปฏิบัติการนวดท้อง เพื่อไม่ให้กระทบต่อกิจกรรมพยาบาลอื่นๆและการทำกายภาพ

1.3 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และแจ้งข้อปฏิบัติก่อนการนวดท้อง คือ จะเริ่มปฏิบัติการนวดท้องโดยผู้วิจัยในวันถัดไป เริ่มเวลา 7.00-7.30 น. และก่อนนวดท้อง 30 นาที (เวลา 6.30 น.) ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1 แก้วหรือ 250 มล. เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ การนวดท้องจะปฏิบัติทุกวัน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ (วันที่ 2-15) ที่โรงพยาบาลตำรวจ

2. การวินิจฉัยการพยาบาล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ แปลความหมาย และระบุปัญหา เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ

3. การวางแผนการพยาบาล จากข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานด้านพฤติกรรมต่างๆ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เชื่อมโยงการวางแผนการพยาบาลกับแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาล ของ NANDA โดยบูรณาการการจำแนกกิจกรรมการพยาบาล และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูก ผู้วิจัยได้นำการนวดท้อง ซึ่งเป็นบทบาทอิสระและเป็นที่ยอมรับในการจัดการอาการท้องผูก ตามวิธีของ Sinclair (2011) ซึ่งนิยม

ใช้กันอย่างแพร่หลายและได้ผลดี (Smith, 2013) มาใช้ในการจัดการอาการท้องผูก เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนวดท้อง เป็นการจัดการอาการท้องผูกที่ส่งผลโดยตรงต่อลำไส้ (Sinclair, 2011) กล่าวคือ การนวดท้องเป็นการไปเพิ่มแรงดันในช่องท้อง แรงดันจะทำให้ผนังลำไส้ส่วน rectum โป่งออก เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อหูรูดด้านในทวารหนัก ส่งผลให้เกิดความรู้สึกปวดถ่าย (Liu et al., 2005; Sinclair, 2011) และการนวดท้องเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้ (Lamas et al., 2009; McClurg. et al., 2011; Smith, 2013)

วันที่ 2-15 การปฏิบัติการนวดท้อง (ทุกวัน เวลา 7.00-7.30 น.)

นำแผนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องไปปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก ตามวิธีการของ Sinclair (2011) โดยใช้เวลาในการปฏิบัติครั้งละ 30 นาที ทุกวันช่วงเช้า เป็นระยะเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. สอบถามผู้ป่วยเพื่อยืนยันเรื่องการดื่มน้ำ 1 แก้วหรือ 250 มล. ที่เวลา 6.30 น. (ซึ่งได้แจ้งในวันที่ 1 แล้ว) เพื่อกระตุ้นลำไส้ก่อนการนวดท้อง 30 นาที
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้มืดซิด
3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบใช้หมอนรองใต้เข่าเพื่อให้หน้าท้องหย่อน
4. ล้างมือให้สะอาด
5. ทาน้ำมันลงบนมือผู้นวดเพื่อลดแรงเสียดทานระหว่างการนวด
6. เริ่มต้นการนวด 10 ท่า (ใช้เวลา 10 นาที)
7. สังเกตอาการผิดปกติขณะนวดท้อง เช่น อัตราการเต้นของชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิต

สูง หรือปวดแน่นท้องให้หยุดนวดทันที

8. ประเมินผลการขับถ่ายอุจจาระ
9. นัดชมยกกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการประเมินผลหลังการทดลองในวันที่ 16 เวลา 8.00 น.

วันที่ 16 การประเมินผลการพยาบาล มีดังนี้

เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินอาการท้องผูกโดยใช้แบบประเมินอาการท้องผูก (posttest) และมอบคู่มือสำหรับผู้ป่วยเรื่องการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยแผ่นพับเรื่อง “ท้องผูก เรื่องใหญ่” และแผ่นวีดิทัศน์ สาธิตการนวดท้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. เปรียบเทียบอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องโดยใช้สถิติ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. เปรียบเทียบอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องน้อยกว่าก่อนได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องลดลงกว่าก่อนได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้

ผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้จากแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล อาการท้องผูกของ NANDA และการนวดท้อง กล่าวคือ การพยาบาล เป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อสนองต่อความต้องการพื้นฐานในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลจะกระทำอย่างมีระบบภายใต้ขั้นตอนต่างๆของกระบวนการพยาบาล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์, 2552) ทั้งนี้การนำกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ซึ่งเป็นเครื่องมือ

ทางการพยาบาลที่เป็นสากล และเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของวิชาชีพการพยาบาล ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีระบบและนำไปสู่การแก้ปัญหาอาการท้องผูกได้อย่างมีคุณภาพ (จันทร์ทิรา เจียรณัย และศรีธัญญา จุฬารี, 2557) โดยผ่านกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ

1. การประเมิน (Assessment) อาการท้องผูก โดยอาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุของปัญหา โดยอาศัยความสามารถในด้านต่างๆ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ตำแหน่งของการเกิดพยาธิสภาพในสมองที่ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก ข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการท้องผูก เช่น พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมการดื่มน้ำและอาหารที่มีกากใย พฤติกรรมการใช้ยาระบายและพฤติกรรมการออกกำลังกายหรือระดับความสามารถในการทำกิจกรรม เป็นต้น

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นพื้นฐานในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเมื่อนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยแล้วจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พยาบาลรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพ (NANDA, 2009 อ้างถึงใน วิพร เสนารักษ์, 2554) การวินิจฉัยการพยาบาล คือ การนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาวิเคราะห์ แปลความหมายและระบุปัญหา เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาลของ NANDA เนื่องจากเป็นการวินิจฉัยการพยาบาลที่เป็นสากล

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นขั้นตอนที่ต้องนำความรู้ทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา เป็นการแสดงถึงแนวคิดในการสร้างกลยุทธ์เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการซึ่งสามารถกระทำได้ตั้งแต่แรกกับผู้รับบริการไว้ในความดูแล (จันทร์ทิรา เจียรณัย และศรีธัญญา จุฬารี, 2557) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน มาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผู้วิจัยวางแผนการพยาบาลโดยใช้การจำแนกกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเป็นการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้ภาษามาตรฐานทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้กับทุกสาขาการพยาบาล และเป็นบทบาทอิสระที่สามารถกระทำได้อย่างสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยได้เชื่อมโยงการวางแผนการพยาบาลกับแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาล ของ NANDA และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ การจะปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพได้นั้นต้องมีการเตรียมการที่ดี ผู้ปฏิบัติต้องมีความคิดสร้างสรรค์ ละเอียดรอบคอบ มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล ไวต่อสถานการณ์และคำนึงถึงความแตกต่างของผู้รับ

การแต่ละคน (จันทร์ทิตรา เจียรณัย และศรัญญา จุฬารี, 2557) การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก คือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการท้องผูก สาเหตุภาวะแทรกซ้อนและการจัดการอาการท้องผูกโดยไม่ใช้ยา และเพื่อให้การจะปฏิบัติการพยาบาลบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ ผู้วิจัยได้นำวิธีการนวดท้องของ (Sinclair, 2011) มาเสริมในการปฏิบัติการพยาบาล กล่าวคือ การนวดท้อง เป็นการกระตุ้นให้เกิดกลไกการขับถ่ายอุจจาระที่ส่งผลโดยตรงต่อลำไส้ (Sinclair, 2011) การนวดท้อง การไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทโซมาติกและระบบประสาทอัตโนมัติในส่วนของ การขับถ่ายอุจจาระ ส่งผลให้เกิดการผลักไล่มากอาหาร (mass peristalsis) ในลำไส้ใหญ่ เมื่อมากอาหารลงมาดันในลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectum) จะโป่งออก ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ซึ่งมีใยประสาทที่รับรู้การดันยี้ด (Cholinergic parasympathetic fiber) จะเกิดการตอบสนองตามมากคือ กระตุ้นให้รู้สึกปวดถ่ายโดยส่งผลให้กล้ามเนื้อหูรูดด้านในทวารหนัก (Internal anal sphincter) เกิดการคลายตัว (Liu et al., 2005) และการนวดท้องเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ช่วยลดระยะเวลาที่มากอาหารอยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้ (Lamas. et al., 2009; McClurg. et al., 2011; Smith, 2013)

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนการตัดสินใจการให้การพยาบาลที่ให้กับผู้รับบริการว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ประเมินผลที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายนั้น เพื่อตัดสินใจว่าควรยุติการให้การพยาบาล คงการพยาบาลนั้นไว้ หรือปรับปรุงแก้ไขเปลี่ยนแปลงใหม่ (จันทร์ทิตรา เจียรณัย และศรัญญา จุฬารี, 2557)

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพซึ่งเป็นทั้งแก่นและสาระของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีรูปแบบ ขั้นตอนเป็นระบบระเบียบที่ไม่หยุดนิ่ง การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาลช่วยหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ซ้ำซ้อนและผิดพลาดที่มีผลทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรโดยไม่จำเป็น และสามารถนำไปใช้เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินเพื่อการรับรองมาตรฐานคุณภาพของแหล่งให้บริการ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ (จันทร์ทิตรา เจียรณัย และศรัญญา จุฬารี, 2557) ผู้วิจัยได้นำกระบวนการพยาบาลและการนวดท้องดังกล่าวมาวิเคราะห์ เพื่อจัดกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก เพื่อช่วยลดอาการท้องผูก และใช้กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของคนในครอบครัว สร้างความสัมพันธ์ภาพอันดีในครอบครัว ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล ลดผลกระทบจากอาการท้องผูกและผลกระทบจากการใช้ยาระบาย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Lamas. et al., 2009; Smith, 2013)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lamas et al (2009) ที่สนับสนุนว่าการนวดท้องช่วยลดอาการท้องผูกได้ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกจำนวน 60 ราย ให้นักลุ่มทดลองได้รับการนวดท้องและยาระบายควบคู่กันไป เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับยาระบายเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า การนวดท้องสามารถเพิ่มการกระตุ้นของลำไส้และลดอาการไม่สบายของระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ถ่ายเหลวและท้องผูกได้ แต่ควรใช้ควบคู่กับยาระบาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ McClurg et al (2011) ที่ศึกษาผลของการนวดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรค Multiple sclerosis จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำให้นวดท้อง นาน 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้เพียงคำแนะนำเรื่องการจัดการอาการท้องผูก ผลจากการวิจัยพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนของอาการท้องผูกลดลง แต่กลุ่มทดลองที่ได้รับคำแนะนำให้นวดท้องมีคะแนนอาการท้องผูกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับผลการศึกษาแบบ Systematic review ของ Sinclair (2011) ที่ศึกษาจากงานวิจัยเกี่ยวกับการนวดท้องในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกเรื้อรัง (Ernst, 1999) ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Preece, 2002) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Jeon & Jung, 2005) และในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง (Albers et al., 2006) และ (Ayas, Leblebici, Sozay, Bayramoglu, & Niron, 2006) จากการศึกษาสรุปได้ว่าการนวดท้องเป็นอีกการรักษาที่ได้รับการยอมรับในการจัดการอาการท้องผูกได้ ค่าใช้จ่ายน้อย ไม่ส่งผลเสียต่อร่างกายและผู้ป่วยสามารถทำได้เอง

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภีรพร ด้านธีระภากุล (2547) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเองและญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันภาวะท้องผูกของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วย กิจกรรมเพิ่มความรู้เรื่องภาวะท้องผูกและการป้องกันภาวะท้องผูก การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและการนวดท้อง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเองและญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันภาวะท้องผูกของผู้สูงอายุสามารถนำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุได้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ พวงผกา มั่นหมาย (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกต่ออุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เพื่อป้องกันอาการท้องผูก 2) ให้น้ำดื่ม 1,500-2,000 มล. ต่อวัน 3) กิจกรรมการออกกำลังกาย โดยการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน การนวดท้อง และ 4) ฝึกสุขนิสัยการขับถ่าย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุก่อนผ่าตัดมีอุบัติการณ์เกิดอาการท้องผูก และระดับความรุนแรงของการเกิดอาการท้องผูกหลังผ่าตัด น้อยกว่าผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มควบคุม และการศึกษาของวาสนา บุตรปัญญา และคณะ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกัน

อาการท้องผูกต่ออัตราการเกิดท้องผูกและความรุนแรงของอาการท้องผูกในผู้ป่วยระบบประสาท กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูล การส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระ อาหาร น้ำ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลปกติ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกสามารถลดการเกิดอาการท้องผูกและระดับความรุนแรงของอาการท้องผูกได้

จากหลักฐานและเหตุผลสนับสนุนดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า การใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมิน 2) การวินิจฉัยการพยาบาลตามแนวคิดของ NANDA 3) การวางแผนการพยาบาล โดยบูรณาการการจำแนกกิจกรรมพยาบาล และการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (NOC) 4) การปฏิบัติการพยาบาล ตามการจำแนกกิจกรรมพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง ตามวิธีการนวดของ Sinclair (2011) และ 5) การประเมินผลการพยาบาลตามการจำแนกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องมีอาการท้องผูกลดลงกว่าก่อนได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้อง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้

เนื่องจากรูปแบบการพยาบาลปกติ เป็นการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ การประเมินอาการท้องผูก โดยการประเมินจำนวนครั้งในการขับถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ ปริมาณอาหารและน้ำดื่ม และความสามารถในการทำกิจกรรม การวินิจฉัยการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล โดยการให้ความรู้และให้กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดอาการท้องผูก ให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการท้องผูก ได้แก่ การแนะนำให้ผู้ป่วยขับถ่ายทุกครั้ง เมื่อปวดถ่ายอุจจาระ จัดให้ขับถ่ายในท่านั่งหรือศีรษะสูง แนะนำและจัดให้ดื่มน้ำ วันละ 2,000 – 2,500 มล. ยกเว้นมีข้อห้าม แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ จัดเวลาการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาเดิมตามสุขนิสัยของผู้ป่วย ช่วยกระตุ้นให้มีการขับถ่ายตามเวลา กระตุ้นให้เคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายและดูแลให้ยาระบายตามคำสั่งแพทย์และการประเมินผลการพยาบาล โดยประเมินการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะของอุจจาระ แต่อย่างไรก็ตาม การพยาบาลปกติไม่ได้เน้นกิจกรรมการนวดท้องเพื่อจัดการอาการท้องผูกกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีสาเหตุของการเกิดอาการท้องผูกแตกต่างไปจากโรคอื่นๆ ซึ่งการใช้กระบวนการที่เน้นการนวดท้อง เป็นการจัดการอาการท้องผูกที่ส่งผลโดยตรงต่อลำไส้ (Sinclair,

2011) กล่าวคือ การนวดท้อง เป็นการกระตุ้นให้เกิดกลไกการขับถ่ายอุจจาระที่ส่งผลโดยตรงต่อลำไส้ (Sinclair, 2011) การนวดท้อง เป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาติกและระบบประสาทอัตโนมัติในส่วนของ การขับถ่ายอุจจาระ ส่งผลให้เกิดการผลักไล่กากอาหาร (mass peristalsis) ในลำไส้ใหญ่ เมื่อกากอาหารลงมาต้นในลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectum) จะโป่งออก ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ซึ่งมีใยประสาทที่รับรู้การดันยัด (Cholinergic parasympathetic fiber) จะเกิดการตอบสนองตามมาคือ กระตุ้นให้รู้สึกปวดถ่ายโดยส่งผลให้กล้ามเนื้อหูรูดด้านในทวารหนัก (Internal anal sphincter) เกิดการคลายตัว (Liu et al., 2005) และการนวดท้องเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้ (Lamas. et al., 2009; McClurg. et al., 2011; Smith, 2013)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Harrington & Haskvitz (2006) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดทางร่างกาย (Physical therapy) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหาร และมีอาการท้องผูก ที่ประกอบด้วยการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน กล้ามเนื้อบริเวณหูรูดรอบทวารหนัก ร่วมกับการนวดหน้าท้องเพื่อช่วยลดอาการท้องผูกทุกวัน เป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีการทำงานของระบบทางเดินอาหารที่ดีขึ้น สามารถถ่ายอุจจาระได้เอง และจากการตรวจกำลังของกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานและรอบทวารหนัก มีประสิทธิภาพมากขึ้น และการศึกษาของภริพร ด้านธีระภากุล (2547) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเองและญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันภาวะท้องผูกของผู้สูงอายุ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย กิจกรรมเพิ่มความรู้เรื่องภาวะท้องผูกและการป้องกันภาวะท้องผูก การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและการนวดท้อง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะท้องผูก มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตน มีความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา บุตรปัญญา และคณะ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกต่ออัตราการเกิดท้องผูกและความรุนแรงของอาการท้องผูกในผู้ป่วยระบบประสาท ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูล การส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระ อาหาร น้ำ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกมีอัตราการเกิดอาการท้องผูกและระดับความรุนแรงของการเกิดอาการท้องผูกลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องมีอาการท้องผูกลดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยเรื่องผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ ถึงแม้จะให้ผลการวิจัยเป็นที่น่าพอใจ แต่การนำกิจกรรมการพยาบาลไปใช้ ควรมีการปรับรายละเอียดของกิจกรรมหรือส่วนย่อยของกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่ยังคงยึดแนวมาตรฐานของกิจกรรมการพยาบาลไว้ เช่น เวลาที่ใช้ในการนัดท้องไม่ควรเกิน 15 นาที และนัดด้วยความแรงระดับเบาหรือปานกลาง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ส่วนลำดับท่าที่ใช้ในการนัดอาจมีการปรับเปลี่ยนได้ แต่ยังคงยึดท่ามาตรฐาน 4 ท่า คือการลูบ การคลึง การเคาะและการสั่น เพื่อคงประสิทธิภาพของการนัดท้อง เป็นต้น

นอกจากนี้ จากการประเมินอาการท้องผูกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลายรายมีอาการท้องผูกจนเกิดภาวะอุจจาระอุดตัน (Impaction) ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนัดท้องได้ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือปวดท้อง เป็นต้น ดังนั้นจึงควรให้ยาระบายเพื่อลดอาการท้องผูกก่อนปฏิบัติการนัดท้อง

2. ด้านการศึกษา ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาการเรียนการสอนเรื่องการนัดท้องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับนักศึกษาพยาบาล หรือจัดอบรมความรู้แก่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ด้านการวิจัย สำหรับนักวิจัยควรนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. ด้านการบริหาร ควรสนับสนุนให้นำผลการวิจัยไปใช้ เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติ และส่งเสริมภาพลักษณ์ให้กับโรงพยาบาลโดยสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอน สื่อและอุปกรณ์ต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในรายที่ไม่ถ่ายอุจจาระเกิน 3 วัน หรือมีภาวะอุจจาระอัดแน่น ควรให้ยาระบายเพื่อลดอาการท้องผูกก่อนปฏิบัติการนัดท้อง เนื่องจากภาวะอุจจาระอัดแน่น อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือปวดท้องในขณะนัดท้องได้

2. จากการประเมินการขับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยางประเภทนม และมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้ป่วยจะขับถ่ายอุจจาระได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยางประเภทอื่นๆ หรือผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่น้อยกว่า ดังนั้น จึงควรนำมาพิจารณาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือเกณฑ์ในการจับคู่

3. ควรพิจารณาเลือกสื่อการสอนให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติกรณวดห้องเองที่บ้าน บางรายอาจไม่สะดวกในการใช้สื่อแบบวีดิทัศน์



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ). (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา สันตยากร. (2554). การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนแนวคิดและประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน. พิษณุโลก โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จันทนา จินาวงศ์. (2553). แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยประสาทศัลยศาสตร์. วารสารพยาบาล, 59(4), 42-47.
- จันทร์ทิวา เจียรณัย และศรัณญา จุฬาริ. (2557). เอกสารประกอบการบรรยาย กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- จินตนา เพ็ญจันทร์. (2546). การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ผลการวิจัยเพื่อป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- दनัย ลิ้มมธุรสสกุล และสุเทพ กลชาญวิทย์. (2550). โรคทางเดินอาหารและการรักษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดิชยา รัตนากร บรรณาธิการ. (2554). *Current practice guide to stroke management* (พิมพ์ครั้งที่ 2): กรุงเทพฯ : สวีชาการพิมพ์
- นภาพร เฉลิมพรพงศ์. (2545). ผลของการให้ดื่มน้ำตอนเช้าเพื่อกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีภาวะท้องผูก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา. (2550). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรจบ ชุมทสวัสดีกุล. (2538). ท้องผูกหายได้ด้วยธรรมชาติ. กรุงเทพฯ : รวมทรรศน์.
- ประดิษฐ์ ประทีปวงษ์. (2553, 11 ตุลาคม 2553). นวดเพื่อสุขภาพ. Retrieved 28 กุมภาพันธ์ 2558, from <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=344>
- ประโยชน์ บุญสินสุข. (2543). คู่มือการนวด (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : ก่อกิจการพิมพ์.

- ประเวศ วะสี. (2531). ฟังตนเองในชุมชน. ขอนแก่น: สถาบันศึกษาและพัฒนา
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2532). ผลของการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระต่อภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล) สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ). (2553). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ.
กรุงเทพฯ: บริษัท ไอกรุป เพรส จำกัด.
- พวงผกา นันทหมาย. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่เข้ารับ
การผ่าตัดกระดูกสะโพก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตติยา จินดาหาวา. (2539). การนวด. กรุงเทพฯ: คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). (2552). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. เล่ม 4. (พิมพ์ครั้งที่ 10).
กรุงเทพฯ โครงการตำราภาควิชาการพยาบาลศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมบัติ ตาปัญญา. (2538). ศิลปะการนวดแบบไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดวงกมล.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2555). รายงานผลการศึกษาระโรคและการ
บาดเจ็บของประเทศไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์ จำกัด.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลิ้มอำนวยการ และวิพร เสนารักษ์. (2552). กระบวนการพยาบาล
ทฤษฎีการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 17). ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุชาติ พุทธิเจริญรัตน์. (2554). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข
ปีงบประมาณ 2554. กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- สุคนธ์ประนอม สมันตเวทิน และวรวรรณ กิ่งแก้วก้านทอง. (2547). พยาธิสรีรวิทยาสำหรับพยาบาล
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- สุเทพ กลชาณวิทย์. (2550). โรคทางเดินอาหารและการรักษา 1. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา วิจิตร. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการป้องกันภาวะท้องผูกใน
ผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยพิเศษรวม ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
(พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Adams, H. P., Zoppo, G. d., Alberts, M. J., Bhatt, D. L., Brass, L., Furlan, A., . . . Wijdicks,
E. F. M. (2007). Guidelines for the early management of adults with ischemic

stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Circulation*, 115(20), e478-534.

- Agachan, F., Chen, T., Pfeifer, J., Reissman, P., & Wexner, S. D. (1996). A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Dis Colon Rectum*, 39(6), 681-685.
- Albers, B., Cramer, H., Fischer, A., Meissner, A., Schurenberg, A., & Bartholomeyczik, S. (2006). [Abdominal massage as intervention for patients with paraplegia caused by spinal cord injury--a pilot study]. *Pflege Z*, 59(3), 2-8.
- Ayas, S., Leblebici, B., Sozay, S., Bayramoglu, M., & Niron, E. A. (2006). The effect of abdominal massage on bowel function in patients with spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil*, 85(12), 951-955.
- Bejot, Y., Benatru, I., Rouaud, O., Fromont, A., Besancenot, J. P., Moreau, T., & Giroud, M. (2007). Epidemiology of stroke in Europe: Geographic and environmental differences. *Journal of the Neurological Sciences*, 262(1-2), 85-88.
- Bharucha, A. E. (2004). Treatment of Severe and Intractable Constipation. *Curr Treat Options Gastroenterol*, 7(4), 291-298.
- Bracci, F., Badiali, D., Pezzotti, P., Scivoletto, G., Fuoco, U., Lucente, L. D., . . . Corazziari, E. (2007). Chronic constipation in hemiplegic patients. *World J Gastroenterol*, 13(29), 3967-3972.
- Broussard, B. S. (1998). The constipation assessment scale for pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 27(3), 297-301.
- Cai, W., Wang, L., Guo, L., Wang, J., Zhang, X., Cao, W., & Sheng, X. (2013). [Correlation analysis between post-stroke constipation and brain injury]. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao*, 33(1), 117-120.

- Chen, Y.-d., Li, S.-j., Sun, F.-h., Liu, Y.-y., & Hu, W.-l. (2011). Monitoring of medical complications after acute ischemic stroke in neurological intensive care unit. *Eur Neurol*, *66*, 204-209.
- Chin A Paw, M., van Poppel, M., & van Mechelen, W. (2006). Effects of resistance and functional-skills training on habitual activity and constipation among older adults living in long-term care facilities: a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, *6*(1), 9.
- Cochran, W. G., & Cox, G. M. (1992). *Experimental Designs* (2nd ed.). John Wiley and Sons: New York.
- Coggrave, M. (2008). Neurogenic continence. Part 3: Bowel management strategies. *British Journal of Nursing*, *17*(15), 962-968.
- DeVellis, R. F. (2012). Scale development: Theory and applications 3. Retrieved September 17, 2013, from https://marketing-centrum.de/mcm/studium/veranstaltungen/downloads/2012_SS/Survey_Research/DeVellisScaleDevelopmentohneRand.pdf.
- Drossman, D. A. (2006). The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*, *130*(5), 1377-1390.
- Duraski, S. A., Denby, F. A., & Clemens, J. Q. (2009). *Bladder and bowel management after stroke* (R. L. H. Joel Stein, Caro Zonowitz, George F. Wittenberg Ed. 2 ed.). New York: Demos Medical Publishing.
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological nursing*. (7th ed.). Philadelphia Wolters Kluwer Health: Lippincott.
- Emly, M., Wilson, L., & Darby, J. (2001). Abdominal massage for adults with learning disabilities. *Nurs Times*, *97*(30), 61-62.
- Ernst, E. (1999). Abdominal massage therapy for chronic constipation: A systematic review of controlled clinical trials. *Forsch Komplementarmed*, *6*(3), 149-151.
- Eun-Nam, L., Jung-Won, K., & Myeong-Soo, L. (2010). Meridian massage therapy for treating constipation in patients with stroke: a systematic review. *The journal of Korean acupuncture & moxibustion society*, *27*(3), 59-64.

- Frank, L., Flynn, J., & Rothman, M. (2001). Use of a self-report constipation questionnaire with older adults in long-term care. *Gerontologist, 41*(6), 778-786.
- Frank, L., Kleinman, L., Farup, C., Taylor, L., & Miner, P., Jr. (1999). Psychometric validation of a constipation symptom assessment questionnaire. *Scand J Gastroenterol, 34*(9), 870-877.
- Ginsberg, D. A., Phillips, S. F., Wallace, J., & Josephson, K. L. (2007). Evaluating and managing constipation in the elderly. *Urologic Nursing, 27*(3), 191-200.
- Graham, D. (1884). A Practical treatise on massage (2nd ed.). New York: W. Wood & company, อ้างถึงใน ชรินทร์ ลีวานันท์. (2549, 28 มีนาคม 2549). Thai Traditional Massage for Back Pain. Retrieved 17 กันยายน 2556, from http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=270:thai-traditional-massage-for-back-pain&catid=65:2009-09-09-50-48&Itemid=93
- Griffenberg, L., Morris, M., Atkinson, N., & Levenback, C. (1997). The effect of dietary fiber on bowel function following radical hysterectomy: a randomized trial. *Gynecol Oncol, 66*(3), 417-424.
- Harari, D., Norton, C., Lockwood, L., & Swift, C. (2004). Treatment of constipation and fecal incontinence in stroke patients: randomized controlled trial. *Stroke, 35*, 2549 -2555.
- Harrington, K. L., & Haskvitz, E. M. (2006). Managing a Patient's Constipation with Physical Therapy. *Physical Therapy, 86*(11), 1511-1519.
- Hinds, J. P., Eidelman, B. H., & Wald, A. (1990). Prevalence of bowel dysfunction in multiple sclerosis. A population survey. *Gastroenterology, 98*(6), 1538-1542.
- Hsin-Ling, C. (2013). Small bowel intramural hematoma secondary to abdominal massage. *The American Journal of Emergency Medicine, 31*(4), 758.e753-754.
- Jeon, S. Y., & Jung, H. M. (2005). [The effects of abdominal meridian massage on constipation among CVA patients]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi, 35*(1), 135-142.
- Kernan, W. N., Ovbiagele, B., Black, H. R., Bravata, D. M., Chimowitz, M. I., Ezekowitz, M. D., . . . Heck, D. V. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack a guideline for healthcare

- professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(7), 2160-2236.
- Kim, M. A., Sakong, J. K., Kim, E. J., Kim, E. H., & Kim, E. H. (2005). Effect of aromatherapy massage for the relief of constipation in the elderly. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35(1), 56-64.
- Knowles, C. H., Eccersley, A. J., Scott, S. M., Walker, S. M., Reeves, B., & Lunniss, P. J. (2000). Linear discriminant analysis of symptoms in patients with chronic constipation: validation of a new scoring system (KESS). *Dis Colon Rectum*, 43(10), 1419-1426.
- Kollef, M. H., & Schachter, D. T. (1991). Acute pulmonary embolism triggered by the act of defecation. *Chest*, 99(2), 373-376.
- Kumar, S., Selim, M. H., & Caplan, L. R. (2010). Medical complications after stroke. *The Lancet Neurology*, 9, 105-118.
- Kyle, G. (2011). Managing constipation in adult patients. *Nurse Prescribing*, 9(10), 482-490.
- Kyle, G. (2012). Constipation: symptoms, assessment and treatment. *British Journal of Nursing*, 20(22), 1432.
- Lacy, B. E., & Cole, M. S. (2004). Constipation in the older adult. *Clinical Geriatrics*, 12(11), 44-45.
- Lamas., K., Lindholm., L., Stenlund., H., Engstrom., B., & Jacobsson., C. (2009). Effects of abdominal massage in management of constipation--a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 46(6), 759-767.
- Lawes, C. M. M., Bennett, D. A., Feigin, V. L., & Rodgers, A. (2004). Blood pressure and stroke: an overview of published reviews. *Stroke*, 35(4), 1024.
- Lin, C. J., Hung, J. W., Cho, C. Y., Tseng, C. Y., Chen, H. Y., Lin, F. C., & Li, C. Y. (2013). Poststroke constipation in the rehabilitation ward: incidence, clinical course and associated factors. *Singapore Med J*, 54(11), 624-629.
- Lidell, L. (1984). *The book of massage* London: Gaia Books Limited, อ้างถึงใน พิสิฐ วงศ์วัฒน์. (2539). นวดกายคลายโรค. กรุงเทพฯ: บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.

- Liu, Z., Sakakibara, R., Odaka, T., Uchiyama, T., Yamamoto, T., Ito, T., & Hattori, T. (2005). Mechanism of abdominal massage for difficult defecation in a patient with myelopathy. *Journal of Neurology*, 252(1280-1282).
- Luca, G., Domenico, P., Caterina, P., & Giovambattista, D. S. (2012). Constipation Treatment in Neurological Disorders, Constipation -Causes, Diagnosis and Treatment. Retrieved 2013, September 17, from <http://www.intechopen.com/books/constipationcauses-diagnosis-and-treatment/constipation-treatment-in-neurological-disorders>.
- McClurg., D., Hagen., S., Hawkins., S., & Lowe-Strong., A. (2011). Abdominal massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: a randomized controlled feasibility study. *Multiple Sclerosis Journal*, 17(2), 223-233.
- McMillan, S. C., & Williams, F. A. (1989). Validity and reliability of the Constipation Assessment Scale. *Cancer Nurs*, 12(3), 183-188.
- Mentes, J. C., & Kang, S. (2013). Evidence-Based Practice Guideline Hydration Management. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(2), 11-19.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., . . . Turner, M. B. (2015). Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 131(4), e29-322.
- Mugie, S. M., Benninga, M. A., & Lorenzo, C. D. (2011). Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 25, 3-18.
- Munchiando, J. F., & Kendall, K. (1993). Comparison of the Effectiveness of Two Bowel Programs for CVA Patients. *Rehabilitation Nursing*, 18(3), 168-172.
- NANDA International. (2014). *Nursing Diagnoses 2012-2014: Definitions and Classification*: John Wiley & Sons.
- National Digestive Disease Clearinghouse. (2007). Constipation. Retrieved September 17, 2013, from Available from http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/constipation/Constipation_508.pdf

- North American Nursing Diagnosis Association. (2009). Nursing diagnoses: definitions and classification 2009-2011. Oxford : Wiley-Blackwell, อ้างถึงใน วิพร เสนารักษ์. (2554). การวินิจฉัยการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 15). ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์.
- Osterberg, A., Graf, W., Karlbom, U., & Pahlman, L. (1996). Evaluation of a questionnaire in the assessment of patients with faecal incontinence and constipation. *Scand J Gastroenterol*, 31(6), 575-580.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/lippincott Williams & Wilkins.
- Preece, J. (2002). Introducing abdominal massage in palliative care for the relief of constipation. *Complement Ther Nurs Midwifery*, 8(2), 101-105.
- Rao, S. S. C. (2011). Biofeedback therapy for constipation in adults. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 25(1), 159-166.
- Sakakibara, R., Tsunoyama, K., Hosoi, H., Tahashi, O., Sugiyama, M., Kishi, M., . . . Yamanichi, T. (2010). Influence of Body Position on Defecation in Humans. *LUTS*, 2, 16-21.
- Salvo, S. G. (2011). *Massage Therapy: Principles and Practice* (4th ed.). Canada: Elsevier Saunders.
- Sinclair, M. (2011). The use of abdominal massage to treat chronic constipation. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 15(4), 436-445.
- Slappendel, R., Simpson, K., Dubois, D., & Keininger, D. L. (2006). Validation of the PAC-SYM questionnaire for opioid-induced constipation in patients with chronic low back pain. *Eur J Pain*, 10(3), 209-217.
- Smith, G. D. (2013). Abdominal massage for constipation: techniques, evidence base and safety. *Gastrointestinal Nursing*, 11(1), 13-14.
- Su, Y., Zhang, X., Zeng, J., Pei, Z., Cheung, R. T. F., Zhou, Q. P., . . . Zhang, Z. (2009). New-onset constipation at acute stage after first stroke incidence, risk factors, and impact on the stroke outcome. *Stroke*, 40(1304-1309).
- Tack, J. F. (2011). Current and future therapies for chronic constipation. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 25(1), 151-158.

- Tariq, S. H. (2007). Constipation in long term care. *Journal of The American Medical Directors Association, 8*, 209-218.
- The Intercollegiate Stroke Working Party. (2012). *National clinical guideline for stroke* (4th ed.): Royal College of Physicians.
- Thorvaldsen, P., Kuulasmaa, K., Rajakangas, A. M., Rastenyte, D., Sarti, C., & Wilhelmsen, L. (1997). Stroke trends in the WHO MONICA project. *Stroke, 28*(3), 500-506.
- Ullman, T., & Reding, M. (1996). Gastrointestinal dysfunction in stroke. *Semin Neurol, 16*(3), 269-275.
- Varma, M. G., Wang, J. Y., Berian, J. R., Patterson, T. R., McCrea, G. L., & Hart, S. L. (2008). The constipation severity instrument: a validated measure. *Dis Colon Rectum, 51*(2), 162-172.
- Vasanwala, F. F. (2009). Management of chronic constipation in the elderly. *The Singapore Family Physician, 35*(3), 84-92.
- Venn, M. R., Taft, L., Carpentier, B., & Applebaugh, G. (1992). The influence of timing and suppository use on efficiency and effectiveness of bowel training after a stroke. *Rehabilitation Nursing, 17*(3), 116-121.
- Wald, A., & Sigurdsson, L. (2011). Quality of life in children and adults with constipation. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 25*(1), 19-27.
- Winge, K., Rasmussen, D., & Werdelin, L. M. (2003). Constipation in neurological diseases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry, 74*, 13-19.
- World Stroke Organization. (2015). Facts and Figures about Stroke. Retrieved February 14, 2015, from <http://www.world-stroke.org/component/content/article/16-for-patients/84-facts-and-figures-about-stroke>
- Yi, J. H., Chun, M. H., Kim, B. R., Han, E. Y., & Park, J. Y. (2011). Bowel Function in Acute Stroke Patients. *Annals of Rehabilitation Medicine, 35*(3), 337-343.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรื่อง ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (THE EFFECTS OF USING NURSING PROCESS EMPHASIZING ABDOMINAL MASSAGE ON CONSTIPATION IN STROKE PATIENTS)

เสนอโดย นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร. ปชาณัฐร์ ตันติโกสุม

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและสังกัด
1. นายแพทย์จักรพันธ์ โอแสงธรรมนนท์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมระบบทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
2. ผศ.ดร.นันทิยา วัฒมา	รองหัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. พันตำรวจโทหญิง ดร.สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล	อาจารย์ (สบ 2) ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน โรงพยาบาลตำรวจ
4. นางสาวจันทนา จินาวงศ์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
5. นางวาสนา ยิ้มพลาย	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพรว

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความอนุเคราะห์ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรม

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

หนังสือขอความอนุเคราะห์ศึกษาดูงาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ที่ ศอ 0512.11/ 0186

คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชน ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๑ กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ จักรพันธ์ โธณะธรรมภักดิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันวิสาข์ ปิงฉวีวิไล นิสิตชั้นปริญญาโทภาคบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้กระบวนการทอเบาที่เน้นกับกระบวนการทอของต่ออาหารที่อ้อมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ศ.ศ. พญิง ดร. ปชาณัญญ์ คันติโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตส่งมาซึ่งมีชื่อประโยชน์หาวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

คณบดีคณะวิทยาศาสตร์

ผู้อำนวยการ

โรงเรียนที่ปรึกษา

โรงเรียนที่ปรึกษา

โรงเรียน

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

อาจารย์ ร.ศ.ศ. พญิง ดร. ปชาณัญญ์ คันติโกสม โทร. 0-2218-1151

นางสาววันวิสาข์ ปิงฉวีวิไล โทร. 083-087-3577

ที่ ศธ 0512.11/0156



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรรช ชั้น 11
ถนนพหลโยธิน แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โตรา่งมหาวิทยาลัย 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนากิจกรรมนิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นกับการวัดห้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษากิจกรรม และอาจารย์ ร.ศ.ศ. หญิง ดร. ปชามณีภรณ์ ศันดีโกศล เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทิยา วิลาญ รองหัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีทร ชนกิตปี)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทิยา วิลาญ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ร.ศ.ศ. หญิง ดร. ปชามณีภรณ์ ศันดีโกศล โทร. 0-2218-1151

ที่ปรึกษา

นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล โทร. 083-087-3577

ที่ ศร 0512.11/0196



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงสร้างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นกับการนำคหิองต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ค.ศ. หญิง ดร. ปชานันท์ ต้นดีโกศล เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ พันตำรวจโทหญิง ดร. สุชดดี อัครคุณากรสกุล อาจารย์ (สบ 2) ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร อนศิลป)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ต้นแบบเรียน	พันตำรวจโทหญิง ดร. สุชดดี อัครคุณากรสกุล
ผู้บังคับการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม	อาจารย์ ร.ค.ศ. หญิง ดร. ปชานันท์ ต้นดีโกศล โทร. 0-2218-1151
ผู้ผลิต	นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล โทร. 083-087-3577



ที่ ศบ 0512.11/๐15๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพรธรรม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙ กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ศณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลราชวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นกับการนัดห้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ศ.ศ. พญิง ดร. ปาณณีย์ ตันศิริโกศล เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจินตนา จินางค์ ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอาสูรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่มีผลสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร ทัศนศิลป์)
ศณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน

นางสาวจินตนา จินางค์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ร.ศ.ศ. พญิง ดร. ปาณณีย์ ตันศิริโกศล โทร. 0-2218-1151

ชื่อหนังสือ

นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล โทร. 083-087-3577



ที่ ศธ 0512.11/0156

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรรพ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง ขอยืมดีบุกตาการเป็นตู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลแพร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นกับการคัดกรองต่อการป้องกันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ศ.ศ. ทวีจ ทร. ปชานันท์ ต้นทีโกสม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอยืมเงินยืม นางวาสนา ยิ้มพลาช พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคตาการข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้เป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ
จีราพร เกศพิชญวัฒนา
 (รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนงานเรียน	นางวาสนา ยิ้มพลาช
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
คณะกรรมการ	รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ร.ศ.ศ. ทวีจ ทร. ปชานันท์ ต้นทีโกสม โทร. 0-2218-1151
นิสิต	นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล โทร. 083-087-3577

ที่ ศธ 0512.11/ : 6-10

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มิถุนายน 2557

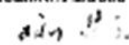
เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรองรับการศึกษาระยะยาว ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้
เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ข้อเสนอโครงการ 20 ชุด
- 2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล 20 ชุด
- 3. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร 20 ชุด
- 4. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 20 ชุด
- 5. เอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัคร 20 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวีไล นิสิตชั้นปริญญาโทมหบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนำข้อต่อของ
อาการที่อยู่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ศ.ศ. พญิง ดร. ปชานันท์ สันติโกศล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ร่วม โครงการวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกองกึ่งที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงการ
วิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือ
ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของเทศบาลนครเชียงใหม่
อายุ 18 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเข้ารับการรักษาในผู้ป่วยอายุรวม -
ศัลยกรรม โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 80 คน โดยมี แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปแบบประเมินอาการ
ที่อยู่ในโปรแกรม คู่มือและวิธีคิดสำหรับผู้ป่วยและญาติ และแบบบันทึกการจับคู่ข้อมูลจากระบบนิเทศจะ
ประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวีไล เสนอโครงการวิจัย
เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้เป็นอย่างยิ่งจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และ
ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
อาจารย์ที่วิจัยร่วม อาจารย์ ร.ศ.ศ. พญิง ดร. ปชานันท์ สันติโกศล โทร. 0-2218-1151

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาว วันวิสาข์ ปัทมาวิไล

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย เลขที่ 33 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล สุขุมวิท ซอย 3 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา
กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-667-2449 โทรศัพท์มือถือ 083-087-3577

E-mail: wanwisapp1977@gmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ครั้ง เกี่ยวกับ “ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” และได้ทราบถึงประโยชน์ที่่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น โดยยังได้รับการรักษาและการพยาบาลอย่างเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะทำลายเอกสารข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยโดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147
โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ

.....
(นางสาว วันวิสาข์ ปัทมาวิไล)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ

.....
(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

.....

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อผู้วิจัย นางสาว วันวิสาข์ ปัทมาวิไล
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย เลขที่ 33 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล สุขุมวิท ซอย 3 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา
 กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-667-2449 โทรศัพท์มือถือ 083-087-3577
 E-mail: wanwisapp1977@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่า งานวิจัยนี้ทำเพื่อต้องการทราบผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาใช้เวลาในการอ่านหรือทำความเข้าใจข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ โดยท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อ

ศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดอาการท้องผูกส่งผลทั้งต่อร่างกาย จิตสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้น เพื่อลดผลกระทบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตำรวจ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีอาการท้องผูก โดยประเมินจากแบบประเมินอาการท้องผูกของ Agacham และคณะ (1996) ได้คะแนนการประเมินมากกว่า 15 คะแนน รู้สึกตัวดี ไม่มีความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการนัดท้อง ได้แก่ มีภาวะสับสน มีความบกพร่องในการรับรู้ มีการอุดตันของลำไส้ มีก้อนในช่องท้อง มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ไข้เลือด ได้รับการฉายรังสีที่ท้อง ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายใน 6 เดือน โดยประเมินจากการสอบถามแพทย์เจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติยินดีเข้าร่วมการวิจัย แพทย์เจ้าของไข้อยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

4.2 วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้จากการศึกษาจากงานวิจัยที่ผ่านมาและใกล้เคียงที่สุด พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน

5. ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับท่าน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นอย่างดี ดังนั้นจึงคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับท่านหรืออาจเกิดความผิดปกติเล็กน้อยได้ และก่อนที่จะทำการปฏิบัติการพยาบาลโดยการนัดท้อง ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสมเป็นอย่างดี

6. ค่าชดเชยและ/หรือการรักษาที่ท่านจะได้รับในกรณีเกิดอันตรายอันเป็นผลจากการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง หากท่านมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการศึกษา ท่านจะได้รับ การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเต็มที่

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัย ถือว่าเป็นความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูกได้อย่างเหมาะสม และ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Best Practice) โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ที่ได้จากงานวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล

8. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิด ผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน และแม้ว่าท่านจะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาและได้รับการบริการ เช่นเดิม

9. การรักษาความลับของท่าน

ในการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบจะถูกเก็บรักษาไว้เป็น ความลับสำหรับการทำวิจัย จะรวบรวมข้อมูลในลักษณะภาพรวม และสรุปผลการวิจัยโดยแปลผลเป็นค่าทางสถิติ ซึ่งไม่มีระบุ ข้อมูลเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด

10. สิ่งที่ท่านได้รับ

เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งที่เกิดโรค รวม 8 ข้อ
2. แบบสอบถามเกี่ยวกับพื้นฐานพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมการดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่มีกากใย และพฤติกรรมการใช้ยาระบาย รวม 3 ข้อ
3. แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการท้องผูก รวม 8 ข้อ
4. คู่มือการรักษาอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื่อง “ ท้องผูก เรื่องใหญ่” พร้อมแผ่นวีดิทัศน์ สาธิตการนวดท้อง

11. บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยและสิทธิของท่าน โปรดสอบถามและติดต่อได้ที่ นางสาว วันวิสาข์ ปัทมาวิไล นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์เคลื่อนที่ 083-087-3577

“หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนน พญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 หรือ 02-218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail: eccu@chula.ac.th”

59/2557



ที่ ศช ๐๐๓๖ (จว) ๑๖๕

โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๒/๓ ถนนพระรามที่ ๓
ปทุมวัน กทม. ๑๐๓๓๐

๓๐ กันยายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอส่งใบรับรองโครงการวิจัย

เรียน คุณวันวิสาข์ ปัทมวิไล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัด
ห้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" ให้คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาล
ตำรวจ พิจารณานั้น

เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย ของโรงพยาบาลตำรวจ ได้
พิจารณาแล้วเห็นว่าโครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพและภัยอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เห็นควรให้
ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอมาได้ โดยอนุมัติเมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๕๗ และเมื่อ
โครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จ ให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยที่ฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์พร้อมบันทึกข้อมูล
ในแผ่น CD ให้ โรงพยาบาลตำรวจต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

พลตำรวจตรี

(ธนา สุระเสน)

นายแพทย์ (สบ ๖) โรงพยาบาลตำรวจ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์และการพัฒนานวัตกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
โทร. ๐๒ ๒๐๓ ๒๐๐๕, ๐๒๓ ๕๒๕ ๕๒๐๕, ๐๒๓ ๕๕๕ ๕๕๕๕
Website: www.pgh-research.org E-mail: itbpg@pgh.com



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงปทุมวัน
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง จว. 59/2557

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดท้องต่ออาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	THE EFFECT OF USING NURSING PROCESS EMPHASIZING ABDOMINAL MASSAGE ON CONSTIPATION IN STROKE PATIENTS
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	รับวิสาข์ ปัทมาวิไล
รหัสโครงการ	JA 190
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2557 (Version 1.0 Date 23 September 2014) (ฉบับภาษาไทย) 2. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2557 (Version 1.0 Date 23 September 2014) (ฉบับภาษาไทย) 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2557 (Version 1.0 Date 23 September 2014) (ฉบับภาษาไทย) 4. แบบสอบถาม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2557 (Version 1.0 Date 23 September 2014) (ฉบับภาษาไทย) 5. ยึดประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	23 กันยายน 2557
วันหมดอายุ	22 กันยายน 2558

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอก เสรี อิศพงษ์ พลตำรวจตรี ธนา สุระเจน
(เสรี อิศพงษ์) (ธนา สุระเจน)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
ของโรงพยาบาลตำรวจ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
ของโรงพยาบาลตำรวจ

ที่ ศร 0512.11/0154



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

|2 กุมภาพันธ์ 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิติศึกษาดูงาน

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

เนื่องด้วย นางสาววันวิสาข์ ปิงแก้วโต นิติกรรับปริญญาทางด้านศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นกับการตรวจคัดกรองอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชามณีฤทธิ์ คັນดีโกศล เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม คณะพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าหน่วยงานของท่านมีความเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะเป็นแหล่งศึกษาดูงานเพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ตรง จึงได้ขอความอนุเคราะห์ให้นิติศึกษาดูงาน เรื่อง "การตรวจคัดกรองระดับการขับถ่าย" ในวันที่พฤหัสบดีที่ 20 กุมภาพันธ์ 2557 เวลา 08.00 – 16.00 น. ณ กลุ่มงานบริการผู้ป่วยใน ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เพื่อเรียนรู้เรื่องการตรวจคัดกรองและฝึกปฏิบัติจริง เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย ทั้งนี้ได้ติดต่อบริษัทประกันภัย นางสุพรรณิการ์ แววอาราม ในเบื้องต้นแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้นิติศึกษาดูงานตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนงานเรียน

นางสุพรรณิการ์ แววอาราม

ส่วนวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชามณีฤทธิ์ คันดีโกศล โทร. 0-2218-1151

ติดต่อ

นางสาววันวิสาข์ ปิงแก้วโต โทร. 083-087-3577



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบประเมินอาการท้องผูก

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. คู่มือกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง สำหรับพยาบาล
2. คู่มือการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เรื่อง ท้องผูก เรืองใหญ่ สำหรับผู้ป่วย
3. แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ



ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 8 ข้อ และ ส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับพื้นฐานพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มี 3 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ () โสด () คู่
() หม้าย () หย่า
3. ศาสนา () พุทธ () คริสต์
() อิสลาม () อื่นๆ.....
4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี
() ปริญญาโท () อื่นๆ.....
5. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ทำให้เกิดอาการท้องผูกที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก (สำหรับผู้ป่วยย่อยกรอก)
() โรคถุงผนังลำไส้ใหญ่อักเสบ () มะเร็งลำไส้ใหญ่
() โรคลำไส้แปรปรวน () โรคต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ
() เบาหวาน () เนื้องอกในสมอง
() แคลเซียมในเลือดสูงกว่าปกติ () โรคพาร์กินสัน
() ปลอกประสาทอักเสบ () บาดเจ็บที่ไขสันหลัง
6. ประวัติการใช้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก (สำหรับผู้ป่วยย่อยกรอก)
() Anticholinergic () Antidepressants
() Antihistamines () Antipsychotics
() Anti Parkinson agent () Calcium channel blocker
() Iron preparation () NSAIDs
() Opiates
7. การวินิจฉัยโรค (สำหรับผู้ป่วยย่อยกรอก)
() Ischemic stroke () Hemorrhagic stroke
8. ตำแหน่งที่เกิดโรค (สำหรับผู้ป่วยย่อยกรอก)
() Pontine () Frontal lobe
() Medulla oblongata

แบบสอบถามเกี่ยวกับพื้นฐานพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง


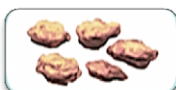






คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1. พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระ

ความถี่ในการถ่ายอุจจาระ:

- () ทุกวัน () วันเว้นวัน () อื่นๆ โปรดระบุ.....วัน/ครั้ง

ลักษณะอุจจาระ:

- | | | | |
|---|----------------------------|---|---------------------|
| ()  | ก้อนแข็งคล้ายขี้แพะ | ()  | เป็นก้อนเล็กๆ นิ่มๆ |
| ()  | ก้อนใหญ่ แข็ง | ()  | ละเอียดคล้ายโจ๊ก |
| ()  | อัดแน่นเป็นพวงอุ้งน | ()  | เป็นน้ำ |
| ()  | แท่งยาว แท่ง ผิวแตก | ()  | |
| ()  | ลักษณะนิ่ม เป็นลำ ผิวเรียบ | | |

สี:

- () น้ำตาล () ดำ () เขียวเข้ม

ปริมาณ:

- () น้อย () พอควร () มาก

ความถี่ในการกลืนอุจจาระ:

- () เป็นประจำ () บ่อยครั้ง () เป็นบางครั้ง
5 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์ 3-4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์

2. พฤติกรรมการดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่มีกากใย

ปริมาณน้ำดื่มต่อวัน:

- () น้อยกว่า 6-8 แก้วต่อวัน () 6-8 แก้วต่อวัน () มากกว่า 6-8 แก้วต่อวัน

ปริมาณอาหารที่มีกากใยต่อวัน:

- () น้อยกว่า 5-6 อู้งมือต่อวัน () 5-6 อู้งมือต่อวัน () มากกว่า 5-6 อู้งมือต่อวัน

3. พฤติกรรมการใช้ยาระบาย

- () ใช้ () ไม่ใช้

ชนิดของยาระบายที่ใช้

- () กิน () เหน็บทวาร () สวนทวาร

ความถี่ในการใช้ยาระบาย

- () เป็นประจำ () บ่อยครั้ง () เป็นบางครั้ง
5 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์ 3-4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์

1. แบบประเมินอาการท้องผูก

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการท้องผูกของผู้ป่วย มี 8 ข้อ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

- | | |
|--|---|
| <p>1. จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ</p> <p><input type="checkbox"/> มากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ครั้ง/สัปดาห์</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ครั้ง/สัปดาห์</p> <p><input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์</p> <p><input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน</p> <p>2. ความลำบากในการถ่ายอุจจาระ: มีอาการปวดบริเวณทวารหนักขณะเบ่งถ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคยมีอาการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการบ้างนานๆ ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการเป็นบางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการบ่อยครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการทุกครั้ง ถ่ายอุจจาระ</p> <p>3. อาการถ่ายสุด: รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคยมีอาการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการบ้างนานๆ ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการเป็นบางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการบ่อยครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการทุกครั้ง ถ่ายอุจจาระ</p> <p>4. อาการปวด: อาการปวดท้องขณะถ่ายอุจจาระ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคยมีอาการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการบ้างนานๆ ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการเป็นบางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการบ่อยครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการทุกครั้ง ถ่ายอุจจาระ</p> | <p>5. เวลา: เวลาที่ใช้ในการถ่ายอุจจาระแต่ละครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5 นาที</p> <p><input type="checkbox"/> 6-10 นาที</p> <p><input type="checkbox"/> 11-20 นาที</p> <p><input type="checkbox"/> 21-30 นาที</p> <p><input type="checkbox"/> มากกว่า 30 นาที</p> <p>6. การใช้ยาหรือหัตถการ เพื่อช่วยให้สามารถถ่ายอุจจาระได้: รูปแบบของการใช้ยาหรือหัตถการ</p> <p><input type="checkbox"/> ถ่ายอุจจาระได้เอง</p> <p><input type="checkbox"/> ใช้ยาระบาย</p> <p><input type="checkbox"/> ใช้นิ้วช่วยล้างทวารหนักหรือยาสวน</p> <p>7. การขับถ่ายไม่สำเร็จ: จำนวนครั้งที่เข้าส้วมเพื่อถ่ายอุจจาระ แต่ไม่สามารถเบ่งถ่ายอุจจาระได้สำเร็จภายใน 24 ชั่วโมง</p> <p><input type="checkbox"/> ถ่ายอุจจาระได้ทุกครั้งที่</p> <p><input type="checkbox"/> 1-3 ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 4-6 ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> 7-9 ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มากกว่า 9 ครั้ง</p> <p>8. ประวัติท้องผูก: ระยะเวลาที่เกิดอาการท้องผูก</p> <p><input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ปี</p> <p><input type="checkbox"/> 1-5 ปี</p> <p><input type="checkbox"/> 6-10 ปี</p> <p><input type="checkbox"/> 11-20 ปี</p> <p><input type="checkbox"/> มากกว่า 20 ปี</p> |
|--|---|

คะแนนรวม:.....คะแนน

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
ตัวอย่าง คู่มือกระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง สำหรับพยาบาล



ท้องผูก เรืองใหญ่

**คู่มือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ที่มีอาการท้องผูกสำหรับพยาบาล**

จัดทำโดย
นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล
นิสิตปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา
อาจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ์ ตันติโกสม

ตัวอย่าง คู่มือการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เรื่อง ท้องผูก เรื่องใหญ่
สำหรับผู้ป่วย

ท้องผูก เรื่องใหญ่

• ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 15-20 นาที วันละ 2 ครั้ง ช่วยเพิ่ม transit time จะทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้นทำให้ถ่ายได้ดีขึ้น ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้หรือออกจำกัดการเคลื่อนไหว ควรออกกำลังกายแบบเตียงโดยการยกขาข้างที่มีแรงขึ้นลงอย่างน้อย 15-20 นาที วันละ 2 ครั้ง

• จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว ไม่เร่งรัดผู้ป่วยในขณะที่ถ่ายอุจจาระ

• ควรถ่ายอุจจาระในทันที ซึ่งทำให้น้ำมากรวดเห็นแรงในการเบ่งถ่ายอุจจาระได้

• ฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา โดยการฝึกการขับถ่ายอุจจาระควรรีใช้เวลา 5 – 15 นาที หลังรับประทานอาหารเช้า

• การกระตุ้นลำไส้ด้วยการนวดท้อง ซึ่งเป็น การไปเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นการขับถ่าย เห็นการเคลื่อนไหวของลำไส้ จึงช่วยลดอาการท้องผูกได้

บทคัดย่ออ้างอิง

สุเทพ ฤกษ์วิทย์. (2550). โรคทางเดินอาหารและการรักษา 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Lamas, K., Lindholm, L., Stenlund, H., Engstrom, B., & Jacobsson, C. (2009). Effects of abdominal massage in management of constipation - A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46:759-67.

National Digestive Disease Clearinghouse. (2007). Constipation. [Online]. Available from : http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pub/constipation/constipation_508.pdf [2013, September 17]

จัดทำโดย

นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล

นิสิตหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญ์วัฒนา


อาจารย์ ร.ศ.ศ.หญิง ดร.ปชานัญญ์ คันทักกลุ่ม

ด้านจิตสังคม

ความไม่สะดวกและความทุกข์ทรมานจากอาการท้องผูก ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

ด้านเศรษฐกิจ

จากผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นจากอาการท้องผูกทำให้ต้องนอนพักรักษาพยาบาลนานขึ้นและสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากการรักษาผลกระทบของอาการท้องผูกต่างๆ



การรักษาอาการท้องผูก

การรักษาแบบใช้ยา มีข้อดีคือ มักได้ผลดีในระยะสั้นแต่ในระยะยาวมักก่อให้เกิดผลเสีย เช่น การดื้อยา หรือทำให้กลับอุจจาระไม่ได้

การรักษาแบบไม่ใช้ยา จะได้ผลดีในระยะยาวมากกว่า ซึ่งมีหลายวิธีดังนี้

- ควรได้รับน้ำดื่มอย่างน้อยวันละ 1,500 มิลลิลิตร การดื่มน้ำมากขึ้นจะทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มง่ายขึ้น
- รับประทานอาหารที่มีกากใยอย่างน้อยวันละ 25-30 กรัมหรือ 5-6 ช้อน เพื่อเพิ่มปริมาณของจากรวมมากขึ้นและเคลื่อนไหวภายในลำไส้ใหญ่เร็วขึ้น


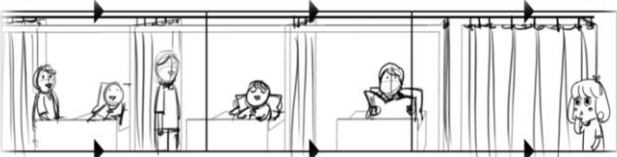



1. แผนการสอน	เรื่อง “ท้องผูก เรื่องใหญ่”
ผู้สอน	นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล
ผู้เรียน	ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตำรวจและมีอาการท้องผูก โดยประเมินจากแบบประเมินอาการท้องผูกได้คะแนนการประเมินมากกว่า 15 คะแนน รู้สึกตัวดี ไม่มีความผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการนัดท้อง ได้แก่ มีภาวะสับสน มีความบกพร่องในการรับรู้ มีการอุดตันของลำไส้ มีก้อนในช่องท้อง มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ไล่เลื่อน ได้รับการฉายรังสีที่ท้อง ได้รับการผ่าตัดช่องท้องภายใน 6 เดือน โดยสอบถามจากแพทย์เจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติ ยินดีและยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย
สถานที่	หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถบอกหรืออธิบายได้ในเรื่องต่อไปนี้ได้อย่างถูกต้อง <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ความหมายของอาการท้องผูก สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ผลกระทบและการรักษาอาการท้องผูก 2.2 วิธีการนัดท้องและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง 3. เพื่อลดอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง
ระยะเวลาใน	20 นาที
การสอน	
สื่อการสอน	สื่อการสอนแบบวีดิทัศน์
วิธีการสอน	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายเป็นรายบุคคล 2. สอนแสดงการนัดท้อง

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ/ อุปกรณ์	ประเมินผล
เพื่อสร้าง สัมพันธภาพ และ.....	ชั้นการสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย สวัสดิ์ค่ะ ดิฉันนางสาววันวิสาข์ ปัทมา วิไล เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำ วิจัย.....	ชั้นสร้าง สัมพันธภาพ ผู้วิจัยแนะนำ ตนเอง		จากกา รสังเกต..... -
	ชั้นสูเนื้อหา เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าอาการท้องผูก เกิดขึ้นได้กับทุกคน และโดยทั่วไปคงคิดว่า อาการท้องผูกไม่รุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ แต่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นอาการ ท้องผูกอาจเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ อาการท้องผูก หมายถึง..... สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก 1. 2.	ซักถาม..... - กล่าวชมเชย เมื่อผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลตอบ ได้ถูกต้อง - บรรยาย เกี่ยวกับ.....	สื่อวีดิทัศน์ ประกอบ การสอน เรื่อง ท้องผูก เรื่องใหญ่	

ภาพในบทวิดิทัศน์ (Story Board)

เรื่อง “ ท้องผูก เรื่องใหญ่ ”

ภาพในบทวิดิทัศน์นี้ ได้นำเสนอ อาการท้องผูก สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก ผลกระทบและการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น แสดงเนื้อหาตามลำดับเลขที่ตามบทวิดิทัศน์ ดังนี้

ลำดับ			
1.			
2.			

ภาคผนวก ง
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก
โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

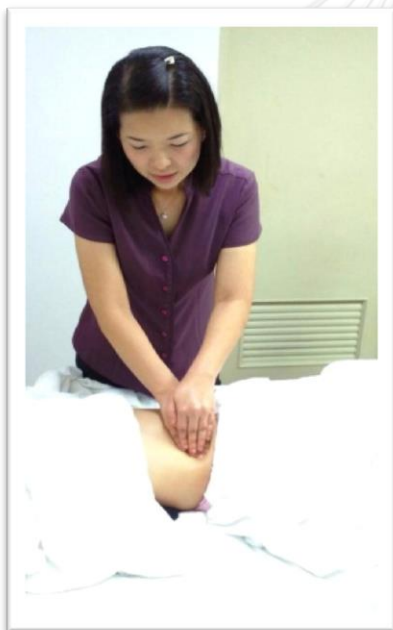
**การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก
โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้อง**

วันที่ 1 - การรวบรวมข้อมูลและการประเมินด้านต่างๆ (Assessment)

- การวินิจฉัยการพยาบาล (Diagnosis) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ แปลความหมายและระบุปัญหาตามการวินิจฉัยการพยาบาล ของ NANDA
- การวางแผนการพยาบาล (Planning) จากข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานด้านพฤติกรรมต่างๆ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

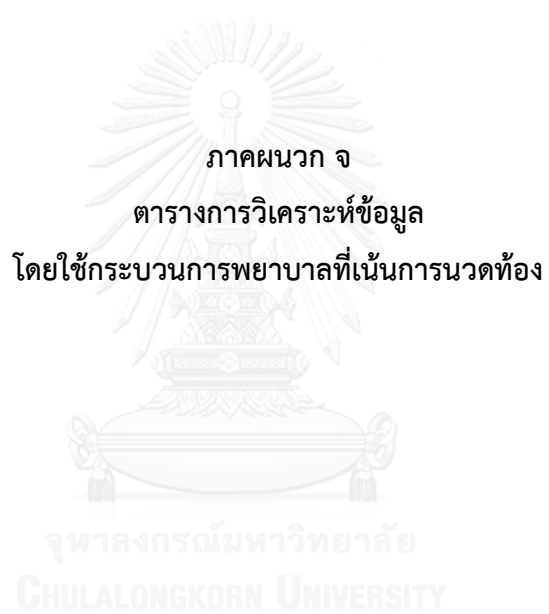
วันที่ 2-15 การปฏิบัติการนัดท้อง (ทุกวัน เวลา 7.00-7.30 น.)

นำแผนการพยาบาลที่เน้นการนัดท้องไปปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการท้องผูก ตามวิธีการของ Sinclair (2011) โดยใช้เวลาในการปฏิบัติครั้งละ 30 นาที ทุกวันช่วงเช้า เวลา 7.00-7.30 น.) เป็นระยะเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์



วันที่ 16 ประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ตอบแบบประเมินอาการท้องผูก (post-test)



ตารางที่ 7 จำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนอาการท้องผูกของผู้ป่วยโรคเลือด
สมองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1.	24	23	24	2
2.	23	22	24	3
3.	19	18	24	4
4.	22	22	23	1
5.	22	22	19	2
6.	24	23	18	1
7.	23	22	20	2
8.	19	19	19	6
9.	19	19	20	3
10.	20	20	20	1
11.	18	19	19	1
12.	20	20	26	3
13.	19	19	26	2
14.	20	20	21	1
15.	19	18	18	1
16.	19	19	21	5
17.	24	23	23	1
18.	23	22	24	1
19.	24	23	23	1
20.	21	20	19	5
21.	18	18	22	1
22.	22	22	18	1
23.	24	23	18	5
24.	21	20	21	0
25.	19	18	20	0
\bar{X}	21.04	20.56	21.20	2.12
SD	2.13	1.85	2.53	1.69

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววันวิสาข์ ปัทมาวิไล เกิดเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2520 ที่จังหวัด นครศรีธรรมราช สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เมื่อปี พ.ศ. 2542 คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและได้ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2554 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประสานงานทางคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล บำรุงราษฎร์

