

ภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะ
ท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะ
ท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ

นางสาวศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ
ผู้วิจัย

สมพร ชินโนรส

รองศาสตราจารย์ สมพร ชินโนรส
วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

มยุรี จิรภิญโญ

รองศาสตราจารย์ มยุรี จิรภิญโญ
พ.บ.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

อรสา พันธุ์ภักดี

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับ
ภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
วันที่ 7 มกราคม 2552

ศิริกมล มั่นใจประเสริฐ

นางสาวศิริกมล มั่นใจประเสริฐ
ผู้วิจัย

สมชาย ใจดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จันทิมา ขนบดี
D. S. N. (Maternal and Child Nursing)
ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ขัมบุรี จิรภิญโญ
พ.บ.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิณชิระนันท์

M.S. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สมพร ชินโนรส

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน

พ.บ.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ดี ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์สมพร ชินโนรส และรองศาสตราจารย์มยุรี จิรภิญโญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา โดยเฉพาะรองศาสตราจารย์ สมพร ชินโนรส ที่เป็นที่ปรึกษาที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมาตั้งแต่เริ่มจนสำเร็จการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี ประธานคณะกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิญาชีระนันท์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่ประสิทธิ์ประสาท วิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่ง รวมทั้งให้กำลังใจที่ดีตลอดการศึกษา

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ได้สละเวลาตรวจสอบและ แก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยนรีเวชและหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ โรงพยาบาลรามาริบัติ และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดลูกออกทางหน้าท้องทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล วิจัยและเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย และพี่ เพื่อน และน้องๆ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงชั้น 5 โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่เป็นที่กำลังใจและให้ความช่วยเหลือด้วยดีเสมอมา รวมทั้งขอขอบคุณรุ่นพี่ เพื่อนๆร่วมรุ่นรหัส 47 ทุกคน และเพื่อนในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจที่ดีตลอดการศึกษา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ของผู้วิจัยรวมทั้งขอบคุณสมาชิกใน ครอบครัว ที่เป็นที่กำลังใจและให้การสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ

ภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

(ABDOMINAL DISTENTION, SYMPTOM MANAGEMENT AND SATISFACTION WITH ABDOMINAL DISTENTION MANAGEMENT IN PATIENTS WITH TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY)

ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ 4736901 RAAN/M

พย.ม. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สมพร ชินโนรส, วท.ม., มยุรี จิรภิญโญ, พ.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด 2) วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดโดยผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล 3) ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด และ 4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลโดยรวม ตามกรอบแนวคิดของคอตต์ และคณะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยนรีเวชและหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษโรงพยาบาลรามารับติ ระหว่างเดือนมกราคม-เดือนเมษายน 2551 จำนวน 100 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามภาวะท้องอืด และแบบประเมินวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยพบว่า 1) ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดเท่ากับ 6.39 คะแนน (SD = 2.02) และ 6.41 คะแนน (SD = 2.12) ตามลำดับ ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดเท่ากับ 4.48 คะแนน (SD = 1.67) ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ 2) วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การลุกเดินบ่อยๆ ส่วนวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุดคือ ช่วยกระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ สำหรับวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดด้วยยาพบว่า ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยา Air-x และ M. carminative 3) ภาวะท้องอืดรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง 4) ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจกับการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: ภาวะท้องอืด / การจัดการกับภาวะท้องอืด / ความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืด /

การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

111 หน้า.

ABDOMINAL DISTENTION, SYMPTOM MANAGEMENT AND SATISFACTION WITH ABDOMINAL DISTENTION MANAGEMENT IN PATIENTS WITH TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY**SIRIRAT MUNJAIPRASERT 4736901 RAAN/M****M.N.S. (ADULT NURSING)****THESIS ADVISORS: SOMPORN CHINNOROS, M.S., MAYUREE JIRAPINYO, M.D.****ABSTRACT**

This descriptive research has the following objectives: 1) To compare the severity of abdominal distention of patients during the first 3 days after total abdominal hysterectomy; 2) To study abdominal distention symptom management by patients, doctors, and nurses; 3) To study abdominal distention outcomes which affected daily life of patients during the first 3 days after total abdominal hysterectomy; and 4) To study patients' overall satisfaction with symptom management by doctors and nurses based on the model of Dodd, et al. The sample was 100 patients in Gynecology Care Unit and Obstetrics Care Unit, Ramathibodi Hospital during January – April 2008. The sample was chosen by purposive sampling based on the selection criteria. Data were collected by using personal data records, abdominal distention questionnaires, and symptom management evaluation forms which were designed by the researcher after the review of related literature.

The study revealed that 1) On the first and the second day after the surgery, abdominal distention of the sample was at a medium level with average scores of 6.39 (SD = 2.02) and 6.41 (SD = 2.12) for days one and two respectively. As for the third day after the surgery, abdominal distention of the sample was at a low level with the average score of 4.48 (SD = 1.67). The average score of abdominal distention in patients during the first 3 days after the surgery were statistically different at the significance level of $p < 0.001$. 2) The most popular symptom management of patients was to walk as much as possible whereas the most popular management of doctors and nurses was to motivate the patients to walk or move as much as possible. As for symptom management by using medicine, it was found that the patients were prescribed Air-x and M.carminative. 3) Abdominal distention affected daily life of patients after the surgery at a medium level. 4) The patients were highly satisfied with received symptom management by doctors and nurses.

KEY WORDS: ABDOMINAL DISTENTION / ABDOMINAL DISTENTION MANAGEMENT / SATISFACTION ON ABDOMINAL DISTENTION MANAGEMENT / TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY

111 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง	11
ภาวะท้องอืด	12
อาการและอาการแสดงของภาวะท้องอืด	17
ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน	19
การจัดการกับภาวะท้องอืด	19
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืด	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
สถานที่เก็บข้อมูล	26
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	29
การวิเคราะห์ข้อมูล	30
บทที่ 4 ผลการวิจัย	31
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	37
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	43
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	47
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	67
บรรณานุกรม	87
ภาคผนวก	94
ประวัติผู้วิจัย	111

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.	ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง	31
2.	แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าอันดับเฉลี่ยของภาวะท้องอืด ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติฟริดแมน (Friedman test)	32
3.	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืด	33
4.	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับ จากแพทย์และพยาบาล	34
5.	พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของผลของภาวะท้องอืดต่อการ ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง	35
6.	แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลโดยรวม	36
7.	แสดงร้อยละของยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด	108
8.	แสดงร้อยละของยาบรรเทาภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับ ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด	109
9.	แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดโดยใช้ยา	110

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่

1. รูปแบบจำลองแนวคิดในการจัดการกับอาการ
2. กรอบแนวคิดในการวิจัย

หน้า

4
8



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคทางนรีเวช และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์หรือการคลอด โดยตัดส่วนซึ่งเป็นโรคหรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติภายหลังการผ่าตัด แต่การทำผ่าตัดก็มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (พรรณี ไพบาลัทธกนิน, 2540) ผลกระทบทางด้านร่างกายจากการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องประการหนึ่งคือ ภาวะท้องอืด

ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง คือ การที่กระเพาะอาหารและลำไส้มีการยืดขยายและโป่งพอง เนื่องจากการสะสมของแก๊สจำนวนมากที่ไม่ดูดซึมในลำไส้ โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ได้แก่ ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การกลืนอากาศเข้าไปในกระเพาะอาหารและลำไส้ (Taylor, Lillis, & Lemone, 2001) และจากอวัยวะภายในช่องท้อง คือ กระเพาะอาหารและลำไส้ได้รับการกระทบกระเทือนจากการสัมผัส หรือจับต้องในระหว่างการผ่าตัด ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Craven & Hirnle, 2003; Elkin, Perry, & Potter, 2000) นอกจากนี้การผ่าตัดช่องท้องยังกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวของลดลง (Craven & Hirnle, 2003)

สำหรับความรุนแรงของภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดในระดับต่ำ (นันทาดี ศิริจันทร์, สมพร ชินโนรส, มยุรี แก้วจันทร์ และสมพันธ์ หิญชีระนันท์ (2551) วันที่ 2 หลังผ่าตัดมีภาวะท้องอืดในระดับปานกลาง (ทิพวรรณ วัฒนเวช, 2545; นันทาดี ศิริจันทร์และคณะ, 2551) และในวันที่ 3 หลังผ่าตัดมีภาวะท้องอืดในระดับต่ำ (นันทาดี ศิริจันทร์และคณะ, 2551)

เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกจากหน้าท้องมีภาวะท้องอืด ผู้ป่วยจะมีการแน่นอึดอัด ไม่สบายท้อง ปวดท้อง สำหรับอาการปวดท้อง ผู้ป่วยจะมีการปวดท้อง ปวดเกร็งบริเวณท้องคล้ายกับการบีบรัด มีลมวิ่งในท้อง บางครั้งอาจมีอาการปวดท้องมากจนคื่น (colicky pain) ในรายที่เป็นมากจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการแน่นอึดอัดในท้องมากจนรู้สึกหายใจไม่สะดวก หรือหายใจลำบาก เนื่องจากมีลมหรือแก๊สคั่งค้างอยู่ในกระเพาะอาหาร และลมหรือแก๊สเหล่านั้นไม่ถูกขับออกมา

อนึ่งผลกระทบที่ตามมาภายหลังผ่าตัดหน้าท้องและมีภาวะท้องอืด คือ รู้สึกไม่สบายแน่นอึดอัดในท้อง บางครั้งหายใจไม่สะดวก (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2546) ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่และเหนื่อยง่าย (ประณีต ส่งวัฒนา, 2544) ผู้ป่วยบางรายมีภาวะท้องอืดมากจนนอนราบไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ หรือหลับได้ไม่เพียงพอ (ปิลันธน์ ลิขิตกำจร, 2546) นอกจากนั้นภาวะท้องอืดยังรบกวนอารมณ์ ทำให้มีอาการหงุดหงิด มีอารมณ์ขุ่นมัว (ยุพิน คีสมศักดิ์, 2546) และรบกวนการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอีกด้วย

เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกจากหน้าท้องมีภาวะท้องอืด ผู้ป่วยบางรายจะบอกแพทย์พยาบาลว่ามีภาวะท้องอืด รู้สึกปวดท้อง ผู้ป่วยบางรายปวดท้องมากจนคื่น ผู้ป่วยบางรายบอกว่าแน่นอึดอัดไม่สบายในท้อง ไม่ผายลม ไม่เรอและหายใจไม่สะดวก เพราะมีลมในท้องดันไว้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายไม่บอกพยาบาล แต่จะบอกญาติว่าเขามีอาการท้องอืด ผู้ป่วยบางรายจะจัดการกับอาการท้องอืดด้วยตนเองโดยการนอนนิ่งๆบนเตียง และไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายจะจัดการกับอาการท้องอืดด้วยการเดิน สำหรับพยาบาลเมื่อพบผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดพยาบาลจะให้ความสนใจถามถึงภาวะท้องอืด การประเมินภาวะท้องอืด การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะท้องอืด การบอกให้ผู้ป่วยพยายามบรรเทาภาวะท้องอืด และให้ยาบรรเทาภาวะท้องอืดตามแผนการรักษา หรือให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำทางปาก (Litwack, 2000) หรือใส่สายยางเข้าไปในกระเพาะอาหาร หรือใส่สายยางเข้าทางทวารหนัก (Craven & Hirnle, 2003) ตามแผนการรักษา นอกจากนั้นพยาบาลยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียง หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัด (early ambulation) เป็นต้น ซึ่งการจัดการกับภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกจากหน้าท้อง ผู้ป่วยบางรายอาจใช้เพียงวิธีเดียวก็ได้ผล แต่ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้หลายวิธีจึงจะได้ผลหรือบรรเทาจากภาวะท้องอืด

จากข้อมูลดังกล่าวมาแม้จะระบุให้เห็นว่าแพทย์ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง และจัดการกับภาวะท้องอืด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาผลลัพธ์ในการพยาบาลหรือการจัดการดังกล่าว นอกจากนี้การศึกษาวาระท้องอืดและการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผ่านมาเป็นมุมมองและการจัดการจากทีมสุขภาพ ในด้านตัวผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในด้านเหล่านี้ โดยเฉพาะการศึกษาเรื่องภาวะท้องอืด และการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งด้านทีมสุขภาพและผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวาระท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง การจัดการกับภาวะท้องอืดของทีมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับ ข้อมูลดังกล่าวคาดว่าจะจะเป็นแนวทางให้การพยาบาลและจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องที่เผชิญกับภาวะท้องอืดที่เหมาะสมต่อไป

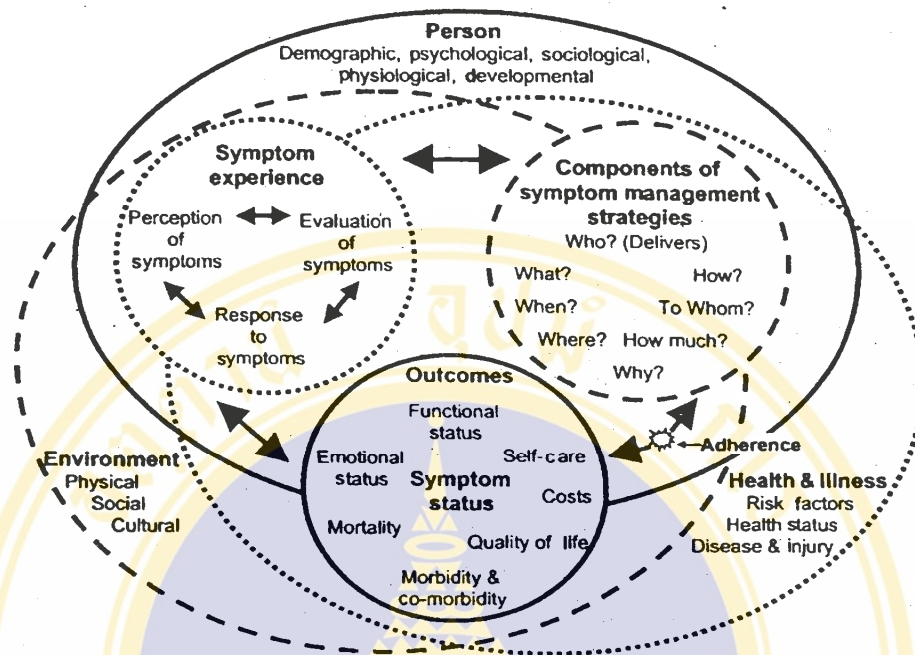
กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบจำลองการจัดการกับอาการ (model of symptom management) ของดอดด์และคณะ (Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher, Humphreys, et al., 2001) ซึ่งพัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของลาร์สันและคณะ (Larson, Carrieri-Kohlman, Dodd, Douglas, Faucett, & Froelicher, 1994) โดยผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวาระท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

รูปแบบการจัดการกับอาการได้กล่าวถึง 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลจากการจัดการอาการ (outcomes)

1. ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) เป็นการรับรู้ต่ออาการของแต่ละบุคคล การประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (perception of symptoms) คือการที่บุคคลสังเกตเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยที่บุคคลนั้นต้องรู้สึกตัว ใช้ความคิด ความรู้สึก และแปลความหมายของข้อมูลในสิ่งแวดล้อม หรือในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลประกอบด้วยปัจจัยทางกาย จิต และสังคมดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบจำลองแนวคิดการจัดการกับอาการ

Note: From Revised Symptom Management Conceptual Model. (Dodd, et al., 2001).

1.1.1 ปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ ลักษณะโดยทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจ ลักษณะทางจิตวิทยา เช่น ลักษณะทางบุคลิกภาพ ความสามารถในการรู้คิด และแรงจูงใจ ลักษณะทางสังคม หมายถึง ครอบครัว วัฒนธรรม ศาสนา และลักษณะทางสตรีวิทยา ได้แก่ แบบแผนการพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรม และความสามารถของร่างกาย ซึ่งปัจจัยด้านตัวบุคคลเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล และเป็นการพิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังมีอาการปรากฏ มีความสำคัญมากหากปัจจัยด้านตัวบุคคลนี้มีอยู่ก่อน อาการที่ปรากฏจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุคคล ในทางกลับกันบางครั้งอาการอาจมีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านตัวบุคคลได้ (Lee & Taylor, 1996 cited in Dodd, et al., 2001)

1.1.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม หมายถึง บรรยากาศและภูมิหลังในสถานการณ์หนึ่งๆ ที่มีการรับรู้ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ บ้าน ที่ทำงาน และสถานที่พักผ่อน สภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม หมายถึง ความเชื่อ ค่านิยมและประเพณีปฏิบัติ (Beck, 1999, Dodd, et al., 1999 cited in Dodd, et al., 2001)

1.1.3 ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง ภาวะสุขภาพ โรคหรือความเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่ติดตัวมาแต่กำเนิด หรือเกิดขึ้นภายหลัง เช่นการสูบบุหรี่ ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความผิดปกติทางสรีระ โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย โรค หรือความเจ็บป่วย เป็นการเบี่ยงเบนทางสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง อันเนื่องมาจากการมีพยาธิสภาพ (Hunt, et al., 1998, Rankin, 1998 cited in Dodd, et al., 2001)

1.2 การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) คือ การประเมินของบุคคลต่อความรุนแรงของอาการ (intensity) ตำแหน่ง (location) ความถี่ของการเกิดอาการ รูปแบบของการเกิดอาการ ว่าเป็นเพียงชั่วคราวหรือถาวร และอาการนั้นคุกคามต่อชีวิตทำให้เป็นอันตราย หรือทำให้เกิดความพิการหรือไม่สะท้อนถึงความซับซ้อนของปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Janson & Becker, 1998 cited in Dodd, et al., 2001)

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่ออาการหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นความรู้สึก ความคิด หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอาการ อาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการ อาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ การตอบสนองต่ออาการประกอบด้วย

1.3.1 การตอบสนองทางสรีระ เป็นการแสดงออกทางร่างกาย เช่น ใจสั่น การเปลี่ยนแปลงอัตราการหายใจ การนอนไม่หลับ

1.3.2 การตอบสนองทางจิต เป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรู้คิด และอารมณ์การเปลี่ยนแปลงความมีคุณค่าแห่งตน

1.3.3 การตอบสนองทางพฤติกรรม เป็นการแสดงออกเฉพาะบุคคลอย่างมีจุดมุ่งหมาย (objective expression) และการสื่อสารสู่สังคมโดยใช้หรือไม่ใช้คำพูด เช่น การร้องไห้ การขัดแย้ง หรือการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของบุคคล เช่น การแยกตัวจากสังคม การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงบทบาทการทำงาน

ประสบการณ์การมีอาการยังเกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะสุขภาพ โรคและความเจ็บป่วยหรือความสามารถอีกด้วย

2. กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตร เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ด้านลบที่อาจเกิดขึ้นจากอาการ ด้วยวิธีการทางเจ้าหน้าที่สุขภาพ และการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการ เริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย ตามด้วยการระบุเป้าหมายของการปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติ การจัดการกับอาการรวมถึงการปฏิบัติที่มุ่งกระทำต่อปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือมากกว่าในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ประสบการณ์มีอาการเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ อาจขึ้นอยู่กับยอมรับหรือไม่ยอมรับแต่ละกลวิธีคือ จะทำอะไร เมื่อไร ที่ไหน ทำไ้ อย่างไร มากน้อยขนาดไหน กับใคร และส่งต่ออย่างไร ซึ่งหลักของการจัดการขึ้นอยู่กับระดับของความรู้ที่จะจัดการ การจัดการต้องสอดคล้องกับความต้องการ ถ้ามีความต้องการแต่การจัดการไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะไม่เกิดผล

องค์ประกอบของกลวิธีการจัดการกับอาการยังเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกาย เช่น บ้าน สถานที่ทำงาน และโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีปฏิบัติ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น (Dodd, et al., 1996 cited in Dodd, et al., 2001)

3. ผลจากการจัดการอาการ (outcomes) เป็นผลที่เกิดจากกลวิธีการจัดการกับอาการ ซึ่งขึ้นกับองค์ประกอบ 8 ประการ คือ สภาพของอาการ การดูแลตนเอง ค่าใช้จ่าย คุณภาพชีวิต อัตราการเกิดโรคและปัจจัยร่วมในการเกิดโรค อัตราการตาย ภาวะอารมณ์ และภาวะการทำหน้าที่ โดยผลของอาการทั้งหมดมีผลกับสภาพของอาการที่เป็นแกนที่เกี่ยวข้อง หรือมีผลจากปัจจัยอื่นๆ (Stommel, et al., 1993, Given et al., 1994 cited in Dodd, et al., 2001)

ผลจากอาการมีปัจจัยด้านบุคคลมาเกี่ยวข้อง เช่น ลักษณะทั่วไปของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะทางจิตวิทยา ได้แก่ บุคลิกภาพ ความสามารถในการรู้คิด และแรงจูงใจ ลักษณะทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว วัฒนธรรม และศาสนา ลักษณะทางสรีรวิทยา เช่น แบบแผนการพักผ่อน การมีกิจกรรม และความสามารถทางร่างกาย พัฒนาการของบุคคลเป็นปัจจัยในตัวบุคคลที่จะตอบสนองต่อประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ

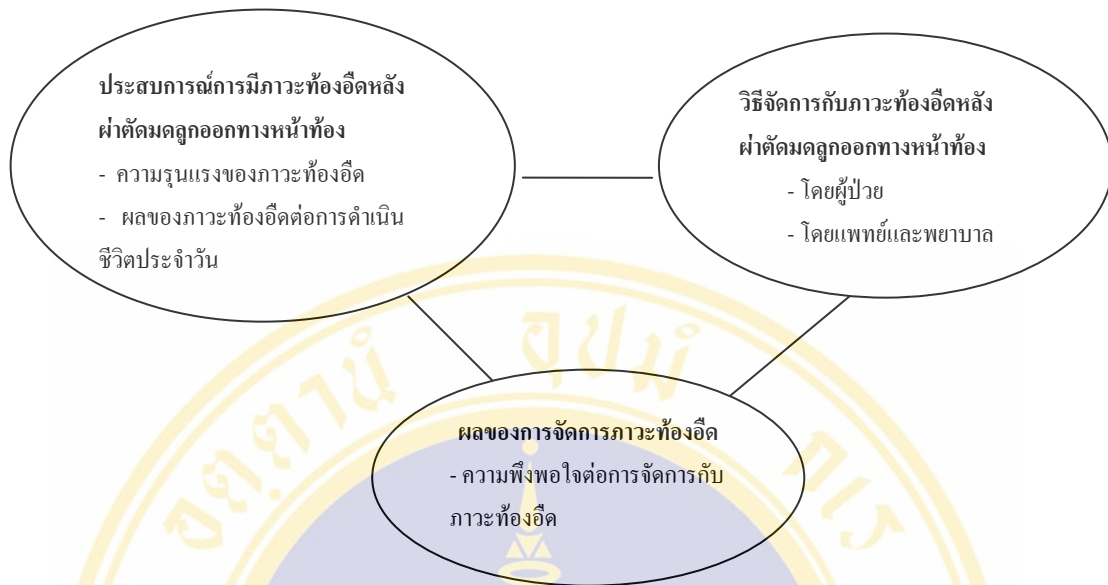
การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) มาเป็นแนวทางในการวิจัยเรื่องภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ดังนี้

การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เป็นการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อตัดอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน ผลของการผ่าตัดดังกล่าวทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานช้าลงหรือมีการหยุดการเคลื่อนไหวชั่วคราว มักในวันแรกหลังผ่าตัด และจะหายไปภายใน 2-3 วัน สาเหตุที่ทำให้ลำไส้ไม่ทำงาน ได้แก่ ผลจากการดมยาสลบ (เบญจมาศ ปรีชากุล และเบญจวรรณ ชีรเทิดตระกูล, 2546) การยับยั้งการทำงานของระบบประสาท สารสื่อประสาทถูกยับยั้ง กระบวนการอักเสบจากอวัยวะที่ผ่าตัด (กษยา ดันติผลาชีวะ, 2549) การปล่อยสารนอร์อิพิเนฟรีนของผนังลำไส้ และผลจากยาลดปวด (เบญจมาศ ปรีชากุล และเบญจวรรณ ชีรเทิดตระกูล, 2546) จึงเกิดภาวะท้องอืด เกิดการรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ประสบการณ์ดังกล่าวนี้จะมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันออกไป เป็นผลเนื่องมาจาก

ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะท้องอืด ได้แก่ ปัจจัยด้านสรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม การรับรู้ภาวะท้องอืดทำให้นุคคลประเมินตัดสินภาวะท้องอืดที่เกิดขึ้นโดยสามารถบอกให้ทราบถึงความรุนแรงของภาวะท้องอืด รวมทั้งสามารถแปลความหมายของภาวะท้องอืดและบุคคลมีการตอบสนองต่อภาวะท้องอืด เพื่อจะทำให้ภาวะท้องอืดนั้นลดลง คงไว้ซึ่งสภาพสมดุลหรือความสุขสบายที่สุด โดยปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะท้องอืดนั้นจะเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

การจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีหลายวิธี บางวิธีผู้ป่วยสามารถกระทำตัวเอง โดยผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความสามารถในการปฏิบัติไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการบรรเทาภาวะท้องอืดจากแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะใน 1-3 วันแรกหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง (กนกวรรณ บุญวิทยา, 2548) ถ้าแพทย์และพยาบาลให้การบรรเทาภาวะท้องอืดที่ไม่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังไว้ จะทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดและนอนไม่หลับ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะท้องอืดที่รุนแรงมากขึ้น แต่ถ้าผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสามารถให้การบรรเทาภาวะท้องอืดได้อย่างเพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดลดลงและมีความพึงพอใจ เพราะการบรรเทาภาวะท้องอืดเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่ผู้ป่วยหวังว่าจะได้รับจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งนับเป็นการประเมินถึงประสิทธิภาพของการบรรเทาภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยได้รับ

จากรายละเอียดข้างต้นสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภูมิที่ 1



ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยประยุกต์มาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของคอคดและคณะ (2001)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. เปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด
2. วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาล
3. ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลโดยรวม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชและหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่าง เดือน มกราคม 2551 ถึง เดือน เมษายน 2551

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการประเมิน และการจัดการภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องได้อย่างเป็นระบบ
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาล เพื่อพัฒนาการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ และปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาการศึกษาพยาบาลที่เกี่ยวกับภาวะท้องอืด

นิยามตัวแปร

ภาวะท้องอืด หมายถึง ภาวะการทำงานของระบบทางเดินอาหารหยุดชั่วคราวหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง อันเนื่องมาจากการดมยาสลบ ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกรบกวน การหลังสารสื่อประสาทลดลง การอักเสบของอวัยวะบริเวณผ่าตัด ความปวดแผลผ่าตัด และขาดปวด ทำให้มีการกั่งของน้ำและแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้ โดยประเมินภาวะท้องอืดได้จากอาการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องบอกว่าท้องอืด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะท้องอืด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ค่อนข้างมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความรุนแรงของภาวะท้องอืดอยู่ในระดับสูง

ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิต หมายถึง ผลของภาวะท้องอืดที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ประเมินโดยแบบประเมินผลของภาวะท้องอืดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังกล่าวแล้ว แบบประเมินผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประกอบด้วย ภาวะท้องอืดรบกวนด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการนอนหลับ ด้านการไอและการหายใจเข้าออกถี่ๆ และด้านการทำกิจกรรมทั่วไป ค่อนข้างมาก หมายถึง ผลของภาวะท้องอืดที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

การจัดการกับภาวะท้องอืด หมายถึง วิธีการหรือกระบวนการต่างๆที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องที่ใช้ในการจัดการกับภาวะท้องอืดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการปฏิบัติด้วยตนเอง หรือการกระทำของแพทย์ และพยาบาล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามวิธีจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืด หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีความพอใจต่อการดูแลที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพจากวิธีการต่างๆที่มีต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาล ทำให้ความต้องการจัดการกับภาวะ

ห้องอืดของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความเชื่อที่เหมาะสม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะห้องอืดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กระเนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะห้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยเรื่อง ภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง
2. ภาวะท้องอืด
3. อาการและอาการแสดงของภาวะท้องอืด
4. ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
5. การจัดการกับภาวะท้องอืด
6. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืด

การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง (abdominal hysterectomy)

การผ่าตัดมดลูกมี 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง (abdominal hysterectomy) การผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด (vaginal hysterectomy) การตัดมดลูกออกทางช่องคลอด โดยใช้กล้องส่องทางหน้าท้อง (laparoscopic hysterectomy) (Stovall, 2007)

จากสถิติการผ่าตัด 10 อันดับแรกของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรามาริปีปี 2548 พบว่าการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องอยู่ในอันดับที่ 2 และเมื่อพิจารณาเป็นรายปี มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลรามาริปีในปี พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2546 และพ.ศ. 2547 จำนวน 965 ราย 914 ราย และ 918 ราย ตามลำดับ (ข้อมูลจากหน่วยเวชสถิติของโรงพยาบาลรามาริปี, 2548) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลรามาริปีเป็นจำนวนมาก

การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เป็นการผ่าตัดที่พบได้ค่อนข้างบ่อย การผ่าตัดวิธีนี้มักใช้ในการตัดมดลูกออกหรือไม่ร่วมกับการตัดท่อนำไข่และรังไข่ออกข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างหรือในกรณีที่เนื้องอกมดลูกมีขนาดใหญ่ มะเร็งของมดลูกและรังไข่ ภาวะเยื่อโพรงมดลูกขึ้น

ผิดที่ การติดเชื้อในช่องเชิงกราน หรือมีพังพืดยึดติดบริเวณรอบลำไส้ (ญาดา ดิงธนาธิกุล และ ชาติชาย ศรีสมบัติ, 2548)

การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย 2) แพทย์จะผ่าทั้งในแนวตั้ง (vertical) บริเวณกึ่งกลาง (midline) หรือแนวขวาง (transverse) ผ่านผิวหนัง (skin), ไขมันชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous fat), เยื่อหุ้มเรคตัส (rectus sheath), กล้ามเนื้อเรคตัส แอบโดมินิส (rectus abdominis muscles), กล้ามเนื้อพีเรียมิดลิส (pyramidalis muscles), ไขมันชั้นโพรเพอริโทเนียล (properitoneal fat) และเยื่อช่องท้อง (peritoneum) เมื่อเปิดหน้าท้องในรายที่ต้องผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดรวมทั้งรังไข่ แพทย์จะตัด round ligament, infundibulo pelvic ligament, uterine vessel, uterosacral ligament และ cardinal ligament ด้วย (Baggish, 2001) ทำให้มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ เอ็น พังผืด หลอดเลือด และเส้นประสาท (Gilstrap, Cunningham, & Vandorsten, 2003)

ผลที่ตามมาของการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องประการหนึ่งคือ ภาวะท้องอืด ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องมีอาการท้องอืด คือ ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (Lillis & Lemone, 2001) การกระทบกระเทือนหรือการจับลำไส้ ทำให้มีการระคายเคืองต่อลำไส้ (Craven & Hirnle, 2003) และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง (สุพัตรา โล่ศิริวัฒน์, 2541; Craven & Hirnle, 2003)

ภาวะท้องอืด

ภาวะท้องอืด หมายถึง ภาวะที่รู้สึกแน่นอึดอัดไม่สบายในท้องจากการที่มีแรงดันในท้องเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการสะสมอาหาร น้ำ และแก๊สในระบบทางเดินอาหารมากกว่าปกติ ซึ่งมีสาเหตุจากกระเพาะอาหารและลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวลดลง (Kraft, Erstad, & Matuszewski, 2005)

ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง หมายถึง ภาวะที่กระเพาะอาหารและลำไส้มีการยืดขยายและโป่งพอง เนื่องจากการสะสมของแก๊สจำนวนมากที่ไม่ถูกดูดซึมในลำไส้ จากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และจากการผ่าตัดมีการสัมผัสลำไส้ในขณะผ่าตัด ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว (Craven & Hirnle, 2003)

ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องมักพบใน 24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Craven & Hirnle, 2003) หรือ 24 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (<http://www.nurseminerva.co.uk/nurse1.htm>)

ทิพวรรณ วัฒนเวช (2545) ศึกษาปัจจัยคัดสรร และพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ออาการท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่า ในวันที่ 1 - 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องอืดในระดับปานกลาง และในวันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องอืดในระดับเล็กน้อย

นันทาดี ศิริจันทร์และคณะ (2551) ศึกษาอาการท้องอืดและการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีจำนวน 110 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) ในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอาการท้องอืดสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง และในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอาการท้องอืดโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอาการท้องอืดขณะประหม่น อาการท้องอืดสูงสุด อาการท้องอืดต่ำสุด และอาการท้องอืดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) การจัดการกับอาการท้องอืดที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุดร้อยละ 97.3 คือ การพลิกตัวบ่อยๆ การจัดการกับอาการท้องอืดที่พยาบาลเลือกมากที่สุดร้อยละ 99.5 คือ ดูแลสิ่งแวดล้อมอาหารตามแผนการรักษา 3) ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด อาการท้องอืดรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันทุกด้านในระดับต่ำ และอาการท้องอืดสูงสุดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินชีวิตประจำวันในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับอาการท้องอืดที่ได้รับจากพยาบาลอยู่ในระดับสูง

ที่กล่าวมาเป็นอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง สำหรับอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง กนกวรรณ บุญวิทยา (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องอืดภายหลังการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องแบบไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลรามารับดี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องอืดเล็กน้อยถึงอาการท้องอืดมากใน 9 - 56 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.8 มีอาการท้องอืดใน 32 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.4 มีอาการท้องอืดนาน 8 - 40 ชั่วโมงแรก และภาวะท้องอืดมีความสัมพันธ์กับอายุ วันแรกที่ถ่ายอุจจาระ ขนาดของยาแก้ปวด และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในขณะที่มาลี งามประเสริฐและคณะ (2548) ศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการท้องอืดในผู้ป่วยทางนิเวศที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทางนิเวศที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 78 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) ในวันที่ 1 - 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องอืดในระดับปานกลางถึงระดับมาก ร้อยละ 93.6, ร้อยละ 93.6, และร้อยละ 67.9 ตามลำดับ 2) ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างไม่เรอร้อยละ 61.5 ไม่ผายลมร้อยละ 83.3 รู้สึกแน่นอึดอัดท้องระดับปานกลางถึงระดับมากร้อยละ

50 มีเสียงเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้น้อยกว่า 3 ครั้ง/นาที่ร้อยละ 88.5 และมีผลต่างของรอบท้องระดับสะดือน้อยกว่า 1.3 เซนติเมตรร้อยละ 61.5 3) ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเรอได้ 1-5 ครั้งร้อยละ 51.1 ไม่ผายลมร้อยละ 46.2 รู้สึกแน่นอึดอัดท้องระดับน้อยถึงระดับมากร้อยละ 66.4 มีเสียงเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้น้อยกว่า 3 ครั้ง/นาที่ร้อยละ 53.8 และมีผลต่างของรอบท้องระดับสะดือน้อยกว่า 1.3 เซนติเมตรร้อยละ 57.7 4) ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเรอได้ 1-5 ครั้งร้อยละ 59.0 ผายลม 1-3 ครั้งร้อยละ 50.0 รู้สึกแน่นอึดอัดท้องระดับน้อยร้อยละ 60.3 มีเสียงเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ 3-5 ครั้ง/นาที่ร้อยละ 51.3 และมีผลต่างของรอบท้องระดับสะดือน้อยกว่า 1.3 เซนติเมตรร้อยละ 73.1 5) ในวันที่ 4 และวันที่ 5 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องอืดระดับมากร้อยละ 1.3 และร้อยละ 2.6 ตามลำดับ และในวันที่ 4 และวันที่ 5 ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องอืดระดับปานกลางร้อยละ 41 และร้อยละ 15.4 ตามลำดับ

สาเหตุของการเกิดภาวะท้องอืด

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องมีภาวะทางเดินอาหารเป็นอัมพาต (paralytic ileus) หรือหยุดการเคลื่อนไหว ซึ่งทำให้เกิดภาวะท้องอืดตามมา มีสาเหตุดังต่อไปนี้

1. ระบบประสาทถูกยับยั้ง (inhibitory neural reflexes) เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติประกอบด้วย ระบบประสาทพาราซิมพาเธติก (parasympathetic nervous system) ระบบประสาทซิมพาเธติก (sympathetic nervous system) และระบบประสาทภายในทางเดินอาหาร (intrinsic nervous system) เมื่อมีการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจึงส่งผลกระทบต่อระบบประสาทเหล่านั้น ระบบประสาทซิมพาเธติกจะยับยั้งการทำงานของลำไส้ หลังการผ่าตัด catecholamine ในกระแสเลือดจะสูงขึ้น ทำให้มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติกผ่านทาง somatic nerve และ splanchnic nerve ให้หลั่งสารสื่อประสาทนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) และยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน จึงทำให้ยับยั้งการทำงานของลำไส้และมีการบีบตัวของลำไส้ลดลง (กษยา ดันติผลาชีวะ, 2549)

2. สารสื่อประสาทและสาเหตุการอักเสบ (neurotransmitter and inflammatory factors) การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องมีโอกาสเกิดการกระทบกระเทือนลำไส้ มีการจับต้องลำไส้ ทำให้แบคทีเรียที่อยู่ในลำไส้สร้างสารต่างๆ เช่น vasoactive intestinal peptide, substance P, calcitonin, gene-related peptide ทำให้ยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบของลำไส้ (หนูเพียร ชาติทองยศ, 2550) และลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวตามมา

3. ผลจากการดมยาสลบ (analgesic) การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องต้องใช้การดมยาสลบทั่วร่างกาย ซึ่งยาสลบแต่ละชนิดจะมีผลต่อการทำงานของลำไส้ โดยออกฤทธิ์ต่อระบบ

ประสาทที่ควบคุมการทำงานของลำไส้ ยาที่ยับยั้งการทำงานของกระเพาะอาหาร ได้แก่ อะโทรปีน (atropine) eflurane และฮาโลเทน (halothane) ทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร เพื่อขับเคลื่อนอาหาร น้ำ ลงไปผ่านลำไส้เล็กช้าลง (หนูเพียร ชาติทองยศ, 2550)

4. ผลของยาลดปวด (narcotic drug) ขณะทำผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องมีผลจากการดมยาสลบ (analgesia) การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องต้องใช้การดมยาสลบทั่วร่างกาย ซึ่งยาสลบแต่ละชนิดจะมีผลต่อการทำงานของลำไส้ โดยออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของลำไส้ ยาที่ยับยั้งการทำงานของกระเพาะอาหาร ได้แก่ atropine, eflurane และ halothane ทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารเพื่อขับเคลื่อนอาหาร น้ำ ลงไปผ่านลำไส้เล็กช้าออกไป (หนูเพียร ชาติทองยศ, 2550) การให้ยามอร์ฟินเพื่อระงับปวด มอร์ฟินเป็นยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) มอร์ฟินนอกจากจะช่วยบรรเทาความปวดแล้ว มอร์ฟินยังออกฤทธิ์ต่อกลุ่มเซลล์ในผนังทางเดินอาหาร โดยกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน (กษยา ดันติผลาชีวะ, 2549) ทำให้ลดการหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร ทำให้อาหารเคลื่อนผ่านกระเพาะอาหารไปยังลำไส้เล็กช้าลง หรือลำไส้เล็กมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดลดลง (จิตติมา ชินะโชติ, 2541) จากการศึกษาของคาลิ, มิติ, สแวนสัน, และฟรีแมน (Cali, Meade, Swanson, & Freeman, 2000) เกี่ยวกับการผลกระทบของมอร์ฟิน และขนาดของแผลผ่าตัดต่อการทำงานของลำไส้หลังได้รับการผ่าตัดลำไส้ พบว่า ระยะเวลาการเริ่มทำงานของลำไส้มีความสัมพันธ์กับปริมาณมอร์ฟินที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5. ความปวด ความปวดกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกทำให้การไหลเวียนของเลือดและการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง ส่งเสริมให้มีภาวะท้องอืดมากขึ้น และความปวดยังทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว กล้ามเนื้อระบบทางเดินอาหารจะคลายตัวและอ่อนแรงด้วย จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดมีอาการแน่นอึดอัด ท้องผูก และมีอาการคลื่นไส้อาเจียน (ทิพวรรณ วัฒนเวช, 2545; หนูเพียร ชาติทองยศ, 2550)

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะท้องอืด (pathophysiology)

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดภาวะท้องอืดมีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือด (change in blood flow) เมื่อมีภาวะลำไส้หยุดทำงานจึงทำให้สิ่งที่อยู่ในลำไส้ไม่สามารถเคลื่อนตัวได้ไปตามปกติ เกิดการคั่งของน้ำย่อย แก๊สอาหารและสารอื่นๆในลำไส้ การไหลเวียนของเลือดจะลดลง เลือดที่แทรกซึมผ่านชั้นเยื่อเมือกและชั้นเซลล์เยื่อของทางเดินอาหารลดลง การตอบสนองคือ ตัว villi ซึ่งทำหน้าที่เพิ่มกระบวนการดูดซึมของระบบทางเดินอาหารจะตายไป มีผลต่อระบบขนส่ง การป้องกันแบคทีเรียและสารพิษและสารคัดหลั่งหรือเลือดเข้าสู่ทางเดินอาหารลดลง หากไม่มีการป้องกันรักษาภาวะดังกล่าว อาจทำ

ให้ชั้นเยื่อเมือกขาดเลือด มีการตายของเซลล์ ผังลำไส้ทะลุและผนังช่องท้องอักเสบ ติดเชื้อ มีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 30 (หนูเพียร ชาติทองยศ, 2550; Summers, 2003)

2. การเปลี่ยนแปลงเชื้อจุลินทรีย์ในลำไส้ (change in bowel flora) ตามปกติกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ตอนต้นจะมีเชื้อจุลินทรีย์จำนวนหนึ่ง เพื่อช่วยในกระบวนการย่อยและบีบตัวของทางเดินอาหาร โดยปกติถ้ามีภาวะกรดมากๆ เชื้อจุลินทรีย์จะถูกทำลายแต่เมื่อภาวะหยุดทำงานของทางเดินอาหาร จะพบว่าเชื้อจุลินทรีย์เพิ่มมากขึ้นภายหลังจากการที่ มีการค้างของสารต่างๆ โดยเฉพาะเชื้อจุลินทรีย์จำพวก anaerobic bacteroides และเชื้อแกรมลบ เมื่อมีเชื้อจุลินทรีย์มากจะทำให้การดูดซึมผิดปกติ ชั้นเยื่อเมือกถูกทำลาย มีการผลิตแก๊สจำนวนมาก มีการสลายกรดไขมันและโปรตีน เกิดการขาดวิตามิน B12 นอกจากนี้แล้วภาวะที่มีเชื้อจุลินทรีย์เพิ่มมากขึ้น ยังทำให้ผนังลำไส้ขาดเลือด เกิดเนื้องายนำไปสู่การมีเลือดออก และการยอมให้การซึมผ่านของสารพิษมากขึ้น มีการอักเสบของผนังกล้ามเนื้อท้อง ส่งผลให้แผลผ่าตัดติดเชื่อได้ (หนูเพียร ชาติทองยศ, 2550; Summers, 2003)

3. การเปลี่ยนแปลงของปริมาตรของเหลวในลำไส้ (change in bowel content) กระบวนการดูดซึมอาหารและการกักตุนน้ำ และอิเล็กโทรลัยต์ มักจะเกิดขึ้นบริเวณลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะการดูดซึมสูงสุดจะเกิดขึ้นบริเวณ duodenum และ jejunum เมื่อมีอาการท้องอืดชั่วคราว จำนวนน้ำและอิเล็กโทรลัยต์จะมีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ จะมีการดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ลดลง แต่จะมีการกักตุน น้ำ โซเดียม โพแทสเซียม เข้าสู่ต่อทางเดินอาหารมากขึ้น ปริมาตรสารดังกล่าวจึงมีมากขึ้น และมีภาวะแก๊สที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการผลิตของเชื้อจุลินทรีย์ จึงทำให้มีการขยายของช่องท้อง กะบังลมเคลื่อนตัวผิดปกติ สร้างความไม่สบาย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการปวดท้อง หายใจลำบาก และถ้าหากมีปริมาณน้ำ โซเดียม โพแทสเซียม และแก๊สมากๆ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอาเจียนอย่างรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ได้ (หนูเพียร ชาติทองยศ, 2550; Porth, 2007; Summers, 2003)

4. การเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหว (change in motility) ในภาวะปกติที่ร่างกายไม่ได้รับประทานอาหารหรือมีการอดอาหาร ระบบทางเดินอาหารจะมีการบีบตัวทุก 90 นาที เพื่อบีบไล่สารน้ำหรือสารอาหารที่ตกค้าง เริ่มตั้งแต่กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก มายังลำไส้ใหญ่ ที่เรียกว่าการบีบเคลื่อนซับซ้อนในระหว่างมื้ออาหาร (Migrating Motor Complex: MMC) แต่เมื่อมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดอันเนื่องมาจากกลไกการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของทางเดินอาหารหยุดทำงานจากการที่ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบประสาทภายในทางเดินอาหารและการหลั่งฮอร์โมนถูกรบกวน จึงมีผลต่อการบีบตัวของ MMC (หนูเพียร ชาติทองยศ, 2550; Summers, 2003) โดยพบว่าการผ่าตัดที่มีการตัดกล้ามเนื้อหน้าท้องจะยับยั้ง MMC ชั่วคราว ส่วนการผ่าตัดที่มีการตัดผ่านเยื่อช่องท้องจะทำให้ MMC หายไป ดังนั้นจึงพบว่าการบีบตัวของทางเดินอาหารลดลง และทำให้ไม่มี

เสียงที่เกิดจากการบีบตัวของลำไส้ (bowel sounds) (กษยา ดันติผลาชีวะ, 2549; หนูเพียร ชาติทองยศ, 2550)

อาการและการแสดงของภาวะท้องอืด

พยาบาลสามารถประเมินภาวะท้องอืดได้จากการรวบรวมข้อมูลโดยการซักถามผู้ป่วย สังเกตอาการ และการตรวจร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งอาศัยความรู้เกี่ยวกับอาการ และการแสดงของ ภาวะท้องอืดเป็นแนวทาง ดังนี้

1. ข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย (subjective data)

1.1 ความรู้สึกอึดอัดในท้อง (feeling of fullness) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทาง หน้าท้องเมื่อมีภาวะท้องอืด ผู้ป่วยจะบอกว่ารู้สึกแน่นอึดอัด ไม่สบายท้อง ปวดท้อง หรือปวดท้อง มากจนคั้น (colicky pain) เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายจะรู้สึกไม่สุขสบายและหายใจสั้น (ธนิต วัชรพุกก์, 2544; Summers, 2003) เนื่องจากการสะสมของแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้มาก ทำให้มีการ ยืดขยาย และโป่งพองของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้มีการเพิ่มแรงดันในช่องอก และขัดขวาง การหดตัวเคลื่อนต่ำลงของกระบังลมในขณะที่หายใจเข้า

1.2 การเรอ (belching) คือ การขย้อนเอาแก๊สที่อยู่ในทางเดินอาหารออกทางปาก เนื่องจากตามปกติในทางเดินอาหารจะมีแก๊สอยู่ประมาณ 200 มิลลิลิตร (Ganong, 1997) ถ้ามีแก๊ส สะสมอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้มากขึ้น จะส่งผลให้มีการยืดขยายและโป่งพองของอวัยวะ ดังกล่าว ทำให้มีการเพิ่มแรงดันในช่องท้องมากขึ้น โดยจะไปขัดขวางการหดตัวและเคลื่อนต่ำลง ของกระบังลมในขณะที่หายใจเข้า จากแรงดันของช่องท้องที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความแตกต่างของ ความดันระหว่างช่องท้องและช่องอก เพื่อบีบไล่อากาศจากกระเพาะอาหารไปยังหลอดอาหารและ ปาก แต่ในภาวะที่มีการเคลื่อนไหวน้อยของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กน้อยหรือไม่เคลื่อนไหวนั้น ก็จะทำให้กระเพาะอาหารไม่สามารถบีบไล่แก๊สออกมาได้ (หนูเพียร ชาติทองยศ, 2550; Ohge & Levitt, 2006)

1.3 การผายลม (flatus) คือ การที่แก๊สอยู่ในทางเดินอาหารส่วนล่างถูกขับออกมา ทางทวารหนัก โดยการเคลื่อนไหวนบีบรัดของลำไส้ใหญ่อย่างรุนแรง เนื่องจากมีแก๊สจำนวนมากไปประกายเคียงต่อผนังกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่ ปกติแบคทีเรียที่อยู่ในลำไส้ใหญ่จะสร้างแก๊สซึ่ง ประกอบด้วยคาร์บอนไดออกไซด์ มีเทน และไฮโดรเจน นอกจากนี้ยังมีแก๊สที่ซึมจากกระแสเลือด เข้าไปในลำไส้ ปกติจะมีแก๊สในลำไส้ใหญ่วันละประมาณ 7-10 ลิตร และแก๊สในลำไส้ใหญ่เหล่านี้ ถูกขับออกทางทวารหนักวันละประมาณ 0.6 ลิตร (Guyton, 2006) และผายลมออกมาวันละ 10-20 ครั้ง (Ohge & Levitt, 2006) โดยแก๊สส่วนที่เหลือจะถูกดูดซึมที่ลำไส้และกระเพาะอาหาร แต่ใน

ภาวะที่กระเพาะอาหารและลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับแก๊สออกมาทางทวารหนักได้

2. ข้อมูลจากการสังเกต และการตรวจร่างกาย (objective data)

2.1 เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ คือ การฟังเสียงที่เกิดจากการบีบตัวของลำไส้ (bowel sound) สังเกตลักษณะเสียงและนับจำนวนครั้งต่อนาที ในภาวะปกติเมื่อฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้จะได้ยินเสียงดังกร๊อก กร๊อก คล้ายเทน้ำออกจากขวด ได้ยินเสียงเหล่านี้ทุก 5 -10 วินาที และได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้จำนวน 5 - 34 ครั้ง/นาที (Lumley, 2001; Bickley & Szilagyi, 2003) หลังผ่าตัดช่องท้องพยาบาลจึงควรฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ทุก 2 - 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของลำไส้หลังผ่าตัด

2.2 ความยาวเส้นรอบวงของท้อง คือ การใช้สายวัด วัดความยาวเส้นรอบวงของท้องในระดับสะดือ เนื่องจากเมื่อมีภาวะท้องอืด จำนวนน้ำและอิเล็กโตรลัยต์มีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ มีการดูดซึมน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ลดลง แต่มีการคั่งหลังน้ำ โซเดียมและโปแตสเซียม เข้าสู่ท่อทางเดินอาหารมากขึ้น ปริมาตรสารดังกล่าวจึงมีมากขึ้น ประกอบกับมีภาวะแก๊สเพิ่มขึ้นจากการผลิตของเชื้อจุลินทรีย์ เมื่อมีแก๊สสะสมในกระเพาะอาหารและลำไส้มาก จะส่งผลให้มีการยืดขยายและโป่งพองของอวัยวะดังกล่าว (Summers, 2003) ทำให้ความยาวเส้นรอบวงของท้องยาวมากกว่าปกติอย่างน้อย 2 เซนติเมตร (Ohge & Levitt, 2006) และพยาบาลควรวัดความยาวเส้นรอบวงของท้องเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของภาวะท้องอืด (Craven & Hirnle, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องการประเมินอาการท้องอืดพบว่า มีผู้นำความรู้สึกแน่นอึดอัดท้องเพียงอย่างเดียวไปประเมินอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหน้าท้อง ดังเช่น จำเรียง ภัทรธรรมาภรณ์ (2548) ศึกษาผลของการนวดจุดฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินอาการท้องอืดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประเมินความรู้สึกแน่นอึดอัดท้องของผู้ป่วย

นันทาวดี ศิริจันทร์และคณะ (2551) ศึกษาอาการท้องอืดและการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีจำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินอาการท้องอืดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประเมินความรู้สึกแน่นอึดอัดท้องของผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังมีผู้นำความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง ร่วมกับอาการเรอ ผายลม เสียงเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ และความยาวของเส้นรอบวงท้องระดับสะดือไปประเมินอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหน้าท้อง ดังเช่น มาลี งามประเสริฐและคณะ (2548) ศึกษาโปรแกรมการ

จัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยทางนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 78 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินอาการท้องอืดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการท้องอืดของทิพวรรณ วัฒนเวช (2545) แบบประเมินอาการท้องอืดประกอบด้วย 1) อาการเรอ 2) การผายลม 3) ความรู้สึกแน่นอึดอัดในท้อง 4) เสียงเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ และ 5) ผลต่างของรอบท้องระดับสะดือ

หนูเพียร ชาทองยศ (2550) ศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในไต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในไตที่โรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินอาการท้องอืดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการท้องอืดของวิเศษ รัตนสุวรรณ (2535) และทิพวรรณ วัฒนเวช (2545) แบบประเมินอาการท้องอืดประกอบด้วย 1) ความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง 2) การเรอ 3) การผายลม 4) เสียงเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ และ 5) ขนาดเส้นรอบท้องระดับสะดือ

ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดดมลูกออกทางหน้าท้องมีภาวะท้องอืด ร่างกายจะมีปฏิกิริยาต่อภาวะท้องอืดด้วยการเพิ่มการทำงานของอวัยวะต่างๆ เนื้อเยื่อบางส่วนจะมีภาวะพร่องออกซิเจน พลังงานที่สะสมไว้จะถูกนำไปใช้ ผู้ป่วยมักเกิดความอ่อนล้า ทั้งภาวะอ่อนล้า ซึ่งรบกวนการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายลดลง และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ (Babak & Michael, 2007) ผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะท้องอืดมากจนนอนราบไม่ได้ ทำให้นอนไม่หลับ หรือหลับได้ไม่เพียงพอ (ปีตันธิ์ ลิจิตถาวร, 2546) นอกจากนั้นภาวะท้องอืดยังรบกวนอารมณ์ และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น อนึ่งภาวะท้องอืดจะเพิ่มความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด (Babak & Michael, 2007) รวมทั้งขัดขวางการเคลื่อนไหวของกระบังลมในขณะที่มีการหายใจเข้า ทำให้ผู้ป่วยหายใจไม่สะดวก และปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ จึงอาจทำให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจน (ประณีต ส่งวัฒนา, 2544) หรืออาจทำให้ปอดแฟบ หรือปอดอักเสบ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2548)

การจัดการกับภาวะท้องอืด

การจัดการกับภาวะท้องอืดสามารถแบ่งได้ 2 วิธี คือ

1. การจัดการกับภาวะท้องอืดโดยใช้ยา

1.1 การใช้ยาขับลม เช่น คาร์มินทิฟ (carminative) คาร์มินทิฟเป็นยาผสมที่มีรสเผ็ดร้อน และสารที่มีสูตรโครงสร้างแบบ aromatic ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อ

เชื่อกันว่ากระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวแบบบีบรัดมากขึ้น ช่วยในการขับแก๊สออกมาจากลำไส้ใหญ่ จึงทำให้ผู้ป่วยประทุษร้ายเกิดความรู้อีกครั้งตั้งแต่หลอดอาหารจนถึงกระเพาะอาหาร และเรอเอาแก๊สออกมา (นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์, 2546)

การใช้ยาขับลมในกลุ่ม simethicone เช่น Air-x ลดอาการอัดแน่นท้องโดยเปลี่ยนความตึงผิวของฟองอากาศหรือแก๊สในกระเพาะลำไส้ ทำให้ฟองอากาศที่รวมตัวกันแตกได้ และป้องกันไม่ให้เยื่อเมือกเกาะหุ้มฟองอากาศเหล่านี้ ทำให้เรอ ขับลมหรือผายลมได้สะดวกขึ้น (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545)

1.2 การใช้ยาลดกรด (antacid) ยาลดกรดเป็นยาที่มีฤทธิ์เป็นด่างปานกลาง ยา ลดกรดจะทำปฏิกิริยากับกรดเกลือในกระเพาะอาหาร จึงลดปริมาณของกรดที่จะทำปฏิกิริยากับไบคาร์บอเนตที่มีอยู่ในน้ำย่อย ทำให้เกิดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์น้อยลง นอกจากนี้ซิลิโคนซึ่งเป็นตัวยาที่ผสมอยู่ในยาลดกรดยังทำให้เกิดการรวมตัวของแก๊สในกระเพาะอาหารจนมีปริมาณมาก จะถูกขับออกโดยรีเฟล็กซ์การเรอ ช่วยผ่อนคลายอาการแน่นอึดอัด (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545; นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์, 2546)

1.3 การใช้ยาระบาย (stimulant laxative) เช่น dulcolax ซึ่งเป็นยาในกลุ่มยาระบายออกฤทธิ์ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุลำไส้ กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด และการหลั่งน้ำย่อยเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้มีการขับถ่ายอุจจาระ การใช้ยาระบายอาจให้โดยการรับประทานหรือใช้เหน็บทางทวารหนัก (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545)

2. การจัดการกับภาวะท้องอืดโดยไม่ใช้ยา

2.1 การให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและน้ำทางปาก การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดเริ่มจากการให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและน้ำทางปาก เพราะอาหารที่รับประทานเข้าไปนอกจากจะไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้แล้ว ยังกระตุ้นการหลั่งน้ำย่อย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแน่นอึดอัดเพิ่มขึ้น (Litwack, 2000)

2.2 การใส่สายยางเข้าทางจมูกไปถึงกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) ถ้าผู้ป่วยดื่มน้ำและน้ำทางปากแล้วยังมีอาการท้องอืดอยู่อีก แพทย์จะใส่สายยางเข้าทางจมูกจนถึงกระเพาะอาหาร บางครั้งแพทย์อาจให้ต่อสายยางกับเครื่องดูด เพื่อดูดเอาแก๊สและสารเหลวที่อยู่ในกระเพาะอาหารออกมา ทำให้ลำไส้ลดความโป่งพอง และลดแรงกดที่ผนังลำไส้ทำให้เลือดไหลเวียนไปผนังลำไส้ได้ดีขึ้น ลดบวมและลดปวด (Craven & Hirnle, 2003; Litwack, 2000) อย่างไรก็ตามการใส่สายยางเข้าทางจมูกทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน เนื่องจากรู้สึกระคายเคืองต่อสายยางที่อยู่ในลำคอ ทำให้เจ็บคอ และหายใจไม่สะดวก (ชวลี เข้มวงษ์, 2543)

2.3 การออกกำลังอย่างมีแบบแผน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการออกกำลังบนเตียงได้แก่ การออกกำลังโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในขณะที่นอนพักบนเตียง การพลิกตัว และการลุกจากเตียงได้เร็วหลังผ่าตัด เพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ และช่วยขับแก๊สออกไป (หนูเพียร ชาทองยศ, 2550)

2.4 การนวด การนวดเป็นการผ่อนคลาย ทำให้ลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดได้ เช่นจากการศึกษาของ จำเรียง ภัทรธรรมาภรณ์ (2548) ซึ่งศึกษาผลของการนวดจุดฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 60 คนที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง และได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมสามัญ และหอผู้ป่วยนรีเวชกรรมพิเศษ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 30 คนเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการนวดจุดฝ่าเท้าวันละครั้ง ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลา 3 วัน และกลุ่มตัวอย่างอีก 30 คนเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า 1) ใน 3 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของอาการท้องอืดและความทุกข์ทรมานหลังการนวดจุดฝ่าเท้าน้อยกว่าก่อนการนวดจุดฝ่าเท้า และมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้หลังการนวดจุดฝ่าเท้ามากกว่าก่อนการนวดจุดฝ่าเท้า 2) ใน 3 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของอาการท้องอืด และความทุกข์ทรมาน ก่อนและหลังการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน และมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้ในวันที่ 1 และ 3 หลังผ่าตัด ก่อนและหลังการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ส่วนในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้ ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติมากกว่าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 3) ใน 3 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของอาการท้องอืด และความทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

2.5 การให้อาหาร (feeding protocol) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการปรับการกินอาหาร เพื่อลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัด โดยมีการศึกษาว่าควรให้อาหารผู้ป่วยทั้งทางปากและทางสายจุมูก โดยอาหารมีผลต่อกลไกกระตุ้นปฏิกิริยาที่ทำให้มีการบีบตัวของทางเดินอาหารอย่างเป็นระบบ ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนจากทางเดินอาหารที่เพิ่มการทำงานของลำไส้ได้ ได้แก่ วิธีการให้อาหารที่มีกากใยสูงก่อนการผ่าตัดจะมีระยะเวลาการมีท้องอืดลดลง การให้อาหารหลอก (sham feeding) โดยการเคี้ยวหมากฝรั่ง การให้อาหารหลอก (sham feeding) จะกระตุ้นประสาทเวกัสในทางเดินอาหาร ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน gastrin, pancreatic, polypeptide และ neurotensin ช่วยให้การบีบตัวของทางเดินอาหารได้ (กษยา ดันติผลาชีวะ, 2549) ดังการศึกษาของซุสเตอร์, กริวอล, เกรนีย์ และ

เวคแมน (2006) ได้ศึกษาการเคี้ยวหมากฝรั่งช่วยลดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่าง 34 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 17 คน กลุ่มควบคุมไม่ได้เคี้ยวหมากฝรั่ง กลุ่มทดลองในวันแรกหลังผ่าตัดเคี้ยวหมากฝรั่งวันละ 3 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมงต่อขึ้น จนกว่าจะหายลม และวันต่อมาจนถึงวันกลับบ้านให้กลุ่มทดลองหลังจากเคี้ยวหมากฝรั่งวันละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีการหายลมเร็วกว่ากลุ่มควบคุม 15 ชั่วโมง 2) กลุ่มทดลองมีการเคลื่อนไหวของลำไส้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม 26 ชั่วโมง 3) กลุ่มทดลองมีความรู้สึกหิวเร็วกว่ากลุ่มควบคุม 9 ชั่วโมง 3) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 2 วัน และกลุ่มทดลองไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

สำหรับประเทศไทย หนูเพียร ชาทองยศ (2550) ศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในไต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตที่โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 30 คน เมื่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างรู้สึกตัวดีในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่งวันละ 3 ครั้งๆละ 1 ช้อนชา 1 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า 1) วันที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดน้อยกว่าวันที่ 1 หลังผ่าตัด โดยวันที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืด 8.55 คะแนน (SD = 1.92) และวันที่ 1 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืด 10.86 คะแนน (SD = 1.38) 2) วันที่ 1 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการท้องอืดเล็กน้อยและท้องอืดปานกลางร้อยละ 40 และร้อยละ 60 ตามลำดับวันที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการท้องอืดเล็กน้อยและท้องอืดปานกลางร้อยละ 83.33 และร้อยละ 16.67 ตามลำดับ และ 3) วันที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยร้อยละ 90 รับประทานอาหารอ่อนได้

จากผลการศึกษาของซุสเตอร์และคณะ (2006) และหนูเพียร ชาทองยศ (2550) แสดงว่าการเคี้ยวหมากฝรั่งช่วยบรรเทาอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในไตตามลำดับ

2.6 วิธีเบี่ยงเบนทางจิตวิทยา (psychologic suggestion) จากการศึกษาของ Disbrow อ้างถึงใน กษยา ดันติผลาชีวะ (2549) พบว่าการให้ข้อมูลของการกลับมาทำงานของทางเดินอาหารร่วมกับการฟังเพลงชักนำจินตนาการ ก่อนและหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่สามารถลดระยะเวลาการมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการจัดการกับอาการท้องอืด นันทาวดี ศิริจันทร์ และคณะ (2551) ศึกษาอาการท้องอืดและการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีจำนวน 110 คน ในเรื่องการจัดกรกับอาการท้องอืด ผลการศึกษาพบว่า การจัดการกับอาการท้องอืดที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุด

ร้อยละ 97.3 คือ การพลิกตัวบ่อยๆ การจัดการกับอาการท้องอืดที่พยาบาลเลือกมากที่สุดร้อยละ 99.5 คือ ดูแลให้น้ำดื่มตามแผนการรักษา

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืด

ความพึงพอใจเป็นแนวคิดที่สลับซับซ้อน เป็นการรวมทัศนคติทางบวก หรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อประสบการณ์ และการประเมินผลการรับรู้จากปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ เป็นลักษณะหลายมิติ บุคคลจะพอใจหากได้รับการตอบสนองไปในทางเดียวกับที่ตนเคยมีประสบการณ์มา (Hodnett, 2002 อ้างในอรพรรณ ไชยชาติ, 2548)

ในขณะที่เพาเวลล์ (Powell, 1983) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากความสมดุลระหว่างความต้องการของบุคคล และการได้รับการตอบสนอง

เมื่อพิจารณาถึงความพึงพอใจของผู้ป่วย ลาโมนิกา (Lamonica et al, 1986 as cited in Aspinal, Addington-Hall, Hughes, & Higginson, 2003) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วย คือ ความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีความพอใจต่อการดูแลที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพจากวิธีการพยาบาลนั้นๆ โดยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาล เป็นการประเมินเจตคติระหว่างการพยาบาลตามความคาดหวัง และการพยาบาลที่ได้รับจริงตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยเจตคติตามนัยนี้หมายถึง ผลรวมของความรู้สึกนึกคิด และเป็นสิ่งที่ส่งผลถึงพฤติกรรมที่ตามมา (Risser, 1975) นอกจากนั้นความพึงพอใจของผู้ป่วยยังใช้เป็นดัชนีในการประเมินประสิทธิภาพของการบริการทางสุขภาพ (Yellen, Davis, Ricard, 2002) บริการทางการแพทย์และบริการทางการแพทย์ (Oberst, 1984) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพ พบว่า นักวิจัยวัดความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ เพื่อประเมินคุณภาพการดูแล ลักษณะคำถามที่ใช้ถามความพึงพอใจของผู้ป่วยมีทั้งการถามคำถามตรงๆ เกี่ยวกับระดับของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ได้รับ เช่น “ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อบรรเทาความปวดจากแพทย์และพยาบาลในระดับใด” (The APS, 1995) รวมถึงการวัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในสเกลของคุณภาพชีวิต และอาการแสดงต่างๆ เช่น “ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับหรือไม่” ซึ่งเป็นการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยทั่วไป อย่างไรก็ตาม การถามถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยตรงก็ไม่สามารถวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ เพราะผู้เก็บข้อมูลไม่ได้สะท้อนถึงความพึงพอใจซึ่งมีหลายมิติ (Lamonica et al, 1986 as cited in Aspinal et al, 2003) ในทางตรงกันข้าม คำถามที่ไม่ได้ถามความพึงพอใจโดยตรงก็สามารถสะท้อนถึงความพึงพอใจที่มีลักษณะหลายมิติได้ เมื่อพยายามสอบถามคุณภาพของการบริการให้ชัดเจน (Jamison et al, 1997; Williams, 2000 as cited in Aspinal

et al, 2003) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้วิจัยในการกล่าวถึงความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในลักษณะใด

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยถามถึงระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดทั้งของแพทย์และพยาบาล อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องโดยตรง มีงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันดังการศึกษาของนนทาวดีศิริจันทร์และคณะ (2551) ศึกษาอาการท้องอืดและการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ในเรื่องความพึงพอใจต่อการจัดการกับอาการท้องอืดที่ได้รับ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับอาการท้องอืดที่ได้รับจากพยาบาลอยู่ในระดับสูง

ภาวะท้องอืดเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ซึ่งถือว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน รบกวนการดำรงชีวิตตามปกติ และมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ด้วยเหตุนี้การบรรเทาภาวะท้องอืดจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องทุกคนต้องการได้รับ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้ว่าปัจจุบันมีการให้ความสำคัญกับภาวะท้องอืด และวิธีจัดการกับภาวะท้องอืดมากขึ้น แต่ยังพบว่าการจัดการกับภาวะท้องอืดยังอยู่ในระดับที่ไม่สูง ดังนั้นการศึกษาระดับท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืดโดยผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ช่วยให้เกิดความเข้าใจภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องได้ชัดเจนขึ้น และเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องให้ดียิ่งขึ้นไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่นำมาศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวช และหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2551 โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

คุณสมบัติที่คัดเลือกไว้ศึกษา

1. มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 15 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง และได้รับขระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
3. มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด
4. รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

คุณสมบัติที่ไม่นำมาศึกษา

1. มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด เช่น ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน เสียเลือดมาก หรือย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น

2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

ขนาดตัวอย่าง และวิธีที่ใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

$$n = 10k + 50$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปร

ในการศึกษานี้มีตัวแปร 4 ตัวแปร ได้แก่ ภาวะท้องอืด ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืด

จึงคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$\begin{aligned}n &= 10 (4) + 50 \\&= 90\end{aligned}$$

ขนาดตัวอย่างที่ยอมรับได้เท่ากับ 90 ราย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลจนครบ 4 เดือน ได้ขนาดตัวอย่าง 100 ราย

สถานที่เก็บข้อมูล

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากหอผู้ป่วยนรีเวช และหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

หอผู้ป่วยนรีเวช รับผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ารับการรักษและผ่าตัดทางนรีเวช มีจำนวนเตียงทั้งหมด 22 เตียง มีจำนวนพยาบาล 12 คน และผู้ช่วยพยาบาล 16 คน แบ่งการดูแลออกเป็นเวรเช้า มีพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 4 คน เวรบ่าย มีพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 4 คน หนึ่งทุกวันเวลา 19.00 น. พยาบาลเวรบ่ายจะให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม โดยพยาบาลให้ผู้ป่วยชม CD เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ส่วนเวรดึก มีพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย 2 คน และผู้ช่วยพยาบาล 3 คน

หอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ รับผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ารับการคลอด การรักษ และผ่าตัดทางนรีเวช มีจำนวนเตียงผู้หญิง 26 เตียง และมีจำนวนเตียงเด็ก 18 เตียง มีจำนวนพยาบาล 21 คน และผู้ช่วยพยาบาล 18 คน แบ่งการดูแลออกเป็นเวรเช้า มีพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 5 คน เวรบ่าย มีพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน หนึ่งทุกวันเวลา 20.00 น. พยาบาลเวรบ่ายจะให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ส่วนเวรดึก มีพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย 2 คน และผู้ช่วยพยาบาล 2 คน

หลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและมีสภาพร่างกายพร้อม พยาบาลทั้งหอผู้ป่วยนรีเวชและหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมือนกันคือ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ รวมถึงสอบถามภาวะท้องอืดทั้งก่อนและหลังให้ยาบรรเทาภาวะท้องอืด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ คือ

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพรวม 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2 และ 3

- 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ได้แก่ ประสบการณ์ภาวะท้องอืดในอดีต การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาปวดและยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาภาวะท้องอืดในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด รวม 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 6, 7, 8 และ 9

2. แบบสอบถามภาวะท้องอืด ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามภาวะท้องอืดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามในแบบสอบถามประกอบด้วย

- 2.1 ข้อคำถามที่ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืด โดยให้ผู้ป่วยเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะท้องอืดที่ประสบอยู่ โดยมีค่าคะแนน 0 - 10 คะแนน และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0, 5 และ 10 (0 หมายถึง ไม่มีภาวะท้องอืดเลย 5 หมายถึง มีภาวะท้องอืดปานกลาง และ 10 หมายถึง มีภาวะท้องอืดมากที่สุด) ข้อคำถามที่ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืดมีข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 โดยมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน

- 2.2 ข้อคำถามที่ใช้ประเมินผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการนอนหลับ ด้านการไอหรือการหายใจเข้าออกถี่ๆ และด้านการทำกิจกรรมทั่วไป ให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก มีค่าคะแนน 0 - 10 คะแนน และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0, 5 และ 10 (0 หมายถึง ไม่รบกวนเลย 5 หมายถึง รบกวนปานกลาง และ 10 หมายถึง รบกวนมากที่สุด) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 3, 4, 5, 6, และ 7 การคิดคะแนนคิดเป็นรายข้อแยกจากกัน แต่ละข้อมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน

- 2.3 ข้อคำถามที่ใช้ประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืด ที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์และพยาบาลโดยรวม ให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก มีค่าคะแนน 0 - 10 คะแนน และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0, 5 และ 10 (0 หมายถึง ไม่พึงพอใจ 5 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง และ 10 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 8 และในข้อที่ 9 เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบในกรณีที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ

สำหรับการกำหนดระดับภาวะท้องอืด การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม และความพึงพอใจนั้น ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ มีคะแนนระหว่าง 1 - 4 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความรุนแรงของภาวะท้องอืด/ การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม/ ความพึงพอใจระดับต่ำ

ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 5 - 6 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความรุนแรงของภาวะท้องอืด/ การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม /ความพึงพอใจระดับปานกลาง

ระดับสูง มีคะแนนระหว่าง 7 - 10 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความรุนแรงของภาวะท้องอืด/ การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม/ความพึงพอใจระดับสูง

3. แบบสอบถามการจัดการกับภาวะท้องอืดโดยผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.1 วิธีจัดการกับภาวะท้องอืดโดยผู้ป่วย คือข้อคำถามที่ 10 กำหนดตัวเลือก 8 ตัวเลือก และเปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆในตัวเลือกที่ 9 ให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกวิธีจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยปฏิบัติ โดยผู้ป่วยเลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

3.2 วิธีจัดการกับภาวะท้องอืดโดยแพทย์ และพยาบาล คือ ข้อคำถามที่ 11 กำหนดตัวเลือก 9 ตัวเลือก และเปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆในตัวเลือกที่ 10 ให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกวิธีจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ และพยาบาล โดยผู้ป่วยเลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะท้องอืดไปตรวจหาความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านภาวะท้องอืด 2 ท่าน อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วยนรีเวช 1 ท่าน และหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง 1 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80

การหาความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะท้องอืดใช้วิธีหาความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจำนวน 30 ราย ด้านความรุนแรงของภาวะท้องอืดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84, .75 และ .82 ตามลำดับ ส่วนผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 และ .94 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้จริงในผู้ป่วยจำนวน 100 ราย ในการประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .86, .77 และ .82 ตามลำดับ ส่วนผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 และ .95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับขั้นตอน

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยนรีเวช และหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ ของโรงพยาบาลรามาธิบดีด้วยตนเอง โดยปฏิบัติดังนี้

1. เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยนรีเวช และหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษของโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยแจ้งเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง 1 วันก่อนผ่าตัด จากใบบันทึกเตรียมการผ่าตัดของผู้ป่วยประจำหอผู้ป่วยนรีเวช และหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
3. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย พร้อมบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และแจ้งเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ
4. เมื่อผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการ โดยอธิบายถึงการตอบแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถาม ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟังแล้วให้ผู้ป่วยเลือกตอบ
5. วันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืด โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม เลือกตอบให้ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ใช้เวลาในการประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืดประมาณ 20 นาที
6. วันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยจะประเมินการตอบสนองต่อภาวะท้องอืด วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยใช้ และได้รับจากแพทย์และพยาบาล ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งความพึงพอใจที่ผู้ป่วยมีต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม เลือกตอบให้ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด 20 นาที
7. เมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูล

8. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ได้แก่ ประสบการณ์ภาวะท้องอืดในอดีต การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ยาบรรเทาความปวด และยาบรรเทาภาวะท้องอืดที่ได้รับใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยดูจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และแบบบันทึกการให้ยาที่พยาบาลบันทึกไว้

9. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละแบบสอบถามแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาแจกแจง และวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรุนแรงของภาวะท้องอืด ใช้สถิติบรรยาย และอ้างอิง คือ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ด้วยสถิติฟรีดแมน (Friedman test)
3. การจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาล ใช้สถิติบรรยาย คือ ร้อยละ และมีการวิเคราะห์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการได้รับยาบรรเทาปวด และยาบรรเทาภาวะท้องอืดแต่ละชนิดในแต่ละวัน โดยใช้การแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ
4. ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ใช้สถิติบรรยาย คือ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. ความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาล ใช้สถิติบรรยาย คือ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเรื่องภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผลการวิจัยนำเสนอตาม ลำดับ ดังนี้ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (N = 100 คน)

ข้อมูล	จำนวน
อายุ (ปี)	
20-40	26
41-60	69
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	5
อายุเฉลี่ย 45.01 ปี และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.39	
ประสบการณ์ภาวะท้องอืดในอดีต	
มี	52
ไม่มี	48
การวินิจฉัยโรค	
เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	42
เนื้องอกในกล้ามเนื้อมดลูก	37
เนื้องอกรังไข่	11
อื่นๆ	10
ชนิดของการผ่าตัด	
TAH + BSO	60
TAH	30
อื่นๆ	10

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (N = 100 คน) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน
ระยะเวลาในการผ่าตัด	
1-2 ชั่วโมง	35
2-3 ชั่วโมง	49
มากกว่า 3 ชั่วโมงขึ้นไป	16
ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 21 นาที	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .86	

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวช และหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 100 ราย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุระหว่าง 31-82 ปี อายุเฉลี่ย 45.01 ปี (SD = 8.39) โดยอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 69 มีประสบการณ์ภาวะท้องอืดในอดีตร้อยละ 52 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ร้อยละ 42 ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดรวมทั้งรังไข่ร้อยละ 60 และระยะเวลาในการผ่าตัดอยู่ในช่วง 2-3 ชั่วโมง ร้อยละ 49 ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 21 นาที (SD = .86)

เปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด

ตารางที่ 2 แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าอันดับเฉลี่ยของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติฟรیدแมน (Friedman test) (N=100 คน)

วันที่หลังผ่าตัด	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	ค่าอันดับเฉลี่ย	สถิติฟรیدแมน	p
วันที่ 1	2-10	6.39	2.02	ปานกลาง	2.48		
วันที่ 2	1-10	6.41	2.12	ปานกลาง	2.47	173.97***	.000
วันที่ 3	0-10	4.48	1.67	ต่ำ	1.06		

*** $p < .001$

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดเท่ากับ 6.39 คะแนน (SD= 2.02) และ 6.41 (SD = 2.12) ตามลำดับ ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดเท่ากับ 4.48 คะแนน (SD = 1.67)

เนื่องจากการทดสอบคุณสมบัติในเรื่องการกระจายตัวของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด มีการกระจายตัวแบบไม่ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Z= 2.075) ซึ่งไม่ผ่านข้อตกลงในการใช้สถิติ one-way ANOVA ผู้วิจัยจึงใช้สถิติฟรีดแมนเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด พบว่าค่าอันดับเฉลี่ย (mean rank) ของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืด (N= 100 คน)

วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วย *	ร้อยละ
ลุกเดินบ่อยๆ	93
พลิกตัวบ่อยๆ	92
บอกแพทย์หรือพยาบาลทันทีที่รู้สึกท้องอืด	89
ขอยาบรรเทาภาวะท้องอืด	83
บ่นว่าท้องอืด	51
หายใจลึกๆ ซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอ	50
นอนนิ่งเฉย	9
ร้องเสียงดัง	5
อื่นๆ ระบุ.....	4

*ผู้ป่วยสามารถเลือกได้มากกว่า 1 วิธี

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การลุกเดินบ่อยๆร้อยละ 93 รองลงมาคือ การพลิกตัวบ่อยๆร้อยละ 92 และบอกแพทย์หรือพยาบาลทันทีเมื่อรู้สึกท้องอืดร้อยละ 89

ตารางที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล (N = 100 คน)

วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล*	ร้อยละ
ช่วยกระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ	96
ช่วยเหลือกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว	92
ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง	88
ให้ยาบรรเทาภาวะท้องอืด	82
สอบถามผลของภาวะท้องอืดหลังได้รับยาบรรเทาภาวะท้องอืด	81
ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆในระหว่างที่มีภาวะท้องอืด	34
ให้ดื่มน้ำ ดื่มน้ำ	2

*ผู้ป่วยสามารถเลือกได้มากกว่า 1 วิธี

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยรับรู้ที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลมากที่สุดคือ กระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆร้อยละ 96 รองลงมาคือ ช่วยเหลือกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวร้อยละ 92 และให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องร้อยละ 88

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า วิธีการจัดการกับความปวดโดยการให้ยา ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยาฉีดคือ เพทิดีนร้อยละ 72 รองลงมาคือ Dynastat ร้อยละ 38 ในวันที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยารับประทานคือ Synflex ร้อยละ 61 รองลงมาคือ พาราเซตามอลร้อยละ 50 และในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยารับประทานคือ Synflex ร้อยละ 63 รองลงมาคือ พาราเซตามอลร้อยละ 20 ดังตารางที่แสดงในภาคผนวก ง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยารับประทานคือ Air-x ร้อยละ 26 รองลงมาคือ M. carminative ร้อยละ 4 ในวันที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยารับประทานคือ Air-x ร้อยละ 77 รองลงมาคือ M. carminative ร้อยละ 47 และในวันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยารับประทานคือ Air-x ร้อยละ 82 รองลงมาคือ M. carminative ร้อยละ 38 ดังแสดงในตารางภาคผนวก จ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีผู้ป่วยขอยาบรรเทาภาวะท้องอืดเมื่อมีภาวะท้องอืด ร้อยละ 89 โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอการบริหารยาจากแพทย์ และพยาบาลภายหลังการขอยา ≤ 10 นาที ร้อยละ 66 นอกจากนั้นผู้ป่วยร้อยละ 11 ได้รับยาบรรเทาภาวะท้องอืดต่อเนื่องตามแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาภาวะท้องอืดแล้ว แต่ภาวะท้องอืดไม่บรรเทา ผู้ป่วยขอยาเพิ่มร้อยละ 60 โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอการบริหารยาภายหลังการขอยาเพิ่มน้อยกว่า 1 ชั่วโมงร้อยละ 65 และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ประสิทธิภาพในการจัดการกับภาวะท้องอืดบรรเทาลงในระดับต่ำร้อยละ 43 ดังแสดงในตารางภาคผนวก จ

ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด

ตารางที่ 5 แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (N=100 คน)

ผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันด้าน	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การนอนหลับ	0-10	6.75	2.12	ปานกลาง
อารมณ์	0-10	6.12	2.43	ปานกลาง
การเคลื่อนไหว	0-10	5.64	2.28	ปานกลาง
การทำกิจกรรมทั่วไป	0-10	5.54	2.02	ปานกลาง
การไอ และการหายใจ เข้าออกลึกๆ	0-10	5.37	2.52	ปานกลาง
การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	0-8	4.28	2.40	ต่ำ

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ภาวะท้องอืดส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยรบกวนด้านการนอนหลับเป็นอันดับแรก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.75 คะแนน (SD = 2.12) รองลงมาคือด้านอารมณ์โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.12 คะแนน (SD = 2.43)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลโดยรวม

ตารางที่ 6 แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลโดยรวม (N=100 คน)

ผู้จัดการกับภาวะท้องอืด (แพทย์ และพยาบาล)	ความพึงพอใจของผู้ป่วย			
	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
โดยรวม	5-10	8.43	1.70	สูง

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.43 คะแนน (SD =1.70)

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) มีอายุระหว่าง 31-82 ปี อายุเฉลี่ย 45.01 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปีร้อยละ 69 ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความคล้ายคลึงของการศึกษาที่ผ่านมาของขวัญจิตร ปุณโพร (2551) ซึ่งศึกษาความปวด การจัดการกับความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลรามธิบดี ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 31-73 ปี อายุเฉลี่ย 46.3 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปีร้อยละ 79.1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีประสบการณ์ภาวะท้องอืดในอดีต ร้อยละ 52 โดยมีภาวะท้องอืดในอดีตจากการผ่าตัดคลอดเป็นส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ร้อยละ 42 ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดรวมทั้งรังไข่ร้อยละ 60 และระยะเวลาในการผ่าตัดอยู่ในช่วง 2-3 ชั่วโมง ร้อยละ 49 ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 21 นาที เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน อวัยวะภายในได้รับความกระทบกระเทือน ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นเวลานาน เช่น ยาคลายกล้ามเนื้อ ที่ใช้ในระหว่างการผ่าตัดมีผลให้ระบบทางเดินอาหารหยุดทำงานชั่วคราว (ยุพิน ศิสมศักดิ์, 2546)

เปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดเท่ากับ 6.39 คะแนน (SD = 2.02) และ 6.41 คะแนน (SD = 2.12) ตามลำดับ ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่

ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดเท่ากับ 4.48 คะแนน ($SD = 1.67$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดด้วยสถิติฟริดแมน (Friedman test) พบว่าค่าอันดับเฉลี่ย (mean rank) ของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 2)

การที่ในวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าอันดับเฉลี่ยของภาวะท้องอืดแตกต่างกัน เนื่องจากภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องจะพบใน 24 – 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Craven & Hirnle, 2003) หรืออาการท้องอืดมักเกิดขึ้นชั่วคราวใน 24 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (<http://www.nurseminerva.co.uk/nursing1.htm>) และอาการท้องอืดจะหายเองตามธรรมชาติหลังวันที่ 2-3 หลังผ่าตัด (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2403907>) ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนันทาวดี ศิริจันทร์และคณะ (2551) ศึกษาอาการท้องอืด และการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาค้นนี้พบว่า ในวันที่ 2 หลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลางและสูงเป็นอันดับหนึ่ง สาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดสะสมมาจากวันที่ 1 และในวันที่ 2 หลังผ่าตัดร่างกายยังคงสร้างแก๊สออกมาอีก ในขณะที่กระเพาะอาหารและลำไส้ยังคงหยุดการเคลื่อนไหวเช่นเดิม ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ขยายและโป่งพองเพิ่มมากขึ้น และมีแรงดันในช่องท้องมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจึงมีภาวะท้องอืดสูงมากเป็นอันดับหนึ่ง

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดอาจเกิดจาก การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ และได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (Roark, 2003) โดยยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายมีผลต่อระบบการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย เช่น รูปแบบการส่งผ่านกระแสไฟฟ้าในเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะอาหารลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง ผลต่อระบบประสาท ทำให้ลำไส้มีอัมพาตชั่วคราวหลังผ่าตัด (กษยา ดันดิผลาชีวะ, 2549) นอกจากนั้นการสัมผัสและแรงกดบริเวณกระเพาะอาหารและลำไส้ระหว่างการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจะไปกระตุ้นกลุ่มเซลล์ประสาทไมเนอร์ และกลุ่มเซลล์ประสาทเออร์บัค ซึ่งควบคุมการบีบตัวของอวัยวะในทางเดินอาหาร ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดลดลง (Craven & Hirnle, 2003) ทั้งนี้รวมถึงการกลืนอากาศในระยะฟื้นฟูจากยาหลับเข้าไปในกระเพาะอาหาร และจาก การซึมผ่านของแก๊สจากกระแสเลือดเข้าไปในลำไส้ในส่วนที่ขาดความตึงตัวหลังผ่าตัด ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้มีแก๊สคั่งค้างมากขึ้น (กษยา ดันดิผลาชีวะ, 2549) ขณะเดียวกันในภาวะปกติในทางเดินอาหารจะมีแก๊สประมาณ

วันละ 200 มิลลิกรัม (Ohge & Levitt, 2006) และในลำไส้ใหญ่มีแก๊สวันละประมาณ 7-10 ลิตร (Guyton, 2006) ถ้ามีแก๊สสะสมอยู่ในทางเดินอาหารมากขึ้น จะทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เกิดการบีบขยายประกอบกับการที่กระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง หรือหยุดการเคลื่อนไหว จะทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ขับแก๊สออกมาไม่ได้ (Summer, 2003) ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยมีอาการท้องอืด เมื่อพิจารณาเรื่องการได้ยาบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด พบว่าใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยาฉีดแก้ปวดเพทิดีนร้อยละ 72 และมอร์ฟีนร้อยละ 20 เพื่อระงับปวด เพทิดีนและมอร์ฟีนเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) มีหน้าที่ช่วยระงับปวด ยาในกลุ่มโอปิออยด์นอกจากจะระงับความปวดแล้ว ยังส่งผลต่อประสาทซิมพาเทติกให้ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน และเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ยับยั้งการทำงานของลำไส้ และการบีบตัวของลำไส้ลดลง จึงทำให้มีภาวะท้องอืด (กษยา ตันติผลาชีวะ, 2549) ดังเช่น การศึกษาของคาลิ, มิติ, สเวนสัน และฟรีแมน (Cali, Meade, Swanson, & Freeman, 2000) เกี่ยวกับผลกระทบของมอร์ฟีนและขนาดของแผลผ่าตัดต่อการทำงานของลำไส้หลังได้รับการผ่าตัดลำไส้ พบว่า ระยะเวลาการเริ่มทำงานของลำไส้มีความสัมพันธ์กับปริมาณมอร์ฟีนที่ได้รับ ($r = 0.74$)

ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมทางด้านร่างกายมากขึ้น กระเพาะอาหารและลำไส้เริ่มกลับมาทำงานตามปกติ โดยกระเพาะอาหารจะเริ่มทำงานภายใน 2-3 วันหลังผ่าตัด และลำไส้จะเริ่มทำงานภายใน 3-5 วันหลังผ่าตัด (Angood, Gingalewski, & Andersen, 2001) รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น และมีความพร้อมในการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลในการเดินเพื่อบรรเทาอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ซึ่งการเดินจะทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยสามารถขับแก๊สออกทางทวารหนักได้ นอกจากนั้นเมื่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องอืด ผู้ป่วยร้อยละ 82 ยังได้รับยาแอร์-เอกซ์ บรรเทาภาวะท้องอืด ยาแอร์-เอกซ์ช่วยลดภาวะท้องอืดโดยเปลี่ยนความตึงผิวของฟองอากาศหรือแก๊สในกระเพาะลำไส้ ทำให้ฟองอากาศที่รวมตัวกันแตกได้ และป้องกันไม่ให้เชื่อมเกาะกันเป็นฟองอากาศเหล่านี้ ทำให้เรอ ขับลมหรือผายลมได้สะดวกขึ้น (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545) จึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดลดลง จากเหตุผลดังกล่าวในวันที่ 3 หลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจึงมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษากครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนนทาวดี ศิริจันทร์ และคณะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ

ผลการศึกษากครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ วัฒนเวช (2545) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ออาการท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในโรงพยาบาลระยอง 111 คน ผลการศึกษาพบว่า ใน

วันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องอืดในระดับปานกลาง และในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องอืดในระดับเล็กน้อย

การจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล

การศึกษานี้พบว่า วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ การลุกเดินบ่อยๆ ร้อยละ 93 รองลงมาคือ การพลิกตัวบ่อยๆ ร้อยละ 92 ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของนันทาวดี ศิริจันทร์ และคณะ (2551) ที่พบว่า วิธีจัดการกับอาการท้องอืดที่ผู้ป่วยใช้มาก 3 วิธีแรกคือ การพลิกตัวบ่อยๆ การลุกเดินบ่อยๆ และการนอนนิ่งๆ

เหตุที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างใช้การลุกเดินบ่อยๆ เพราะรู้สึกแน่นอึดอัดในท้องและหายใจไม่สะดวกจากภาวะท้องอืด และผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองว่า การลุกเดินบ่อยๆ ช่วยบรรเทาภาวะท้องอืดได้ นอกจากนั้นอาจเกิดจากผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นจากพยาบาลให้ลุกเดินบ่อยๆ เมื่อผู้ป่วยทำตามจึงพบว่า การเดินช่วยบรรเทาอาการท้องอืดได้ ซึ่งการลุกเดินบ่อยๆ หรือการลุกเดินได้เร็ว (early ambulation) หลังผ่าตัดจะช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของระบบทางเดินอาหารให้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด และกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนผ่าตัดได้เร็วขึ้น (Brunner & Suddarth, 2000)

ส่วนวิธีพลิกตัวบ่อยๆ ให้อยู่ในท่าที่สบายนั้น เพราะผู้ป่วยรู้สึกเมื่อยจากการนอนท่าเดียวนานๆ และผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองว่าการพลิกตัวอย่างช้าๆ และบ่อยๆ ช่วยบรรเทาอาการท้องอืดหลังผ่าตัดได้ นอกจากนั้นการพลิกตัวบ่อยๆ ยังช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต และช่วยให้อวัยวะในระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น และช่วยบรรเทาอาการท้องอืดได้

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยรับรู้่วิธีจัดการกับภาวะท้องอืดที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุดคือ การช่วยกระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ ร้อยละ 96 รองลงมาคือ ช่วยเหลือกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว ร้อยละ 92 การศึกษานี้พบว่า ในเย็นวันก่อนผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวในวันก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด และการปฏิบัติตัวในวันหลังผ่าตัด โดยการปฏิบัติตัวในวันหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนคือ การพลิกตะแคงตัวหลังผ่าตัด รวมถึงการเดินและการเคลื่อนไหวบ่อยๆ

เมื่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างรู้สึกตัวดี มีสัญญาณชีพคงที่ และมีสภาพร่างกายพร้อม แพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกออกจากเตียง และเดินภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดินได้เร็ว และการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดวันนี้ไม่มีอาการท้องอืดในวันที่ 1 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด ร้อยละ 40 และร้อยละ 30 ตามลำดับ (จงจิตรทองเครือ, 2546) หรือผู้ป่วยมีอาการท้องอืดลดลง อนึ่งการลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัดเป็นการออกกำลังกายชนิดแอนแอโรบิค (anaerobic exercise) ที่อาศัยการทำงานของหัวใจและปอดเพียงเล็กน้อย เนื่องจาก

มีการใช้ออกซิเจนจำนวนน้อยในการทำให้เกิดพลังงานซึ่งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัดจะช่วยให้ภาวะต่างๆของระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2546) ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวและกลับคืนสู่ปกติได้เร็วขึ้นหลังผ่าตัด

(www.enwikipedia.org/wiki/ileus, 2004)

หนึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 45.01 ปี ประกอบกับในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง และในวันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับต่ำ ภาวะท้องอืดจึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการเดิน หรือการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจึงพร้อมที่จะเดินและปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลเรื่องการเดินได้เร็วหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด

การศึกษาครั้งนี้พบว่าใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ภาวะท้องอืดส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยด้านการนอนหลับ ด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการทำกิจกรรมทั่วไป และด้านการไอและการหายใจเข้าออกลึกๆ ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนันทาดี ศิริจันทร์ และคณะ (2551) ที่พบว่า ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง อาการท้องอืดรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการนอนหลับ ด้านการไอและการหายใจเข้าออกลึกๆ และการทำกิจกรรมทั่วไปในระดับต่ำ

การที่ภาวะท้องอืดรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการนอนหลับในระดับปานกลางเนื่องจากภาวะท้องอืดทำให้มีการขยายของช่องท้อง ช่องท้องจะดันกะบังลม กะบังลมจะเคลื่อนตัวผิดปกติ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนแก๊สไม่ดี สร้างความไม่สบาย หายใจลำบาก มีอาการหอบเหนื่อย (Porth, 2007; Summers, 2003) ผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัดแน่นท้องจากการที่ไม่สามารถขับแก๊สออกจากระบบทางเดินอาหารโดยเฉพาะเวลานอนราบ บางรายมีอาการท้องอืดมาก อาจหายใจไม่สะดวกและเหนื่อยได้ (ประณีต, 2544) จึงส่งผลกระทบต่อกรนอนหลับได้

การที่ภาวะท้องอืดรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอารมณ์ในระดับปานกลางเนื่องจากภาวะท้องอืดทำให้มีการขยายของช่องท้อง และความดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีอาการปวดท้อง กดเจ็บทั่วท้อง คลื่นไส้อาเจียน การเคลื่อนไหวถ้าได้ลดลง ไม่พวยลมและไม่ถ่ายอุจจาระ (กษมา ตันติผลาชีวะ, 2549; Kraft, Erstad, & Matuszewski, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับ

ความทุกข์ทรมานมากทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด และอารมณ์ขุ่นมัว (ยูพิน คีสมัคคี, 2546)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล โดยรวม

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.43 คะแนน แม้ว่าในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง ก็ตาม แต่ภาวะท้องอืดลดลงเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนันทาวดี ศิริจันทร์ และคณะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี ดำรงบุญดี (2542) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ คือ การให้ข้อมูลหลังผ่าตัด การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การพยาบาลพื้นฐานทั่วไป และการพยาบาลเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยมีความปวดแผลผ่าตัดในระดับสูง

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้รับบริการที่มีภาวะท้องอืดเป็นหลัก ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่สูง จึงเป็นการแสดงถึงการที่ทีมสุขภาพให้ความสำคัญต่อภาวะท้องอืดของผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากการจัดการกับภาวะท้องอืดในรายชื่อที่ว่า ช่วยกระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ มากที่สุด รองลงมา คือ ช่วยเหลือกระตุ้นให้พลิกตะแคง ได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เป็นต้น

แพทย์และพยาบาลนอกจากจะให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดดังกล่าวแล้ว ในเรื่องการขอขยบรรเทาภาวะท้องอืด การศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อมีภาวะท้องอืดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างขอขยบรรเทาภาวะท้องอืดร้อยละ 89 โดยในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ขยบรรเทาภาวะท้องอืดในรูปยาขับลมในกลุ่ม Simethicone คือ แอร์ - เอกซ์ ร้อยละ 77 และร้อยละ 82 ตามลำดับ ขยบรรเทาภาวะท้องอืดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัดรองลงมาเป็นยาในกลุ่มยาขับลม เช่น คาร์มิเนทิฟ ร้อยละ 47 และร้อยละ 38 ตามลำดับ การได้รับยาทั้ง 2 ชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดลดลง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะเป็นแนวทางในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวช และหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษของโรงพยาบาลรามารับตั้งแต่เดือนมกราคม 2551 - เมษายน 2551 จำนวน 100 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

2. แบบสอบถามภาวะท้องอืด ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามภาวะท้องอืดขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามในแบบสอบถาม ประกอบด้วย

- 2.1 ข้อคำถามที่ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืด

- 2.2 ข้อคำถามที่ใช้ประเมินผลของภาวะท้องอืดต่อการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการนอนหลับ ด้านการไอหรือการหายใจเข้าออกถี่ๆ และด้านการทำกิจกรรมทั่วไป

- 2.3 ข้อคำถามที่ใช้ประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาล

3. แบบสอบถามวิธีจัดการกับภาวะท้องอืด โดยตัวผู้ป่วย และโดยแพทย์และพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะท้องอืด และแบบสอบถามวิธีจัดการกับภาวะท้องอืดไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .80 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจำนวน 30 คน แล้วหาความเที่ยงของ

ความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามด้านความรุนแรงของภาวะท้องอืดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84, .75 และ .82 ตามลำดับ ส่วนผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 และ .94 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้จริงในผู้ป่วยจำนวน 100 ราย เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .86, .77 และ .82 ตามลำดับ ส่วนผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 และ .95 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้าเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนิเวศ และหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษของโรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 100 ราย มีอายุระหว่าง 31-82 ปี อายุเฉลี่ย 45.01 ปี (SD = 8.39) โดยอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 69 มีประสบการณ์ภาวะท้องอืดในอดีต ร้อยละ 52 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ร้อยละ 42 ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดรวมทั้งรังไข่ ร้อยละ 60 และระยะเวลาในการผ่าตัดอยู่ในช่วง 2-3 ชั่วโมง ร้อยละ 49 ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 21 นาที (SD = .86)

2. เปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด การศึกษาครั้งนี้พบว่า ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดเท่ากับ 6.39 คะแนน (SD = 2.02) และ 6.41 คะแนน (SD = 2.12) ตามลำดับ ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดเท่ากับ 4.48 คะแนน (SD = 1.67)

เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบค่าอันดับเฉลี่ยของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดด้วยสถิติฟรีดแมน พบว่า ค่าอันดับเฉลี่ยของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. วิถีจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาล การศึกษาครั้งนี้พบว่า วิถีจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือ การลุกเดินบ่อยๆ รองลงมาคือ การพลิกตัวบ่อยๆ วิถีจัดการกับภาวะท้องอืดที่แพทย์ และพยาบาลใช้มากที่สุดตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ การช่วยกระตุ้นหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ รองลงมาคือการช่วยเหลือกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว ส่วนวิถีจัดการ

กับภาวะท้องอืดโดยการใช้ยา การศึกษาครั้งนี้พบว่า ยาบรเทาภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด ในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดคือ ยาเอร์- เอกซ์ รองลงมาคือ ยาคาร์มินาทีฟ

4. ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด การศึกษาครั้งนี้พบว่า ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ภาวะท้องอืดรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง โดยรบกวนด้านการนอนหลับมากที่สุด รองลงมาคือด้านอารมณ์

5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลโดยรวม การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. เนื่องจากภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องเป็นภาวะที่พบได้บ่อย พยาบาลจึงควรนำแบบประเมินภาวะท้องอืดไปประเมินภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทุกราย เพื่อเป็นข้อมูลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

2. นำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเรื่องภาวะท้องอืด วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวมีความรู้ มีความเข้าใจและให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

อาจารย์พยาบาลควรนำความรู้เรื่องภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องไปใส่ในวิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. การวิจัยครั้งนี้ประเมินภาวะท้องอืดโดยถามความรู้สึกแน่นอึดอัดในท้องของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว เพื่อให้การประเมินภาวะท้องอืดได้ครอบคลุมมากขึ้น ในการศึกษารั้งต่อไป การประเมินภาวะท้องอืดควรนำความรู้สึกแน่นอึดอัดในท้องมาประเมินร่วมกับอาการเรอ ผายลม เสียงเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ และความยาวของเส้นรอบวงท้องระดับสะดือ

2. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องที่มีภาวะท้องอืดตามปกติ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดอย่างรุนแรงและเป็นนานหลายวัน เช่น ผู้ป่วยที่มีลำไส้อุดตันจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น



ภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของ
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

(ABDOMINAL DISTENTION, SYMPTOM MANAGEMENT AND
SATISFACTION WITH ABDOMINAL DISTENTION MANAGEMENT IN
PATIENTS WITH TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY)

ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ 473601 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สมพร ชินโนรส, วท.ม., มยุรี จิรภิญโญ, พ.บ.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคทางนรีเวช และ
ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์หรือการคลอด โดยตัดส่วนซึ่งเป็นโรคหรือแก้ไขความผิดปกติของ
อวัยวะต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติภายหลังการ
ผ่าตัด แต่การทำผ่าตัดก็มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (พรณี ไพศาลทักษิณ,
2540) ผลกระทบทางด้านร่างกายจากการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องประการหนึ่งคือ ภาวะ
ท้องอืด ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องเป็นภาวะที่พบบ่อย (กนกวรรณ บุญวิทยา,
2548; Harkreader & Hogan, 2004) โดยพบภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องเกิดขึ้นชั่วคราวใน
24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Craven & Hirnle, 2003; <http://www.nurseminerva.co.uk/nursing1.htm>.)
โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ได้แก่ ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การกลืน
อากาศเข้าไปในระยะฟื้นจากยาสลบ (Taylor, Lillis, & Lemone, 2001) และจากอวัยวะภายใน
ช่องท้อง คือ กระเพาะอาหารและลำไส้ได้รับการกระทบกระเทือนจากการสัมผัส หรือจับต้องใน
ระหว่างการผ่าตัด ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Craven & Hirnle, 2003;
Elkin, Perry, & Potter, 2000) นอกจากนั้นการผ่าตัดช่องท้องยังกระตุ้นการทำงานของระบบ
ประสาทซิมพาเทติก ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวของลดลง (Craven & Hirnle,
2003)

เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องมีภาวะท้องอืด ผู้ป่วยจะมีการแน่นอึดอัด ไม่สบายท้อง ปวดท้อง สำหรับอาการปวดท้อง ผู้ป่วยจะมีการปวดท้อง ปวดเกร็งบริเวณท้องคล้ายกับการบีบรัด มีลมวู้งในท้อง บางครั้งอาจมีอาการปวดท้องมากจนดิ้น (colicky pain) ในรายที่เป็นมากจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย ผลกระทบที่ตามมาภายหลังผ่าตัดหน้าท้องและมีภาวะท้องอืด คือ รู้สึกไม่สบายแน่นอึดอัดในท้อง บางครั้งหายใจไม่สะดวก (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2546) ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่และเหนื่อยง่าย (ประณีต ส่งวัฒนา, 2544) ผู้ป่วยบางรายมีภาวะท้องอืดมากจนนอนราบไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ หรือหลับได้ไม่เพียงพอ (ปิลันธน์ ลิขิตกำจร, 2546) นอกจากนั้นภาวะท้องอืดยังรบกวนอารมณ์ ทำให้มีอาการหงุดหงิด มีอารมณ์ขุ่นมัว (ยุพิน ดีสมศักดิ์, 2546) และรบกวนการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอีกด้วย

เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องมีภาวะท้องอืด ผู้ป่วยบางรายจะบอกแพทย์พยาบาลว่ามีภาวะท้องอืด รู้สึกปวดท้อง ผู้ป่วยบางรายบอกว่าแน่นอึดอัดไม่สบายในท้อง ไม่ผายลม ไม่เรอและหายใจไม่สะดวก เพราะมีลมในท้องดันไว้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายไม่บอกพยาบาล แต่จะบอกญาติว่าเขามีอาการท้องอืด ผู้ป่วยบางรายจะจัดการกับอาการท้องอืดด้วยตนเองโดยการนอนนิ่งๆบนเตียง และไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายจะจัดการกับอาการท้องอืดด้วยการเดิน สำหรับพยาบาลเมื่อพบผู้ป่วยมีภาวะท้องอืด พยาบาลจะให้ความสนใจถามถึงภาวะท้องอืด การประเมินภาวะท้องอืด การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะท้องอืด การบอกให้ผู้ป่วยขออาหารบรรเทาภาวะท้องอืด และให้ยาบรรเทาภาวะท้องอืดตามแผนการรักษา หรือให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำทางปาก (Litwack, 2000) หรือใส่สายยางเข้าไปในกระเพาะอาหาร หรือใส่สายยางเข้าทางทวารหนัก (Craven & Hirnle, 2003) ตามแผนการรักษา นอกจากนั้นพยาบาลยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียง หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัด (early ambulation) เป็นต้น ซึ่งการจัดการกับภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยบางรายอาจใช้เพียงวิธีเดียวก็ได้ผล แต่ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้หลายวิธีจึงจะได้ผล หรือบรรเทาจากภาวะท้องอืด

จากข้อมูลดังกล่าวมาแม้จะระบุให้เห็นว่าแพทย์ พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง และจัดการกับภาวะท้องอืด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาผลลัพธ์ในการพยาบาลหรือการจัดการดังกล่าว นอกจากนี้การศึกษภาวะท้องอืดและการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผ่านมาเป็นมุมมองและการจัดการจากทีมสุขภาพ ในด้านตัวผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในด้านเหล่านี้ โดยเฉพาะการศึกษาเรื่องภาวะท้องอืด และการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งด้านทีมสุขภาพและผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง การจัดการ

กับภาวะท้องอืดของทีมนุภาพ และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับ ข้อมูลดังกล่าวคาดว่าจะเป็แนวทางให้การพยาบาลและการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องที่เผชิญกับภาวะท้องอืดที่เหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

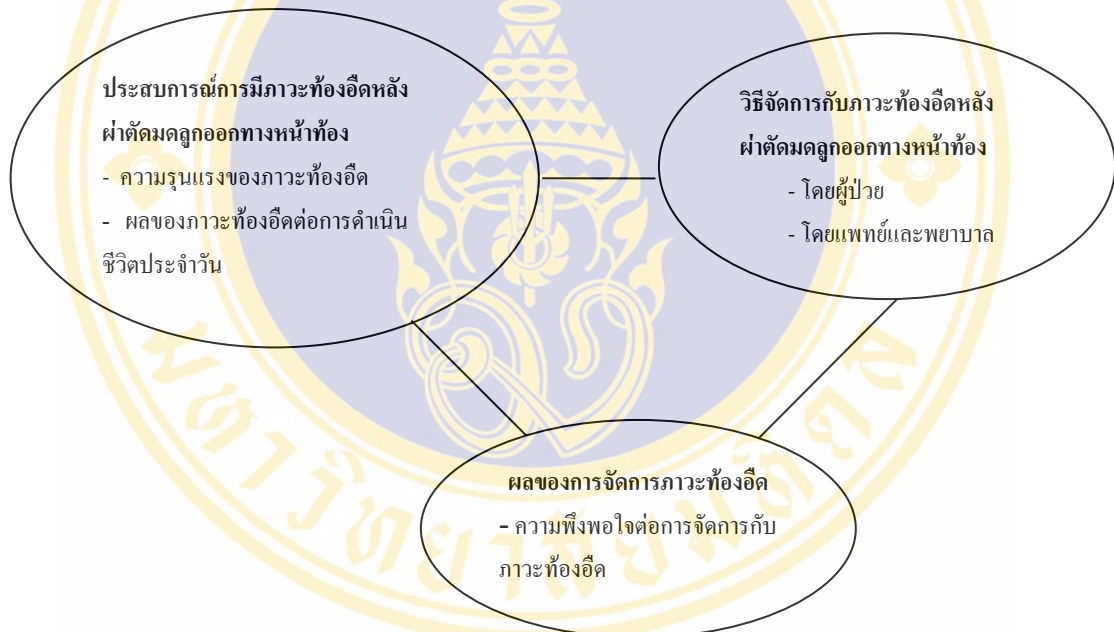
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบจำลองการจัดการกับอาการ (model of symptom management) ของดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) ซึ่งพัฒนามาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของลาร์สันและคณะ (Larson, et. al., 1994) โดยกรอบแนวคิดได้กล่าวถึง 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลจากการจัดการอาการ (outcomes) มาเป็นแนวทางในการวิจัยเรื่องภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ดังนี้

การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เป็นการผ่าตัดทางหน้าท้อง เพื่อตัดอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน ผลของการผ่าตัดดังกล่าวทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานช้าลงหรือมีการหยุดการเคลื่อนไหวชั่วคราว มักในวันแรกหลังผ่าตัด และจะหายไปภายใน 2-3 วัน สาเหตุที่ทำให้ลำไส้ไม่ทำงาน ได้แก่ ผลจากการดมยาสลบ (เบญจมาศ ปรีชากุล และเบญจวรรณ ชีรเทตตระกูล, 2546) การยับยั้งการทำงานของระบบประสาท สารสื่อประสาทถูกยับยั้ง กระบวนการอักเสบจากอวัยวะที่ผ่าตัด (กษยา ดันดิผลาชีวะ, 2549) การปล่อยสารนอร์อิพิเนฟรินของผนังลำไส้ และผลจากยาลดปวด (เบญจมาศ ปรีชากุล และเบญจวรรณ ชีรเทตตระกูล, 2546) จึงเกิดภาวะท้องอืด เกิดการรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ประสบการณ์ดังกล่าวนี้จะมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันออกไป เป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะท้องอืด ได้แก่ ปัจจัยด้านสรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม การรับรู้ภาวะท้องอืดทำให้บุคคลประเมินตัดสินภาวะท้องอืดที่เกิดขึ้นโดยสามารถบอกให้ทราบถึงความรุนแรงของภาวะท้องอืด รวมทั้งสามารถแปลความหมายของภาวะท้องอืดและบุคคลมีการตอบสนองต่อภาวะท้องอืด เพื่อจะทำให้ภาวะท้องอืดนั้นลดลง คงไว้ซึ่งสภาพสมดุลหรือความสุขสบายที่สุด โดยปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะท้องอืดนั้นจะเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

การจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีหลายวิธี บางวิธีผู้ป่วยสามารถกระทำได้เอง โดยผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความสามารถในการปฏิบัติไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จำเป็นต้อง

ได้รับการบรรเทาภาวะท้องอืดจากแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะใน 1-3 วันแรกหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง (กนกวรรณ บุญวิทยา, 2548) ถ้าแพทย์และพยาบาลให้การบรรเทาภาวะท้องอืดที่ไม่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังไว้ จะทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดและนอนไม่หลับ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะท้องอืดที่รุนแรงมากขึ้น แต่ถ้าผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสามารถให้การบรรเทาภาวะท้องอืดได้อย่างเพียงพอ และเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดลดลงและมีความพึงพอใจ เพราะการบรรเทาภาวะท้องอืดเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่ผู้ป่วยหวังว่าจะได้รับจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งนับเป็นการประเมินถึงประสิทธิภาพของการบรรเทาภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยได้รับ

จากรายละเอียดข้างต้นสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยประยุกต์มาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของคอตต์และคณะ (2001)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. เปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด
2. วิธีจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาล
3. ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาล โดยรวม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนิเวศและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษโรงพยาบาลรามาริบัติ ระหว่าง เดือน มกราคม 2551 ถึง เดือน เมษายน 2551

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการประเมิน และการจัดการภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องได้อย่างเป็นระบบ
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาล เพื่อพัฒนาการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ และปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาการศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับภาวะท้องอืด

นิยามตัวแปร

ภาวะท้องอืด หมายถึง ภาวะการทำงานของระบบทางเดินอาหารหยุดชั่วคราวหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง อันเนื่องมาจากการดมยาสลบ ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกรบกวน การหลั่งสารสื่อประสาทลดลง การอักเสบของอวัยวะบริเวณผ่าตัด ความปวดแผลผ่าตัด และยาลดปวดทำให้มีการคั่งของน้ำและแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้ โดยประเมินภาวะท้องอืดได้จากอาการที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องบอกว่าท้องอืด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะท้องอืด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คະแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความรุนแรงของภาวะท้องอืดอยู่ในระดับสูง

ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิต หมายถึง ผลของภาวะท้องอืดที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ประเมินโดยแบบประเมินผลของภาวะท้องอืดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังกล่าวแล้ว แบบประเมินผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประกอบด้วย ภาวะท้องอืดรบกวนด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการนอนหลับ ด้านการไอและการหายใจเข้าออกถี่ๆ และด้านการทำกิจกรรมทั่วไป

คะแนนมาก หมายถึง ผลของภาวะท้องอืดที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

การจัดการกับภาวะท้องอืด หมายถึง วิธีการหรือกระบวนการต่างๆที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใช้ในการจัดการกับภาวะท้องอืดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการปฏิบัติด้วยตนเอง หรือการกระทำของแพทย์ และพยาบาล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืด หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีความพอใจต่อการดูแลที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพจากวิธีการต่างๆที่มีต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาล ทำให้ความต้องการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความเชื่อที่เหมาะสม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะท้องอืดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชและหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษโรงพยาบาลรามารบดิ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เมษายน 2551 จำนวน 100 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 15 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง และได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย 3) มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด 4) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน มีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพรวม 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2 และ 3

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ได้แก่ ประสิทธิภาพภาวะท้องอืดในอดีต การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด

ยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาปวดและยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาภาวะท้องอืดในวันที่ 1-3 หลังผ่าตัด รวม 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 6, 7, 8 และ 9

2. แบบสอบถามภาวะท้องอืด ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามภาวะท้องอืดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามในแบบสอบถามประกอบด้วย

2.1 ข้อคำถามที่ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืด โดยให้ผู้ป่วยเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะท้องอืดที่ประสบอยู่ โดยมีค่าคะแนน 0 – 10 คะแนน และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0, 5 และ 10 (0 หมายถึง ไม่มีภาวะท้องอืดเลย 5 หมายถึง มีภาวะท้องอืดปานกลาง และ 10 หมายถึง มีภาวะท้องอืดมากที่สุด) ข้อคำถามที่ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืดมีข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 โดยมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน

2.2 ข้อคำถามที่ใช้ประเมินผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการนอนหลับ ด้านการไอหรือการหายใจเข้าออกถี่ๆ และด้านการทำกิจกรรมทั่วไป ให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0, 5 และ 10 (0 หมายถึง ไม่รบกวนเลย 5 หมายถึง รบกวนปานกลาง และ 10 หมายถึง รบกวนมากที่สุด) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 3, 4, 5, 6, และ 7 การคิดคะแนนคิดเป็นรายข้อแยกจากกัน แต่ละข้อมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน

2.3 ข้อคำถามที่ใช้ประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืด ที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์และพยาบาลโดยรวม ให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน และมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0, 5 และ 10 (0 หมายถึง ไม่พึงพอใจ 5 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง และ 10 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 8 และในข้อที่ 9 เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยตอบในกรณีที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ

สำหรับการกำหนดระดับภาวะท้องอืด การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม และความพึงพอใจนั้น ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ มีคะแนนระหว่าง 1 - 4 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามี ความรุนแรงของภาวะท้องอืด/ การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม/ ความพึงพอใจระดับต่ำ

ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 5 - 6 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามี ความรุนแรงของภาวะท้องอืด/ การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม / ความพึงพอใจระดับปานกลาง

ระดับสูง มีคะแนนระหว่าง 7 - 10 หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามี ความรุนแรงของภาวะท้องอืด/ การรบกวนการปฏิบัติกิจกรรม/ ความพึงพอใจระดับสูง

3. แบบสอบถามวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดโดยผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.1 วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดโดยผู้ป่วย คือข้อคำถามที่ 10 กำหนดตัวเลือก 8 ตัวเลือก และเปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆในตัวเลือกที่ 9 ให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยปฏิบัติ โดยผู้ป่วยเลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

3.2 วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดโดยแพทย์ และพยาบาล คือ ข้อคำถามที่ 11 กำหนดตัวเลือก 9 ตัวเลือก และเปิดโอกาสให้ตอบอื่นๆในตัวเลือกที่ 10 ให้ผู้ป่วยประเมินโดยเลือกวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ และพยาบาล โดยผู้ป่วยเลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะท้องอืดไปตรวจหาความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะท้องอืดไปหาความเที่ยงโดยวิธีหาความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจำนวน 30 ราย ด้านความรุนแรงของภาวะท้องอืดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84, .75 และ .82 ตามลำดับ ส่วนผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 และ .94 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้จริงในผู้ป่วยจำนวน 100 ราย เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .86, .77 และ .82 ตามลำดับ ส่วนผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 และ .95 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอทำวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อพิทักษ์สิทธิให้ผู้เข้าร่วมวิจัย
2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยนรีเวช และหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษของโรงพยาบาลรามาธิบดีด้วยตนเอง
3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยดูรายชื่อจากตารางการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การตอบแบบสอบถาม

และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบประเมินภาวะท้องอืด แล้วเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

4. เมื่อครบ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืด และในวันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยนอกจากจะประเมินความรุนแรงของภาวะท้องอืดแล้ว ผู้วิจัยยังขอให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยใช้และได้รับจากแพทย์และพยาบาล ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งความพึงพอใจที่ผู้ป่วยมีต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจง และวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรุนแรงของภาวะท้องอืด ใช้สถิติบรรยาย และอ้างอิง คือ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบค่าอันดับเฉลี่ยของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ด้วยสถิติฟรีดแมน (Friedman test)
3. การจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาล ใช้สถิติบรรยาย คือ ร้อยละ และมีการวิเคราะห์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการได้รับยาบรรเทาปวด และยาบรรเทาภาวะท้องอืดแต่ละชนิดในแต่ละวัน โดยใช้การแจกแจงความถี่ และการหาค่าร้อยละ
4. ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ใช้สถิติบรรยาย คือ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. ความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาล ใช้สถิติบรรยาย คือ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีอายุระหว่าง 31-82 ปี อายุเฉลี่ย 45.01 ปี (SD = 8.39) โดยอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปีร้อยละ 69 มีประสบการณ์ภาวะท้องอืดในอดีตร้อยละ 52 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ร้อยละ 42 ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดรวมทั้งรังไข่

ร้อยละ 60 และระยะเวลาในการผ่าตัดอยู่ในช่วง 2-3 ชั่วโมง ร้อยละ 49 ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 21 นาที ($SD = .86$)

เปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดเท่ากับ 6.39 คะแนน ($SD = 2.02$) และ 6.41 คะแนน ($SD = 2.12$) ตามลำดับ ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดเท่ากับ 4.48 คะแนน ($SD = 1.67$)

เนื่องจากในการทดสอบคุณสมบัติในเรื่องการกระจายตัวของข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด มีการกระจายตัวแบบไม่ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = 2.075$) ซึ่งไม่ผ่านข้อตกลงในการใช้สถิติ one-way ANOVA ผู้วิจัยจึงใช้สถิติฟรیدแมนเปรียบเทียบค่าอันดับเฉลี่ยของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด พบว่าค่าอันดับเฉลี่ยของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับค่าอันดับเฉลี่ยของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติฟรیدแมน (Friedman test) ($N=100$ คน)

วันที่หลังผ่าตัด	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	ค่าอันดับเฉลี่ย	สถิติฟรیدแมน	p
วันที่ 1	2-10	6.39	2.02	ปานกลาง	2.48		
วันที่ 2	1-10	6.41	2.12	ปานกลาง	2.47	173.97***	.000
วันที่ 3	0-10	4.48	1.67	ต่ำ	1.06		

*** $p < .001$

การจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การลุกเดินบ่อยๆ ร้อยละ 93 รองลงมาคือ การพลิกตัวบ่อยๆ ร้อยละ 92 และบอกแพทย์หรือพยาบาลทันทีเมื่อรู้สึกท้องอืด ร้อยละ 89 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืด (N= 100 คน)

วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วย *	ร้อยละ
ลุกเดินบ่อยๆ	93
พลิกตัวบ่อยๆ	92
บอกแพทย์หรือพยาบาลทันทีที่รู้สึกท้องอืด	89
ขอยาบรรเทาภาวะท้องอืด	83
บ่นว่าท้องอืด	51
หายใจลึกๆ ช้าๆ อย่างสม่ำเสมอ	50
นอนนิ่งเฉย	9
ร้องเสียงดัง	5
อื่นๆ ระบุ.....	4

*ผู้ป่วยสามารถเลือกได้มากกว่า 1 วิธี

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล (N = 100 คน)

วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาล*	ร้อยละ
ช่วยกระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ	96
ช่วยเหลือกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว	92
ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง	88
ให้ยาบรรเทาภาวะท้องอืด	82
สอบถามผลของภาวะท้องอืดหลังได้รับยาบรรเทาภาวะท้องอืด	81
ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในระหว่างที่มีภาวะท้องอืด	34
ให้ดื่มน้ำ ดื่มน้ำ	2

*ผู้ป่วยสามารถเลือกได้มากกว่า 1 วิธี

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าได้รับจากแพทย์และพยาบาลมากที่สุดคือ กระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ ร้อยละ 96 รองลงมา

คือ ช่วยเหลือกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว ร้อยละ 92 และให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ร้อยละ 88

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า วิธีการจัดการกับความปวดโดยการให้ยา ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยาฉีดคือ เพทรีดินร้อยละ 72 รองลงมาก็คือ ไดนาสแตท (Dynastat) ร้อยละ 38 ในวันที่ 2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยารับประทานคือ ซินฟлекс (Synflex) ร้อยละ 61 รองลงมาก็คือ พาราเซตามอล ร้อยละ 50 และในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยารับประทานคือ ซินฟлекс ร้อยละ 63 รองลงมาก็คือ พาราเซตามอลร้อยละ 20 ดังแสดงในภาคผนวก ง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยารับประทานคือ แอร์ - เอกซ์ ร้อยละ 26 รองลงมาก็คือ คาร์มินีฟ ร้อยละ 4 ในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยารับประทานคือ แอร์ - เอกซ์ ร้อยละ 77 รองลงมาก็คือ คาร์มินาทีฟร้อยละ 47 และในวันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยารับประทานคือ แอร์ - เอกซ์ ร้อยละ 82 รองลงมาก็คือ คาร์มินีฟร้อยละ 38 ดังแสดงในตารางภาคผนวก จ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีผู้ป่วยขอยาบรรเทาภาวะท้องอืดเมื่อมีภาวะท้องอืด ร้อยละ 89 โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอการบริหารยาจากแพทย์ และพยาบาลภายหลังการขอยา ≤ 10 นาที ร้อยละ 66 นอกจากนั้นผู้ป่วย ร้อยละ 11 ได้รับยาบรรเทาภาวะท้องอืดต่อเนื่องตามแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาภาวะท้องอืดแล้ว แต่ภาวะท้องอืดไม่บรรเทา ผู้ป่วยขอยาเพิ่ม ร้อยละ 60 โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอการบริหารยาภายหลังการขอยาเพิ่มน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 65 และผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ประสิทธิภาพในการจัดการกับภาวะท้องอืดบรรเทาลงในระดับต่ำร้อยละ 43 ดังแสดงในตารางภาคผนวก ฉ

ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยรบกวนด้านการนอนหลับเป็นอันดับแรก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.75 คะแนน (SD = 2.12) รองลงมาก็คือ ด้านอารมณ์โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.12 คะแนน (SD = 2.43)

ตารางที่ 4 แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (N=100 คน)

ผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันด้าน	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การนอนหลับ	0-10	6.75	2.12	ปานกลาง
อารมณ์	0-10	6.12	2.43	ปานกลาง
การเคลื่อนไหว	0-10	5.64	2.28	ปานกลาง
การทำกิจกรรมทั่วไป	0-10	5.54	2.02	ปานกลาง
การไอ และการหายใจ เข้าออกถี่ๆ	0-10	5.37	2.52	ปานกลาง
การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	0-8	4.28	2.40	ต่ำ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลโดยรวม

ตารางที่ 5 แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลโดยรวม (N=100 คน)

ผู้จัดการกับภาวะท้องอืด (แพทย์ และพยาบาล)	ความพึงพอใจของผู้ป่วย			
	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
โดยรวม	5-10	8.43	1.70	สูง

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์ และพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.43 คะแนน (SD =1.70)

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 31-82 ปี อายุเฉลี่ย 45.01 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 69 ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความคล้ายคลึงของการศึกษาที่ผ่านมาของขวัญจิตร์ ปุณโพธิ์ (2551) ซึ่งศึกษาความปวด การจัดการกับความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องในโรงพยาบาลรามารับดี ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 31-73 ปี อายุเฉลี่ย 46.3 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 79.1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีประสบการณ์ภาวะท้องอืดในอดีต ร้อยละ 52 โดยมีภาวะท้องอืดในอดีตจากการผ่าตัดคลอดเป็นส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเย็บโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ร้อยละ 42 ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดรวมทั้งรังไข่ ร้อยละ 60 และระยะเวลาในการผ่าตัดอยู่ในช่วง 2-3 ชั่วโมง ร้อยละ 49 ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 21 นาที เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน อวัยวะภายในได้รับความกระทบกระเทือน ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นเวลานาน เช่น ยาคลายกล้ามเนื้อ ที่ใช้ในระหว่างการผ่าตัดมีผลให้ระบบทางเดินอาหารหยุดทำงานชั่วคราว (ยุพิน คีสมศักดิ์, 2546)

เปรียบเทียบความรุนแรงของภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดเท่ากับ 6.39 คะแนน (SD = 2.02) และ 6.41 คะแนน (SD = 2.12) ตามลำดับ ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดเท่ากับ 4.48 คะแนน (SD = 1.67) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดด้วยสถิติพรีดแมน พบว่าค่าอันดับเฉลี่ยของภาวะท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 1)

การที่ในวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าอันดับเฉลี่ยของภาวะท้องอืดแตกต่างกัน เนื่องจากภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้องจะพบใน 24 - 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Craven & Hirnle, 2003) หรืออาการท้องอืดมักเกิดขึ้นชั่วคราวใน 24 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (<http://www.nurseminerva.co.uk/nursing1.htm>) และอาการท้องอืดจะหายเองตามธรรมชาติหลังวันที่ 2-3 หลังผ่าตัด (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2403907>) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนันทาวดี ศิริจันทร์และคณะ (2551) ศึกษาอาการท้องอืด และการ

จัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการท้องอืดใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้พบว่า ในวันที่ 2 หลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลางและสูงเป็นอันดับหนึ่ง สาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดสะสมมาจากรวันที่ 1 และในวันที่ 2 หลังผ่าตัดร่างกายยังคงสร้างแก๊สออกมาอีก ในขณะที่กระเพาะอาหารและลำไส้ยังคงหยุดการเคลื่อนไหวเช่นเดิม ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ขยายและโป่งพองเพิ่มมากขึ้น และมีแรงดันในช่องท้องมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจึงมีภาวะท้องอืดสูงมากเป็นอันดับหนึ่ง

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดอาจเกิดจาก การผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ และได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (Roark, 2003) โดยยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายมีผลต่อระบบการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น รูปแบบการส่งผ่านกระแสไฟฟ้าในเซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะอาหารลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง ผลต่อระบบประสาท ทำให้ลำไส้มีอัมพาตชั่วคราวหลังผ่าตัด (กษยา ดันติผลาชีวะ, 2549) นอกจากนั้นการสัมผัสและแรงกดบริเวณกระเพาะอาหารและลำไส้ระหว่างการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องจะไปกระตุ้นกลุ่มเซลล์ประสาทไมเนอร์ และกลุ่มเซลล์ประสาทเออร์บัค ซึ่งควบคุมการบีบตัวของอวัยวะในทางเดินอาหาร ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดลดลง (Craven & Hirmler, 2003) ทั้งนี้รวมถึงการกลืนอากาศในระยะฟื้นจากยาสลบเข้าไปในกระเพาะอาหาร และจากการซึมผ่านของแก๊สจากกระแสเลือดเข้าไปในลำไส้ในส่วนที่ขาดความตึงตัวหลังผ่าตัด ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้มีแก๊สคั่งค้างมากขึ้น (กษยา ดันติผลาชีวะ, 2549) ขณะเดียวกันในภาวะปกติในทางเดินอาหารจะมีแก๊สประมาณ วันละ 200 มิลลิลิตร (Ohge & Levitt, 2006) และในลำไส้ใหญ่มีแก๊สวันละประมาณ 7-10 ลิตร (Guyton, 2006) ถ้ามีแก๊สสะสมอยู่ในทางเดินอาหารมากขึ้น จะทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ เกิดการขยาย ประกอบกับการที่กระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง หรือหยุดการเคลื่อนไหว จะทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ขับแก๊สออกมาไม่ได้ (Summer, 2003) ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด เมื่อพิจารณาเรื่องการได้ยาบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด พบว่าใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยาฉีดแก้ปวดเพทิดีนร้อยละ 72 และมอร์ฟีนร้อยละ 20 เพื่อระงับปวดเพทิดีนและมอร์ฟีนเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) มีหน้าที่ช่วยระงับปวด ยาในกลุ่มโอปิออยด์นอกจากจะระงับความปวดแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อประสาทซิมพาเทติกให้ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน และเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ยับยั้งการทำงานของลำไส้ และการบีบตัวของลำไส้ลดลง จึงทำให้มีภาวะท้องอืด (กษยา ดันติผลาชีวะ, 2549) ดังเช่น การศึกษาของคาลิ, มิติ,

สเวนสัน และฟรีแมน (Cali, Meade, Swanson, & Freeman, 2000) เกี่ยวกับผลกระทบของมอร์ฟินและขนาดของแผลผ่าตัดต่อการทำงานของลำไส้หลังได้รับการผ่าตัดลำไส้ พบว่า ระยะเวลาการเริ่มทำงานของลำไส้มีความสัมพันธ์กับปริมาณมอร์ฟินที่ได้รับ ($r = 0.74$)

ส่วนในวันที่ 3 หลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมทางด้านร่างกายมากขึ้น กระเพาะอาหารและลำไส้เริ่มกลับมาทำงานตามปกติ โดยกระเพาะอาหารจะเริ่มทำงานภายใน 2-3 วันหลังผ่าตัด และลำไส้จะเริ่มทำงานภายใน 3-5 วันหลังผ่าตัด (Angood, Gingalewski, & Andersen, 2001) รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น และมีความพร้อมในการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลในการเดินเพื่อบรรเทาอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ซึ่งการเดินจะทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยสามารถขับแก๊สออกมาทางทวารหนักได้ นอกจากนั้นเมื่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องอืด ผู้ป่วยร้อยละ 82 ยังได้ยาแอร์-เอกซ์บรรเทาภาวะท้องอืด แอร์-เอกซ์ช่วยลดภาวะท้องอืดโดยเปลี่ยนความตึงผิวของฟองอากาศหรือแก๊สในกระเพาะลำไส้ ทำให้ฟองอากาศที่รวมตัวกันแตกได้ และป้องกันไม่ให้เยื่อเมือกเกาะหุ้มฟองอากาศเหล่านี้ ทำให้เรอ ขับลมหรือผายลมได้สะดวกขึ้น (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545) จึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดลดลง จากเหตุผลดังกล่าวในวันที่ 3 หลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจึงมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษารั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนันทาวดี ศิริจันทร์ และคณะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ

การจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล

การศึกษารั้งนี้พบว่า วิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ การลุกเดินบ่อยๆ ร้อยละ 93 รองลงมาคือ การพลิกตัวบ่อยๆ ร้อยละ 92 ผลการศึกษารั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของนันทาวดี ศิริจันทร์ และคณะ (2551) ที่พบว่า วิธีการกับอาการท้องอืดที่ผู้ป่วยใช้มาก 3 วิธีแรกคือ การพลิกตัวบ่อยๆ การลุกเดินบ่อยๆ และการนอนนิ่งเฉย

เหตุที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างใช้การลุกเดินบ่อยๆ เพราะรู้สึกแน่นอึดอัดในท้องและหายใจไม่สะดวกจากภาวะท้องอืด และผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองว่า การลุกเดินบ่อยๆ ช่วยบรรเทาภาวะท้องอืดได้ นอกจากนั้นอาจเกิดจากผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นจากพยาบาลให้ลุกเดินบ่อยๆ เมื่อผู้ป่วยทำตามจึงพบว่าการเดินช่วยบรรเทาอาการท้องอืดได้ ซึ่งการลุกเดินบ่อยๆ หรือการลุกเดินได้เร็ว (early ambulation) หลังผ่าตัดจะช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของระบบทางเดินอาหารให้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด และกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนผ่าตัดได้เร็วขึ้น (Brunner & Suddarth, 2000)

ส่วนวิธีพลิกตัวบ่อยๆให้อยู่ในท่าที่สบายนั้น เพราะผู้ป่วยรู้สึกเมื่อยจากการนอนท่าเดียวนานๆ และผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองว่าการพลิกตัวอย่างช้าๆ และบ่อยๆ ช่วยบรรเทาอาการท้องอืดหลังผ่าตัดได้ นอกจากนี้การพลิกตัวบ่อยๆยังช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต และช่วยให้วัฏวะในระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น และช่วยบรรเทาอาการท้องอืดได้

การศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการจัดการกับภาวะท้องอืดที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุดคือ การช่วยกระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ ร้อยละ 96 รองลงมาคือ ช่วยเหลือกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว ร้อยละ 92 การศึกษาค้นคว้าพบว่า ในเย็นวันก่อนผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวในวันก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด และการปฏิบัติตัวในวันหลังผ่าตัด โดยการปฏิบัติตัวในวันหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนคือ การพลิกตะแคงตัวหลังผ่าตัด รวมถึงการเดินและการเคลื่อนไหวบ่อยๆ

เมื่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างรู้สึกตัวดี มีสัญญาณชีพคงที่ และมีสภาพร่างกายพร้อม แพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกออกจากเตียง และเดินภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดินได้เร็ว และการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ใน 1-2 วันมีอาการท้องอืดในวันที่ 1 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด ร้อยละ 40 และร้อยละ 30 ตามลำดับ (จงจิตรทองเครือ, 2546) หรือผู้ป่วยมีอาการท้องอืดลดลง อนึ่งการลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัดเป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก (anaerobic exercise) ที่อาศัยการทำงานของหัวใจและปอดเพียงเล็กน้อย เนื่องจากการใช้ออกซิเจนจำนวนน้อยในการทำให้เกิดพลังงานซึ่งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัดจะช่วยให้อวัยวะต่างๆของระบบทางเดินอาหารมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัด (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2546) ถ้าไส้มีการเคลื่อนไหวและกลับคืนสู่ปกติได้เร็วขึ้นหลังผ่าตัด (www.enwikipedia.org/wiki/ileus, 2004)

อนึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 45.01 ปี ประกอบกับในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง และในวันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับต่ำ ภาวะท้องอืดจึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการเดิน หรือการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจึงพร้อมที่จะเดินและปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลเรื่องการเดินได้เร็วหลังผ่าตัดหมดลูกออกจากหน้าท้อง

ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหมดลูกออกจากหน้าท้อง ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด

การศึกษาค้นคว้าพบว่าใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด ภาวะท้องอืดส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยด้านการนอนหลับ ด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการทำกิจกรรมทั่วไป

และด้านการไอและการหายใจเข้าออกอื่นๆในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนันทาวดี ศิริจันทร์ และคณะ (2551) ที่พบว่า ใน 3 วันแรกหลังผ่าตัดช่องท้อง อาการท้องอืดรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการนอนหลับ ด้านการไอและการหายใจเข้าออกอื่นๆ และการทำกิจกรรมทั่วไปในระดับต่ำ

การที่ภาวะท้องอืดรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการนอนหลับในระดับปานกลางเนื่องจากภาวะท้องอืดทำให้มีการขยายของช่องท้อง ช่องท้องจะดันกะบังลม กะบังลมจะเคลื่อนตัวผิดปกติ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนแก๊สไม่ดี สร้างความไม่สบาย หายใจลำบาก มีอาการหอบเหนื่อย (Porth, 2007; Summers, 2003) ผู้ป่วยจะรู้สึกอึดอัดแน่นท้องจากการที่ไม่สามารถขับแก๊สออกจากระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะเวลาอนราบ บางรายมีอาการท้องอืดมาก อาจหายใจไม่สะดวกและเหนื่อยได้ (ประณีต, 2544) จึงส่งผลกระทบต่อการนอนหลับได้

การที่ภาวะท้องอืดรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอารมณ์ในระดับปานกลางเนื่องจากภาวะท้องอืดทำให้มีการขยายของช่องท้อง และความดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีอาการปวดท้อง กดเจ็บทั่วท้อง คลื่นไส้อาเจียน การเคลื่อนไหวลำไส้ลดลง ไม่ผายลมและไม่ถ่ายอุจจาระ (กษมา ตันติผลาชีวะ, 2549; Kraft, Erstad, & Matuszewski, 2005) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดอาการหงุดหงิดและอารมณ์ขุ่นมัว (ยุพิน ศิสมศักดิ์, 2546)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลโดยรวม

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.43 คะแนน แม้ว่าในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังผ่าตัดดมยาสลบออกทางหน้าท้อง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยภาวะท้องอืดอยู่ในระดับปานกลาง ก็ตาม แต่ภาวะท้องอืดลดลงเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนันทาวดี ศิริจันทร์ และคณะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี สำราญญาติ (2542) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ คือ การให้ข้อมูลหลังผ่าตัด การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การพยาบาลพื้นฐานทั่วไป และการพยาบาลเฉพาะขณะที่ผู้ป่วยมีความปวดแผลผ่าตัดในระดับสูง

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้รับบริการที่มีภาวะท้องอืดเป็นหลัก ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่สูง จึงเป็นการแสดงถึงการที่ทีมสุขภาพให้ความสำคัญต่อภาวะท้องอืดของผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากการจัดการกับภาวะท้องอืดในรายชื้อที่ว่า ช่วยกระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ มากที่สุด รองลงมา คือ ช่วยเหลือกระตุ้นให้พลิกตะแคง ได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เป็นต้น

แพทย์และพยาบาลนอกจากจะให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดดังกล่าวแล้ว ในเรื่องการขอยาบรรเทาภาวะท้องอืด การศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อมีภาวะท้องอืดผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างขอยาบรรเทาภาวะท้องอืด ร้อยละ 89 โดยในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ยาบรรเทาภาวะท้องอืดในรูปยาขั้บดมในกลุ่ม Simethicone คือ แอร์-เอกซ์ ร้อยละ 77 และร้อยละ 82 ตามลำดับ ยาบรรเทาภาวะท้องอืดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดรองลงมาเป็นยาในกลุ่มยาขั้บดม เช่น คาร์มินทิฟ ร้อยละ 47 และร้อยละ 38 ตามลำดับ การได้รับยาทั้ง 2 ชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. เนื่องจากภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องเป็นภาวะที่พบได้บ่อยพยาบาลจึงควรนำแบบประเมินภาวะท้องอืดไปประเมินภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทุกราย เพื่อเป็นข้อมูลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป
2. นำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเรื่องภาวะท้องอืด วิธีจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวมีความรู้ มีความเข้าใจและให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

อาจารย์พยาบาลควรนำความรู้เรื่องภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องไปใส่ในวิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. การวิจัยครั้งนี้ประเมินภาวะท้องอืดโดยถามความรู้สึกแน่นอึดอัดในท้องของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว เพื่อให้การประเมินภาวะท้องอืดได้ครอบคลุมมากขึ้น ในการศึกษาครั้งต่อไปการ

ประเมินภาวะท้องอืดควรนำความรู้สึกแน่นอึดอัดในท้องมาประเมินร่วมกับอาการเรอ ผายลม เสียงเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ และความยาวของเส้นรอบวงท้องระดับสะดือ

2. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องที่มีภาวะท้องอืดตามปกติ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องอืดอย่างรุนแรงและเป็นนานหลายวัน เช่น ผู้ป่วยที่มีลำไส้อุดตันจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น



ABDOMINAL DISTENTION, SYMPTOM MANAGEMENT AND
SATISFACTION WITH ABDOMINAL DISTENTION MANAGEMENT IN
PATIENTS WITH TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY

SIRIRAT MUNJAIPRASERT 4736901 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SOMPORN CHINNOROS, M.S.,
MAYUREE JIRAPINYO, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Total abdominal hysterectomy was a surgery for treating gynecologic diseases and side-effects during pregnancy or labor by removing abnormal parts or curing organ disorders in order to save patients' life or help them live normal life after the surgery, but the surgery affected the patients both physically and mentally (Pannee Paisarntaksin, B.E. 2540). One of the physical effects from total abdominal hysterectomy was abdominal distention which was a frequent symptom (Kanokwan Bunwittaya, B.E. 2548; Harkreader & Hogan, 2004). Abdominal distention occurred temporarily within 24-72 hours after the surgery (Craven & Hirnle, 2003; <http://www.nurseminerva.co.uk/nursing1.htm>.) Some factors related to abdominal distention after the surgery included effects of general anesthesia, air swallowing during recovery term (Taylor, Lillis, & Lemone, 2001), and intestinal disturbance from touching during the surgery leading to intestinal irritation (Craven & Hirnle, 2003; Elkin, Perry, & Potter, 2000). Besides, abdominal surgery also stimulated sympathetic nervous system resulting in decrease of intestinal movement (Craven & Hirnle, 2003).

Abdominal distention after total abdominal hysterectomy caused the patients to feel cramped, uncomfortable, stomach ache. They would get stomach ache and feel like being compressed, having gas in the belly, sometimes having colicky pain. Some severe cases would also feel like vomiting. Abdominal distention after the abdominal surgery could make the patients feel uncomfortable in the stomach and sometimes hardly breathe (Nunta Leksawasdi, B.E. 2546), as well as cause lung disorders leading to easily tired feeling (Praneet Songwathana, B.E. 2544). Some patients had so much abdominal distention that they could not lie down leading to insomnia or insufficient sleep (Pilan Likitkumjorn, B.E. 2546). In addition, the symptom also disturbed their emotion, made them feel frustrated (Yupin Deesomsak, B.E. 2546), and destroyed their relationships with other people.

When the patients had abdominal distention after total abdominal hysterectomy, they would let doctors and nurses know about their symptom. Some patients would say that they felt cramped in the stomach, could not fart & burp, and hardly breathed due to gas accumulation in the stomach. However, some patients would not tell nurses but their relatives that they had abdominal distention whereas some patients would manage their symptom by staying still in bed and not moving their body. Some patients would manage their abdominal distention by walking. When nurses found that the patients had the symptom, nurses would attentively ask the patients conditions, evaluate the symptom, give information on the causes of the symptom to the patients, suggest the patients to ask for medicine, and prescribe medicine as planned, or ask the patients not to eat or drink by mouth (Litwack, 2000), or feed nasogastric tube into the stomach or the rectum (Craven & Hirnle, 2003) as planned. Moreover, nurses also motivated the patients to exercise in bed, or have the early ambulation. Some patients could relieve abdominal distention by using only one method, but some patients probably used several methods in order to relieve the symptom.

According to the above information, although it revealed that doctors and nurses took care of the patients after total abdominal hysterectomy, and helped manage their abdominal distention, but the literature review did not found any study on the outcomes of such nursing or management. Besides, the studies on abdominal distention and symptom management in the past were conducted and managed through

views of the health team. There were some limitations on the patients especially the study on abdominal distention and symptom management in patients with total abdominal hysterectomy systematically covering both health team and patients. Therefore, the researcher was interested in studying abdominal distention in patients with total abdominal hysterectomy, abdominal distention management by the health team, and satisfaction on abdominal distention management. It was expected that the findings would further become a guideline for the suitable symptom management in patients with total abdominal hysterectomy.

Theoretical Framework

The researcher used the model of symptom management of Dodd, et al. (Dodd, et al., 2001) which was developed from the model of symptom management of Larson, et al. (Larson, et al., 1994). The framework regarded 3 related concepts namely symptom experience, symptom management strategies, and outcomes as a guideline for the study on abdominal distention, symptom management, and satisfaction on symptom management in patients with total abdominal hysterectomy as described below:

Total abdominal hysterectomy was an abdominal surgery in order to remove pelvic organ. The surgery caused intestine to function more slowly or stop moving temporarily. It always occurred on the first day after the surgery and would return to normal within a few days. Some reasons of intestinal dysfunctions came from effects of anesthesia (Benchamas Preechakul and Benjawan Teeratherdtrakul, B.E. 2546), restraint of nervous system; restrained neurotransmitter & infected organ after the surgery (Kasaya Tantiphlachiva, B.E. 2549), norepinephrin release by intestinal wall, and effects of painkiller medicine (Benchamas Preechakul and Benjawan Teeratherdtrakul, B.E. 2546). As a result, the patients had abdominal distention, perceive, and react to the symptom after the surgery which was a symptom experience. Such experience would have various severity level due to several factors related to perception on abdominal distention namely physical, mental, social, cultural, and environmental factor. The perception enabled each individual to evaluate their symptom, express the severity, as well as diagnose their symptom. Each individual

would react to the symptom both physically and mentally in order to reduce it, keep the balanced condition, or maintain most comfortable feeling.

There were several methods to manage abdominal distention of the patients after the surgery. Some methods could be self-managed. Each patient possibly had different ability because it depended on the patients' physical & mental condition, knowledge, belief, and experience. However, most patients needed to be treated by doctors and nurses especially during the first 1-3 days after total abdominal hysterectomy (Kanokwan Bunwittaya, B.E. 2548). If doctors and nurses gave insufficient treatment, the patients' needs would not be fulfilled as expected leading to their anxiety, tension, and insomnia. This would result in more severe symptom experience. However, if carers could give sufficient and suitable symptom management to the patients, their abdominal distention would be decreased leading to their satisfaction because symptom relief was one of activities that the patients expected to receive from doctors and nurses. This was considered an evaluation on symptom management efficiency by the patients.

According to the above information, the theoretical framework was shown in Figure 1:

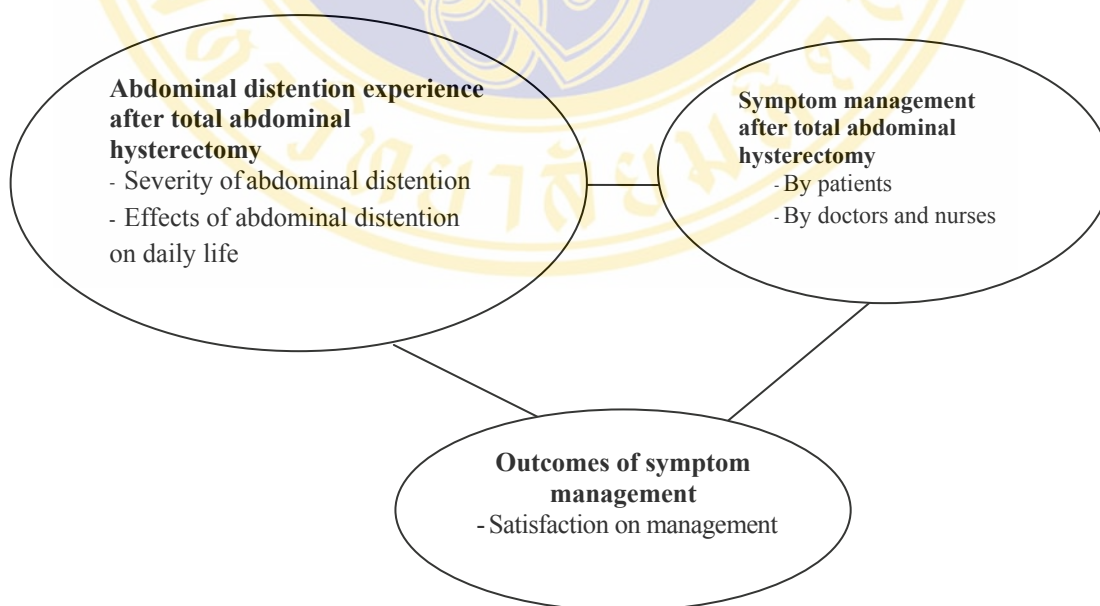


Figure 1 Theoretical framework applied from the model of symptom management of Dodd, et al. (2001)

Research Objectives

1. To compare the severity of abdominal distention of patients during the first 3 days after total abdominal hysterectomy.
2. To study abdominal distention symptom management by patients, doctors, and nurses.
3. To study abdominal distention outcomes which affected daily life of patients during the first 3 days after total abdominal hysterectomy.
4. To study patients' overall satisfaction on symptom management by doctors and nurses.

Scope of Research

This research focused on studying abdominal distention, symptom management, and patients' satisfaction on abdominal distention management after total abdominal hysterectomy in Gynecology Care Unit and Obstetrics Care Unit, Ramathibodi Hospital during January – April 2008.

Expected Outcome

1. To be a guideline on evaluation and management of abdominal distention in patients after total abdominal hysterectomy systematically.
2. To be a guideline on nursing system development in order to improve how to educate officers and nursing standards related to abdominal distention management for patients after total abdominal hysterectomy efficiently.
3. To be a guideline on development of nursing education related to abdominal distention.

Definition of Variables

Abdominal distention means temporary unmoved gastrointestinal tract due to anesthesia, disturbed sympathetic nervous system, reducing release of neurotransmitter, infected organs after the surgery, surgical wound pain, and painkiller medicine resulting in water & gas retention in the intestine. The symptom could be

evaluated when the patients said that they felt abdominal distention. The researcher designed an abdominal distention questionnaire after the review of related literature.

High scores indicated that the patients had high level of abdominal distention.

Effects of abdominal distention on daily life mean the symptom which disturbed daily life of the patients after total abdominal hysterectomy. The researcher designed an abdominal distention evaluation form consisting of effects on emotion, movement, relationships with other people, sleeping, coughing, deep breathing, and general activities. High scores indicated that the effects of abdominal distention on daily life of the patients in high level.

Abdominal distention management means methods or procedures that the patients with total abdominal hysterectomy used for managing their symptom by themselves or received from doctors and nurses. The researcher designed a questionnaire on abdominal distention management after the review of related literature.

Satisfaction on abdominal distention management means positive feeling of the patients toward the quality and efficient symptom management by doctors and nurses. As a result, the patients' needs were fulfilled physically, mentally, emotionally, socially, and formed their suitable belief. The researcher designed a questionnaire on abdominal distention after the review of related literature. High scores indicated that the patients' overall satisfaction on abdominal distention management by doctors and nurses in high level.

Materials and Methods

This research was a descriptive research. The sample was 100 patients with total abdominal hysterectomy during the first 3 days after the surgery in Gynecology Care Unit and Obstetrics Care Unit, Ramathibodi Hospital during January – April 2008 who possessed following characteristics: 1) Age 15 years and over, 2) Receiving total abdominal hysterectomy and general anesthesia, 3) Having abdominal distention during the first 3 days after the surgery, 4) Having good consciousness & being able to communicate in Thai, 5) Willing to participate in the research.

Instruments

Research instruments for data collection consisted of 3 parts as below:

1. Personal data record was divided into 2 parts with a total of 9 questions:

1.1 General information included age, education level, and occupation.

There were totally 3 items namely no.1, 2, and 3.

1.2 Information on the patients' sickness and medical treatment included abdominal distention experience, diagnosis, surgical type, surgical period, painkiller medicine and abdominal distention relieving medicine during the first 3 days after the surgery. There were totally 6 items namely no. 4, 5, 6, 7, 8 and 9.

2. Questionnaire on abdominal distention designed by the researcher after the review of related literature. The questions were as follows:

2.1 Questions for evaluating the severity of abdominal distention. The patients were asked to choose numbers in accordance with their symptom feeling. Scores ranged from 0-10 with written message at 0, 5, and 10 (0 means no abdominal distention, 5 means medium level of abdominal distention, and 10 means highest level of abdominal distention). There was 1 question namely no. 1 with a total score of 10.

2.2 Questions for evaluating effects of abdominal distention on daily life in terms of emotion, movement, relationships with other people, sleeping, coughing or deep breathing, and general activities. The patients were asked to choose numbers in accordance with their feeling. Scores ranged from 0-10 with written message at 0, 5, and 10 (0 means no disturbance, 5 means medium level of disturbance, and 10 means highest level of disturbance). There were totally 6 questions namely no. 2, 3, 4, 5, 6, and 7. Score calculation of each item was made separately with a total score of 10 each.

2.3 Questions for evaluating the patients' overall satisfaction on abdominal distention management by doctors and nurses. The patients were asked to choose numbers in accordance with their feeling. Scores ranged from 0-10 with written message at 0, 5, and 10 (0 means no satisfaction, 5 means medium level of satisfaction, and 10 means highest level of satisfaction). It was question no. 8. As for question no. 9, it was an open-ended question which allowed the patients to answer in case of no satisfaction.

Regarding the level of abdominal distention, activity disturbance, and satisfaction, the researcher divided them into 3 levels as below:

Low level scores ranged from 1-4. This means that the patients perceived the severity of abdominal distention/activity disturbance/satisfaction at a low level.

Medium level scores ranged from 5-6. This means that the patients perceived the severity of abdominal distention/activity disturbance/satisfaction at a medium level.

High level scores ranged from 7-10. This means that the patients perceived the severity of abdominal distention/activity disturbance/satisfaction at a high level.

3. Questionnaire on abdominal distention management by the patients, doctors, and nurses designed by the researcher after the review of related literature was as follows:

3.1 Abdominal distention management by the patients was question no. 10 with 8 choices. 9th choice allowed answering 'others'. The patients were asked to evaluate by choosing one or more of their symptom management.

3.2 Abdominal distention management by doctors and nurses was question no. 11 with 9 choices. 10th choice allowed answering 'others'. The patients were asked to evaluate by choosing one or more of their received symptom management from doctors and nurses.

Quality Verification of Research Instruments.

The content and language of the questionnaires on abdominal distention were validated by 5 experts and revised as suggested by the experts that resulted in a Content Validity Index (CVI) equaling .80.

The researcher used the Cronbach's Alpha Coefficient for validating the questionnaire on abdominal distention in 30 patients with total abdominal hysterectomy. The results of the severity of abdominal distention on the first, the second, and the third day after the surgery were .84, .75, and .82 respectively. The results of symptom effects on daily life and satisfaction were .91 and .94 respectively. The tools were used in 100 patients. The results of the severity of abdominal distention on the first, the second, and the third day after the surgery were .86, .77, and .82

respectively. The results of symptom effects on daily life and satisfaction were .90 and .95 respectively.

Data Collection

1. The researcher asked for permission from Human Research Ethics Committee, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital for right advocacy of the research participants.

2. The researcher collected data of the populations in Gynecology Care Unit and Obstetrics Care Unit, Ramathibodi Hospital.

3. The researcher chose the populations based on the selection criteria from the surgical schedule of the next day. Then, the researcher met the populations to give an introductory message, explain the objectives, questionnaire answering, and right advocacy. When the patients accepted to participate in the study, the researcher explained them how to answer the abdominal distention evaluation form and allowed them to ask questions.

4. The researcher asked the patients to evaluate the severity of abdominal distention 24 hours, 48 hours, and 72 hours after the surgery. On the third day after the surgery, in addition to the evaluation on the symptom severity, the researcher also asked the patients to answer the questionnaire on abdominal distention management by the patients, doctors, and nurses, effects of abdominal distention on their daily life, as well as the patients' satisfaction on their received symptom management.

Data Analysis

The researcher analyzed the collected data based on statistical methods through SPSS program:

1. To use descriptive statistics for personal data namely distribution of frequency, percentage, and standard deviation.

2. To use descriptive and inferential statistics for the severity of abdominal distention namely range, mean, and standard deviation, then compare mean rank of abdominal distention during the first 3 days after the surgery by Friedman test.

3. To use descriptive statistics for abdominal distention management by the patients, doctors, and nurses namely percentage, then analyze the data on painkiller

medicine & abdominal distention relieving medicine prescription each day by using distribution of frequency and percentage.

4. To use descriptive statistics for effects of abdominal distention on daily life namely range, mean, and standard deviation.

5. To use descriptive statistics for satisfaction on abdominal distention management by doctors and nurses namely range, mean, and standard deviation.

Results

Characteristics of the sample

The sample of this study had age ranged from 31-82 year. The average age was 45.01 year (SD = 8.39). 69% aged from 41-60 years. 52% had experienced the abdominal distention symptom. 42% were diagnosed with endometriosis. 60% had been removed the uterus and ovaries. 49% had a few hours of surgery with the average surgical period of 2 hours and 21 minutes (SD = .86).

The comparison of the severity of abdominal distention in patients with total abdominal hysterectomy during the first 3 days after the surgery

After the data analysis, it was found that on the first and the second day after the surgery, abdominal distention of the populations were at a medium level with the average symptom of 6.39 (SD= 2.02) and 6.41 (SD = 2.12) respectively. On the third day after the surgery, abdominal distention of the populations were at a low level with the average symptom of 4.48 (SD = 1.67).

As the mean of abdominal distention during the first 3 days after the surgery did not show normal distribution at the significant level of .001 ($Z = 2.075$) which could not use one-way ANOVA test, so the researcher used Friedman test to compare mean rank of abdominal distention during the first 3 days after the surgery. It was found that mean rank of abdominal distention during the first 3 days after the surgery was statistically different at the significant level of .001 as shown in Table 1.

Table 1 Range, mean, standard deviation, level, and mean rank of abdominal distention during the first 3 days after the surgery analyzed by Friedman test (N=100 persons)

Day after the surgery	Range	Mean	Standard deviation	Level	Mean rank	Friedman test	p
1 st day	2-10	6.39	2.02	medium	2.48	173.97***	.000
2 nd day	1-10	6.41	2.12	medium	2.47		
3 rd day	0-10	4.48	1.67	low	1.06		

*** p < .001

Abdominal distention management of the patients, doctors, and nurses

According to Table 2, it was found that the most popular symptom management of the patients was to walk as much as possible (93%), to turn themselves over regularly (92%), and to let doctors or nurses know once they felt abdominal distention (89%) as shown in Table 2.

Table 2 Percentage of the populations classified by the symptom management (N= 100 persons)

The symptom management of the patients *	Percentage
To walk as much as possible	93
To turn themselves over regularly	92
To let doctors & nurses know once they felt the symptom	89
To ask for abdominal distention relieving medicine	83
To complain about the symptom	51
To take a deep and slow breath constantly	50
To stay still in bed	9
To cry out loud	5
Others (please specify).....	4

* The patients could choose more than one choice.

Table 3 Percentage of the populations classified by their received abdominal distention management from doctors and nurses (N = 100 persons)

Symptom management from doctors and nurses*	Percentage
To help motivate them to walk or move as much as possible	96
To help motivate them to turn themselves over	92
To suggest how to relieve abdominal distention after total abdominal hysterectomy	88
To prescribe abdominal distention relieving medicine	82
To ask for the symptom after taking medicine	81
To assist in doing activities while having abdominal distention	34
To ask them not to drink or eat	2

* The patients could choose more than one choice.

According to Table 3, it was found that the most perceived symptom management was to help motivate them to walk or move as much as possible (96%), to help motivate them to turn themselves over (92%), and to suggest how to relieve abdominal distention after total abdominal hysterectomy (88%).

After the data analysis, regarding the symptom management by using medicine, it was found that on the first day after the surgery the patients were injected with pethidine (72%), and dynastat (38%). On the second day after the surgery, the patients were prescribed synflex (61%), and paracetamol (50%). On the third day after the surgery, the patients were prescribed synflex (63%), and paracetamol (20%) as shown in Appendix F.

The study revealed that on the first day after the surgery, the sample was prescribed Air-x (26%), and M. carminative (4%). On the second day after the surgery, the sample was prescribed Air-x (77%), and M. carminative (47%). On the third day after the surgery, the sample was prescribed Air-x (82%), and M. carminative (38%) as shown in Appendix G.

The study found that some patients asked for abdominal distention relieving medicine while having the symptom (89%), the patients had to wait for medicine from doctors and nurses after request for ≤ 10 minutes (66%). Besides, 11% of the patients

were prescribed abdominal distention relieving medicine continuously as planned. When the patients took the medicine, but the symptom could not be relieved, 60% of the patients asked for more medicine (60%). The patients had to wait for more medicine for less than 1 hour (65%). The patients perceived the efficiency of the symptom management at a low level (43%) as shown in Table of Appendix H.

Effects of abdominal distention on daily life of the patients with total abdominal hysterectomy during the first 3 days after the surgery

Table 4 Range, mean, standard deviation, and level of effects of abdominal distention on daily life of the patients (N=100 persons)

Effects on daily life in each aspect	Range	Mean	Standard deviation	Level
Sleeping	0-10	6.75	2.12	medium
Emotion	0-10	6.12	2.43	medium
Movement	0-10	5.64	2.28	medium
General activities	0-10	5.54	2.02	medium
Coughing & deep breathing	0-10	5.37	2.52	medium
Relationships with other people	0-8	4.28	2.40	low

According to Table 4, it was found that during the first 3 days after the surgery, the effects of abdominal distention on the patients' daily life were mostly at a medium level. The first rank was sleeping with the average score of 6.75 (SD = 2.12). The second rank was emotion with the average score of 6.12 (SD = 2.43).

Patients' overall satisfaction on received abdominal distention management from doctors and nurses

Table 5 Range, mean, standard deviation, and patients' overall satisfaction on received abdominal distention management from doctors and nurses (N=100 persons)

The symptom management (by doctors and nurses)	Patients' satisfaction			
	Range	Mean	Standard deviation	Level
Overall	5.10	8.43	1.70	high

According to Table 5, it was found that the patients were highly satisfied with abdominal distention management received from doctors and nurses with the average score of 8.43 (SD =1.70).

Discussion

Characteristics of the sample

The sample of this study aged from 31-82 year. The average age was 45.01 year (SD = 8.39). 69% aged from 41-60. They were similar to those of the past research of Kwanchit Poonpho (2008) which studied pain, pain management, and satisfaction on pain management in patients with total abdominal hysterectomy at Ramathibodi Hospital. The study revealed that the patients aged from 31-73. The average age was 46.3. 79.1% aged from 41-60. 52% had experienced abdominal distention mainly due to cesarean section delivery. 42% were diagnosed with endometriosis. 60% had been removed the uterus and ovaries. 49% had a few hours of surgery with the average surgical period of 2 hours and 21 minutes. As the surgical period was quite long, internal organs were affected, the patients got anesthesia such as inhalant or muscle relaxant for a long time during the surgery, so this caused their gastrointestinal tract to stop functioning temporarily (Yupin Deesomsak, B.E. 2546).

The comparison of the severity of abdominal distention in patients with total abdominal hysterectomy during the first 3 days after the surgery

The study found that on the first and the second day after the surgery, abdominal distention of the patients were at a medium level with the average score of 6.39 (SD = 2.02) and 6.41 (SD = 2.12) respectively. On the third day after the surgery, abdominal distention of the patients were at a low level with the average score of 4.48 (SD = 1.67). When compared mean of the symptom during the first 3 days after the surgery by Friedman test, it was found that mean rank of the symptom during the first 3 days after the surgery was different statistically significantly with $p < .001$ (Table 1).

The mean rank was different because abdominal distention after the abdominal surgery would occur during 24-48 hours after the surgery (Craven & Hirnle, 2003) or exist temporarily during 24-72 hours after the surgery (<http://www.nurseminerva.co.uk/nursing1.htm>). The symptom would naturally be relieved a few days after the surgery (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2403907>). The result of this study was in accordance with the research of Nuntawadee Sirichantra, et al. (B.E. 2551) that studied abdominal distention and the symptom management in patients after the abdominal surgery. The study found that the average score of the severity of the symptom during the first 3 days after the surgery was different statistically significantly.

This study found that on the second day after total abdominal hysterectomy, the average score of the symptom of the patients were at a medium level and ranked first. This was probably because the symptom was accumulated from the first day. On the second day after the surgery, their body still released gas while the intestine still stopped moving. As a result, the intestine increasingly enlarged and swelled. Abdominal pressure was also increased. Thus, abdominal distention of the patients ranked first.

The patients got abdominal distention after the surgery possibly because total abdominal hysterectomy was a major surgery and needed to use general anesthesia (Roark, 2003). General anesthesia affected functional system of the body, for example, electricity transmission of smooth muscle cells in the intestine caused the intestine to slower its movement, and nervous system was affected leading to temporary paralyzed intestine after the surgery (Kasaya Tantiphlachiva, B.E. 2549). Besides, touching and

pressure on the intestine during total abdominal hysterectomy stimulated minor nerve cells and erback nerve cells which controlled intestinal contraction resulting in reducing intestinal peristalsis (Craven & Hirnle, 2003). In addition, air swallowing during recovery term and gas leaking from blood stream into the non-flexible intestine after the surgery produced more gas in the intestine (Kasaya Tantiphlachiva, B.E. 2549). Normally there were 200 ml of gas in the intestine (Ohge & Levitt, 2006). There were 7-10 litres of gas in the colon (Guyton, 2006). If gas increased in the gastrointestinal tract, the intestine would enlarge, slower or stop moving leading to impossible gas release (Summer, 2003). As a result, the patients had abdominal distention. When considered painkiller medicine after the surgery, it was found that during the first 24 hours after the surgery, the patients were injected with pethidine (72%) and morphine (20%) in order to relieve pain. Pethidine and morphine were classified into opioid using for relieving pain. Opioid medicine did not only relieve pain, but also caused sympathetic nervous system to restrain Acetylcholine neurotransmitter resulting in decrease of intestinal movement and contraction leading to abdominal distention (Kasaya Tantiphlachiva, B.E. 2549). Similarly, the study of Cali, Meade, Swanson, & Freeman (2000) on effects of morphine and size of surgical wound on the intestinal function after the intestinal surgery found that starting time of the intestinal function was related to the dose of morphine ($r = 0.74$).

On the third day after total abdominal hysterectomy, the patients' physical condition was better. The intestine started to return to normal. The stomach would start functioning within a few days after the surgery whereas the bowel would start functioning within 3-5 days after the surgery (Angood, Gingalewski, & Andersen, 2001). The patients could increasingly move their body and were ready to follow nurses' suggestion on walking to relieve abdominal distention after the surgery. Walking would help the intestine to better move. As a result, the patients would be able to release gas through the rectum. Besides, when the patients felt the symptom, 82% of them would be prescribed Air-x. The medicine could help relieve the symptom by changing surface tension of air bubble or gas in the intestine. Air bubble would be broken and the medicine prevented mucin to mix with air bubble resulting in more convenient farting or burping (Kampon Sriwatanakul, B.E. 2545). Thus, the symptom would be relieved. As such, on the third day after total abdominal hysterectomy, the

average score of the symptom were at a low level. The result of this study was in accordance with the study of Nuntawadee Sirichantra, et al. (B.E. 2551) which found that the average score of the symptom on the third day after the surgery were at a low level.

Abdominal distention management by patients, doctors, and nurses

This study found that the most popular symptom management of the patients was to walk as much as possible (93%), to turn themselves over regularly (92%). The result of this study was similar to the study of Nuntawadee Sirichantra, et al. (B.E. 2551) which found that the most 3 popular symptom management of the patients were to turn themselves over regularly, to walk as much as possible, and to stay still in bed.

The patients chose to walk as much as possible because they felt uncomfortable in the stomach and hardly breathe due to the symptom. They learned that walking could help relieve the symptom. Besides, the patients were motivated by nurses to walk as much as possible and they found that it was really helpful. The early ambulation after the surgery would help stimulate organs of the gastrointestinal tract to have peristalsis and return to normal more quickly (Brunner & Suddarth, 2000).

The patients turned themselves over regularly because they felt uncomfortable when keeping the same posture in bed for a long time. They learned that turning themselves over slowly and regularly could help relieve the symptom after the surgery. Besides, such action could help stimulate blood circulation and help organs of the gastrointestinal tract better move leading to relieved symptom.

This study found that the patients perceived that the most popular symptom management by doctors and nurses was to help motivate them to walk or move as much as possible (96%), to help motivate them to turn themselves over (92%). It revealed that in the evening before the surgery day, nurses of the care unit would educate the patients about practices before the surgery day/on the surgery day/after the surgery day. The patients were taught to turn themselves over as well as walk and move as much as possible after the surgery.

When the patients had good consciousness, had stable vital signs, and good physical condition, doctors and nurses of the care unit would motivate them to get out of the bed and walk within 24-48 hours after the surgery. Such motivation would cause the patients who had kidney stone removal surgery to have abdominal distention on

the first and the third day after the surgery by 40% and 30% respectively (Jongjit Thongkrua, B.E. 2546). The symptom had been relieved. By the way, the early ambulation after the surgery was an anaerobic exercise which slightly relied on heart and lung function due to a small volume of oxygen for driving energy. The motivation for the early ambulation would help organs of the gastrointestinal tract have peristalsis (Nunta Leksawasdi, B.E. 2546). The intestine would move and return to normal more quickly after the surgery (www.enwikipedia.org/wiki/ileus, 2004).

By the way, the patients were in the adult age with the average age of 45.01. In addition, on the second day after the surgery, the symptom of the patients was at a medium level. On the third day after the surgery, their symptom was at a low level. Thus, the symptom did not obstruct their walking or movement. They were ready to walk and follow nurses' suggestion on the early ambulation after total abdominal hysterectomy.

Effects of abdominal distention on daily life of the patients with total abdominal hysterectomy during the first 3 days after the surgery

This study found that during the first 3 days after the surgery, the symptom affected daily life of the patients in terms of sleeping, emotion, movement, general activities, coughing, and deep breathing at a medium level. The result of this study was not in accordance with the study of Nuntawadee Sirichantra, et al. (B.E. 2551) which found that during the first 3 days after the abdominal surgery, the symptom affected daily life in terms of emotion, movement, relationships with other people, sleeping, coughing, deep breathing, and general activities at a low level.

The symptom affected their daily life in terms of sleeping at a medium level because the symptom caused abdominal enlargement. When the abdomen pushed the diaphragm, the diaphragm would move abnormally resulting in bad gas exchange, uncomfortable feeling, hard breathing, and panting (Porth, 2007; Summers, 2003). The patients would feel uncomfortable in the stomach because they could not release gas from the gastrointestinal tract especially when they lied down. Some patients would have severe abdominal distention, hardly breathe, and feel tired (Praneed, B.E. 2541).

The symptom affected their daily life in terms of emotion at a medium level because the symptom caused abdominal enlargement and more abdominal pressure

resulting in stomach ache, tenderness, vomiting, reducing intestinal movement, and unable to fart and defecate (Kasaya Tantiphlachiva, B.E. 2549; Kraft, Erstad, & Matuszewski, 2005). This made the patients highly suffer physically, mentally, emotionally, socially, and spiritually, and feel frustrated (Yupin Deesomsak, B.E. 2546).

Patients' overall satisfaction on abdominal distention management by doctors and nurses

This study found that most patients were highly satisfied with abdominal distention management by doctors and nurses with the average score of 8.43. Although during the first and the second day after total abdominal hysterectomy, the average score of the symptom were at a medium level, the symptom could be relieved as expected.

The result of this study was in accordance with the study of Nuntawadee Sirichantra, et al. (B.E. 2551) which found that the patients were highly satisfied with the symptom management by doctors and nurses. This study was also in accordance with the study of Mayulee Somrarnyart. (B.E. 2542) which found that the patients with total abdominal hysterectomy were satisfied with received nursing care such as giving information after the surgery, building relationships between nurses and patients, basic nursing, and specific nursing while patients severely felt pain at their surgical wound.

Because the sample in this study was the people with the main abdominal distention, their high satisfaction represented that the health team paid attention to the patients' symptom. It could be seen from the result of the symptom management by item that the first rank was 'to help motivate them to walk or move as much as possible'. The second rank was 'to help motivate them to turn themselves over', followed by 'to be suggested how to relieve abdominal distention after total abdominal'.

This study found that in addition to the symptom management by doctors and nurses as mentioned above, when the patients had the symptom, 89% of them asked for abdominal distention relieving medicine. On the second and the third day after the surgery, the patients were prescribed Simethicone bloating relieving medicine namely

Air-x by 77% and 82% respectively. Next rank medicine was carminative by 47% and 38% respectively. Both types of medicine helped relieve the patients' symptom.

Implications and Recommendations

Nursing practice

1. Because abdominal distention after total abdominal hysterectomy was a frequent symptom, so nurses should use the symptom evaluation form to evaluate the symptom of every patient with total abdominal hysterectomy in order to collect data and help the patients further.
2. The data could be utilized to develop nursing practices on abdominal distention, symptom management in patients with total abdominal hysterectomy in order to make responsible nurses have knowledge and understanding, and take care of the patients more efficiently.

Nursing education

Knowledge regarding abdominal distention, symptom management, and satisfaction on symptom management in patients with total abdominal hysterectomy should be added in nursing curriculum in order to help nursing students understand and can help the patients to relieve abdominal distention after surgery.

Nursing Research

1. This research evaluated abdominal distention by asking only uncomfortable feeling in the stomach of the patients. In order to extend the scope of the symptom evaluation, the next study should also evaluate burping, farting, intestinal movement noise, and belly diameter at the navel level.
2. This research studied only the patients with total abdominal hysterectomy who had normal abdominal distention. The next study should also study the patients with total abdominal hysterectomy who had severe abdominal distention such as the patients with intestinal obstruction from colon cancer.

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ บุญวิทยา. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องอืดภายหลังการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องแบบไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลรามารับดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กษยา ตันติผลาชีวะ. (2549). Post operative ileus: Cause, prevention and treatment. ใน ประยุทธ์ ศิริวงศ์, สมบุญ เจริญเศรษฐมท และปริญญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ). ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 32. (หน้า 83-110). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2545). คู่มือการใช้ยาขับสมบูรณ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สยามสปอร์ตซินดิเคท.
- ขวัญจิตต์ ปูนโพธิ์. (2551). ความปวด การจัดการกับความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จงจิตร ทองเครือ. (2546). การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในไตในโรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จำเรียง ภัทรธรรมภรณ์. (2548). ผลของการนวดจุดฝ่าเท้าต่อการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวลี เข้มวงษ์. (2543). การใส่สายเข้ากระเพาะอาหารผ่านทางรูจมูก. ใน ขวัญตา เกิดชูชื่น, ชาลิณีย์ โฆษิตทาภิวัฒน์, มุกดา เดชประพนธ์ และสุจินดา ริมศรีทอง (บรรณาธิการ). คู่มือปฏิบัติ การพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 15). (หน้า 311-320). กรุงเทพฯ: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ญาดา ดิงชนาธิกุล และชาติชาย ศรีสมบัติ. (2548). การตัดมดลูกและการผ่าตัดปีกมดลูก. ใน เสวก วีระเกียรติ และสฤกพรณ วิไลลักษณ์ (บรรณาธิการ). *ตำรานรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- จิตติมา ชินะโชติ. (2541). พื้นฐานทางเภสัชวิทยาของยาสลบ. ใน จิตติมา ชินะโชติ, แสงโสม ปิระวารารณ, ธารทิพย์ ประณูทรรพาล, นุชสโรช เพ็ชฌุไพศิษฐ์ และพจนาพรณ วรกิจโกคาทร (บรรณาธิการ). *วิสัยทัศน์วิทยาระดับพื้นฐาน*. (หน้า 11-28). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ่ง.
- ทิพวรรณ วัฒนเวช. (2545). *อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมดูแลตนเองต่ออาการท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนิต วัชรพุกก์. (2544). Intestinal obstruction. ใน *ชาญวิทย์ ดันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์ (บรรณาธิการ). ตำราศัลยศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. (หน้า 611-622). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ สุวานิชย์ศิลป์. (2546). ยาที่ใช้ในระบบทางเดินอาหาร. ใน จุฑามณี สุทธิสีสังข์ และรัชนี้ เมฆมนี (บรรณาธิการ). *เภสัชวิทยา 1 (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: นิวไทยมิตรการพิมพ์.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทาดี ศิริจันทร์, สมพร ชินโนรส, มยุรี แก้วจันทร์ และสมพันธ์ หิณชิระนันท์. (2551). *การศึกษาอาการท้องอืดและการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง*. ใน เอกสารประกอบการประชุมเรื่องการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ครั้งที่ 2. นครปฐม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2547). การคำนวณขนาดตัวอย่าง. *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- เบญจมาศ ปรีชากุล และ เบญจวรรณ ชีระเทิดตระกูล. (บรรณาธิการ). (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในหอพักฟื้น*. กรุงเทพฯ: เอ. พี. ลีฟวิ่ง.

ประณีต ส่งวัฒนา. (2544). หลักการ และแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด. ใน ช่อลดา พันธุเสนา (บรรณาธิการ). *ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่/1 (ศัลยศาสตร์)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ปิลันธน์ ลิขิตกำจร. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พรรณี ไพศาลทักษิณ. (2540). *ความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มาลี งามประเสริฐ, เรือนทอง เรืองวิทยาภรณ์, สนิ วัฒนทวีกิจ, พิรพงศ์ อิศร, ชลธิชา ปลื้มจิตต์, ดวงพร พิมพ์เคนา และ สารภี เตียวโก. (2548). การศึกษาเบื้องต้นของโปรแกรมการลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยนิเวศหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง: ศึกษาระดับความรุนแรงของอาการท้องอืด. *สารศิริราช*, 57(7), 302-307.

มยุลี ตำราญญาติ (2542). *รายงานการวิจัยความพึงพอใจในกิจกรรมการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุพิน คีสมศักดิ์. (2546). การบริหารความเสี่ยงการป้องกันและการจัดภาวะ ileus. ใน เรณู อาจสำลี และอรพรรณ โตสิงห์ (บรรณาธิการ). *พยาบาลกับการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยศัลยกรรม*. (หน้า 109-123). กรุงเทพฯ: เอ. ที. จำกัด.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2548). พยาธิสรีรภาพของทางเดินอาหาร. ใน ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิ้มพุก และพัฒน์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ). *พยาธิสภาพทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

วิยะดา รัตนสุวรรณ. (2535). *ผลของการออกกำลังอย่างมีแบบแผนต่ออาการท้องอืดและอาการปวดท้องจากแก๊สในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุพัตรา โล่ศิริวัฒน์. (2541). สรีรวิทยาระบบย่อยอาหาร. ใน สุพรพิมพ์ เจียสกุล, สุพัตรา โล่ศิริวัฒน์ และวัฒนา วัฒนาภา (บรรณาธิการ). *สรีรวิทยา 2* (พิมพ์ครั้งที่ 4). (หน้า 585-670). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

หน่วยเวชสถิติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. สถิติผู้ป่วยประจำปี 2548 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

หนูเพียร ขาทองยศ. (2550). ผลของการเกี่ยวหมากฝรั่งเพื่อลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไต โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรพรรณ ไชยชาติ. (2548). ความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้องของทิวสุภาพ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

American Pain Society Quality of Care Committ. (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *Journal of The American Medical Association*, 274, 874-1880.

Angood, P. B., Gingalewski, C. A., & Andersen, D. K. (2001). Surgical complications. In D.C.Sabition (Eds.), *Textbook of surgery* (16th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R., & Higginson, I. J. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 42(4), 324-339.

Babak, L., & Michael, G. M. (2007). *Postoperative ileus*. Retrieved September 15, 2007, from <http://www.patients.uptodate.com>.

Baggish, M. S. (2001). Abdominal Incision. In M. S. Baggish, & M. M. Karram (Eds.), *Atlas of pelvic anatomy and gynecology surgery*. Philadelphia: W. B. Saunders.

Bickley, L. S., & Szilagy. P. G. (2003). *Bates guide to physical examination and history taking* (8th ed.). USA: Lippincott Williams & Wikins.

Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2000). *Text book of medical- surgical nursing* (9 th ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Cali, R. L., Meade, P. G., Swanson, M. S., & Freeman, C. (2000). Effect of morphine and incision length on bowel function after colectomy. *Diseases of the Colon Rectum*, 43(2), 163-168.
- Craven, R.F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dodd, M.J., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., et al. (2001). Nursing theory and concept development or analysis: Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Elkin, M. K., Perry, A. G., & Potter, P. A. (2000). *Nursing intervention & clinical skill* (2nd ed.). St.Louis: Mosby-year Book.
- Ganong, W. F. (1997). *Review of medical physiology* (18th ed.). Norwalk: Appleton & Lange.
- Gilstraps III, L. C., Cunningham, F. G., & Vandorsten, J. P.(2003). *Operative obstetrics* (2nd ed.). Phonix book technology.
- GVU's 15th WWW user survey. (n.d.). Retrieved September 15, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2403907>.
- GVU's 15th WWW user survey. (n.d.). Retrieved September 15, 2007, from <http://www.nurseminerva.co.uk/nursingl.htm>.
- Guyton, A. C. (2006). *Textbook of medical physiology* (11th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Harkreader, H. & Hogan, M. A. (2004). *Fundamentals of nursing: Caring and clinical Judgment* (2nd ed.). St. Louis: Saunders.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and woman's satisfaction with the experience of childbirth: A systemic review. *American Journal Obstet Gynecol*, 186(5), 160-172.

- Kraft, M., Erstad, B. L., & Matuszewski, K. (2005). *Improving postoperative ileus outcomes*. Retrieved November 18, 2008, From.
<http://www.Usphamacist.com.default.htm>.
- Larson, P. J., Carrieri-Kohlman, V., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucett, J., & Froelicher, E. (1994). A model for symptom management. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272-276.
- Litwack, K. (2000). Nursing management: Postoperative patient. In S. M. Lewis, M. M. Heitkemper, & S. R. Dirksen (Eds.), *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Lumley, J. S. P. (2001). *Hamilton Bailey's physical signs demonstration of physical sign in clinical surgery* (18th ed.). USA: [n.p.].
- Oberst, M. T. (1984). Patients' perception of care: Measurement of quality and satisfaction. *Cancer*, 53, 2366-2373.
- Ohge, H., & Levitt, M. D. (2006). Intestinal gas. In M. Feldman, L. S. Friedman, & L. J. Brandt (Eds.), *Slcisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease* (8th ed.). Canada: Saunder.
- Porth, C. M. (2007). *Essentials of pathophysiology concepts of altered health states* (2nd ed.). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Powell, D. W. (1983). *Understanding human adjustment: Normal adaptation through the life cycle*. Boston: Little Brown.
- Risser, N. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in a primary care setting. *Nursing Research*, 24, 45-52.
- Roark, M. L. (2003). Preoperative and postoperative care. In C. B. Rosdahl, & M. T. Kowalsk (Eds.), *Textbook of basic nursing* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Schuster, R., Grewal, N., Greaney, G. C., & Waxman, K. (2006). Gum chewing reduced ileus after elective open sigmoid colostomy. *Archive Surgery Journal*. 141(Feb), 174-176.

- Steinbrook, R. A. (2001). An opioid antagonist for postoperative ileus. *The New England Journal Of Medicine*, 345(13), 988-989.
- Stovall, T. G. (2007). Hysterectomy. In J. S. Berek (Eds.), *Berek & Novak's gynecology* (14th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Summer, R. W. (2003). Approach to the patient with ileus and obstruction. In T. Yamada (Eds.), *Textbook of gastroenterology* (4th ed.). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor, C., Lillis, C., & Lemone, P. (2007). *Fundamental of nursing: The art and science of nursing care* (6th ed.). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Yellen, E., Davis, G., & Richard, R. (2002). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 4, 23-29.



ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**แบบสอบถามเรื่องภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับ
ภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง**

แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ใน () แต่ละข้อที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด และกรุณาเติมคำลงในช่องว่างเกี่ยวกับข้อมูลของท่าน

ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ ปี

2. ระดับการศึกษาสูงสุด

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ไม่ได้เรียน
☐ 3. มัธยมศึกษา
☐ 5. ปริญญาตรี / เทียบเท่า | ☐ 2. ประถมศึกษา
☐ 4. อนุปริญญา
☐ 6. อื่นๆ ระบุ |
|--|---|

3. อาชีพในปัจจุบัน

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ 3. รับจ้าง
☐ 5. รับราชการ | ☐ 2. เกษตรกรรม
☐ 4. ค้าขาย
☐ 6. อื่นๆ ระบุ |
|---|---|

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

4. ประสบการณ์ภาวะท้องอืดในอดีต

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| ☐ ไม่มี | ☐ มี |
|--------------------------------|-----------------------------|

5. การวินิจฉัยโรค คือ

6. ชนิดของการผ่าตัด คือ

7. ระยะเวลาในการผ่าตัด..... ชั่วโมง นาที

8. ยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาปวดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด

ยาที่ได้รับ		
หลังผ่าตัดวันที่	ชนิด ขนาดและวิธีการของยา	เวลาที่ได้รับจริง
1		
2		
3		

9. ยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาภาวะท้องอืดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัด

ยาบรรเทาภาวะท้องอืด		
หลังผ่าตัดวันที่	ชนิด ขนาดและวิธีการของยา	เวลาที่ได้รับจริง
1		
2		
3		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขที่กำหนดไว้ให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ประสบการณ์ภาวะท้องอืด (วันที่ 1 หลังผ่าตัด)

1. ขณะนี้ท่านมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีภาวะท้องอืดเลย	มีภาวะท้องอืดปานกลาง					มีภาวะท้องอืดมากที่สุด				

2. ใน 24 ชั่วโมง ที่ผ่านมามีระดับภาวะท้องอืดรุนแรงที่สุดในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีภาวะท้องอืดเลย	มีภาวะท้องอืดปานกลาง					มีภาวะท้องอืดมากที่สุด				

3. ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมามีระดับภาวะท้องอืดที่ต่ำที่สุดในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีภาวะท้องอืดเลย	มีภาวะท้องอืดปานกลาง					มีภาวะท้องอืดมากที่สุด				

4. ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมามีระดับภาวะท้องอืดโดยเฉลี่ยในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีภาวะท้องอืดเลย	มีภาวะท้องอืดปานกลาง					มีภาวะท้องอืดมากที่สุด				

ประสบการณ์ภาวะท้องอืด (วันที่ 2 หลังผ่าตัด)

1. ขณะนี้ท่านมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีภาวะท้องอืดเลย			มีภาวะท้องอืดปานกลาง					มีภาวะท้องอืดมากที่สุด		

2. ใน 24 ชั่วโมง ที่ผ่านมามีระดับภาวะท้องอืดรุนแรงที่สุดในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีภาวะท้องอืดเลย			มีภาวะท้องอืดปานกลาง					มีภาวะท้องอืดมากที่สุด		

3. ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมามีระดับภาวะท้องอืดที่ต่ำที่สุดในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีภาวะท้องอืดเลย			มีภาวะท้องอืดปานกลาง					มีภาวะท้องอืดมากที่สุด		

4. ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมามีระดับภาวะท้องอืดโดยเฉลี่ยในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีภาวะท้องอืดเลย			มีภาวะท้องอืดปานกลาง					มีภาวะท้องอืดมากที่สุด		

ประสบการณ์ภาวะท้องอืด (วันที่ 3 หลังผ่าตัด)

1. ขณะนี้ท่านมีภาวะท้องอืดอยู่ในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีภาวะท้องอืดเลย			มีภาวะท้องอืดปานกลาง					มีภาวะท้องอืดมากที่สุด		

2. ใน 24 ชั่วโมง ที่ผ่านมาท่านมีระดับภาวะท้องอืดรุนแรงที่สุดในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีภาวะท้องอืดเลย			มีภาวะท้องอืดปานกลาง					มีภาวะท้องอืดมากที่สุด		

3. ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาท่านมีระดับภาวะท้องอืดที่ต่ำที่สุดในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีภาวะท้องอืดเลย			มีภาวะท้องอืดปานกลาง					มีภาวะท้องอืดมากที่สุด		

4. ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาท่านมีระดับภาวะท้องอืดโดยเฉลี่ยในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีภาวะท้องอืดเลย			มีภาวะท้องอืดปานกลาง					มีภาวะท้องอืดมากที่สุด		

ผลของภาวะท้องอืดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

5. ภายหลังการผ่าตัดที่ผ่านมาภาวะท้องอืดรบกวนอารมณ์ของท่านหรือไม่

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รบกวน รบกวนปานกลาง รบกวนมากที่สุด

6. ภายหลังการผ่าตัดที่ผ่านมาภาวะท้องอืดรบกวนการเคลื่อนไหวของท่านหรือไม่

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รบกวน รบกวนปานกลาง รบกวนมากที่สุด

7. ภายหลังการผ่าตัดที่ผ่านมาระยะที่ห้องอำนวยการการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของท่านหรือไม่

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รับกวน					รับกวนปานกลาง					รับกวนมากที่สุด

8. ภายหลังการผ่าตัดที่ผ่านมามีภาวะท้องอืดบริเวณท่อนอนหลับของท่านหรือไม่

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ไม่รบกวน รบกวนปานกลาง รบกวนมากที่สุด

9. ภายหลังการผ่าตัดที่ผ่านมาภาวะท้องอืดรบกวนการไอ และการหายใจเข้าออกลึกๆของท่านหรือไม่

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รบกวน			รบกวนปานกลาง					รบกวนมากที่สุด		

10. ภายหลังการผ่าตัดที่ผ่านมาภาวะท้องอืดรบกวนการทำกิจกรรมทั่วไปของท่านหรือไม่

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่รบกวน										รบกวนมากที่สุด

การจัดการกับภาวะท้องอืดโดยผู้ป่วยเอง

11. เมื่อท่านมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ท่านใช้วิธีใดในการบรรเทาภาวะท้องอืดบ้าง โปรดเลือกวิธีการที่ท่านใช้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

-(1) ท่านบอกแพทย์หรือพยาบาลทันทีเมื่อรู้สึกท้องอืด
-(2) ท่านขอยาบรรเทาภาวะท้องอืด
-(3) ท่านหายใจลึกๆ ช้าๆ อย่างสม่ำเสมอ
-(4) ท่านนอนนิ่งเฉย
-(5) ท่านลุกเดินบ่อยๆ
-(6) ท่านพลิกตัวบ่อยๆ
-(7) ท่านบ่นว่าท้องอืด
-(8) ท่านร้องเสียงดัง
-(9) อื่นๆ

12. เมื่อท่านมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด แพทย์ และพยาบาล ได้ใช้วิธีใดในการจัดการภาวะท้องอืดของท่าน โปรดเลือกวิธีบรรเทาภาวะท้องอืดที่ท่านได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

-(1) ได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง
-(2) ได้รับยาบรรเทาภาวะท้องอืด
-(3) ให้นั่งน้ำดอาหาร
-(4) ใส่สายยางเข้าทางจมูกไปถึงกระเพาะอาหาร
-(5) ใส่สายยางเข้าทางทวารหนัก
-(6) ช่วยเหลือ กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว
-(7) ช่วยกระตุ้นให้เดินหรือเคลื่อนไหวบ่อยๆ
-(8) ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในระหว่างที่มีภาวะท้องอืด

..... (9) สอบถามผลการลดภาวะท้องอืดหลังการให้ยาบรรเทาภาวะท้องอืด

..... (10) อื่นๆ

13. เมื่อท่านขอยาบรรเทาภาวะท้องอืด ท่านต้องรอนานเท่าไรจึงจะได้รับยา

.....(1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 นาที

.....(2) 11-20 นาที

.....(3) 21-30 นาที

.....(4) 31-40 นาที

.....(5) 41-60 นาที

.....(6) มากกว่า 60 นาที

.....(7) ขอยาแต่ไม่ได้รับยา

.....(8) ไม่เคยขอยา

.....(9) อื่นๆ ระบุ

14. ท่านได้รับยาแล้วแต่ยาไม่บรรเทาภาวะท้องอืด ท่านขอยาเพิ่ม หรือขอให้บรรเทาภาวะท้องอืดด้วยวิธีอื่นหรือไม่

.....(1) ขอยาเพิ่ม

2) ไม่ขอยาเพิ่ม

15. ท่านรอนานเท่าไรที่แพทย์หรือพยาบาลจะเปลี่ยนขนาดยา หรือวิธีบรรเทาภาวะท้องอืดให้ท่าน

..... (1) น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

..... (2) 1-2 ชั่วโมง

..... (3) 3-4 ชั่วโมง

..... (4) 5-8 ชั่วโมง

..... (5) 9-24 ชั่วโมง

..... (6) มากกว่า 24 ชั่วโมง

16. ภายหลังการผ่าตัดที่ผ่านมา การรักษาหรือการให้ยาช่วยบรรเทาภาวะท้องอืดของท่านได้ในระดับใด

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

ไม่บรรเทา

บรรเทาได้ปานกลาง

บรรเทาได้ทั้งหมด

ความพึงพอใจในการจัดการกับภาวะท้องอืด

17. ท่านมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของแพทย์และพยาบาลมากน้อยเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่พึงพอใจมาก				พึงพอใจปานกลาง			พึงพอใจมากที่สุด			

18. ถ้าท่านไม่พึงพอใจในการจัดการกับภาวะท้องอืดที่ได้รับ โปรดให้เหตุผลของความไม่พึงพอใจนั้น

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย

“สวัสดีค่ะ คุณ..... ดิฉัน ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ เป็นนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจจะศึกษาวิจัยในเรื่องภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด มดลูกออกทางหน้าท้อง ใคร่ขอความร่วมมือและยินยอมจากคุณเข้าร่วมโครงการวิจัย วิธีการวิจัยครั้งนี้จะเป็นการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึภาวะท้องอืดที่เกิดขึ้นกับการจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดในระยะ 3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยดิฉันจะสอบถามเกี่ยวกับภาวะท้องอืดของคุณทุกวัน วันละครั้ง ติดต่อกันรวม 3 วัน และเริ่มสอบถามหลังจากที่คุณได้รับการผ่าตัดแล้วครบ 1 วัน ข้อมูลของคุณจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ คุณมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการและการที่คุณจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่คุณจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ คุณมีข้อสงสัยประการใดหรือไม่คะ ถ้าหากมีข้อข้องใจหรือมีความกังวลใจเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการนี้ สามารถติดต่อได้ที่ ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคนชั้น 3 สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ โทรศัพท์ 02-2011544 ในเวลาราชการค่ะ ขอบขอบคุณ.....ที่ให้ความร่วมมือค่ะ”

ศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อเรื่อง ภาวะท้องอืด การจัดการกับภาวะท้องอืด และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ

เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ นางสาวศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ (ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๐/๔๑๒

ชื่อโครงการ

ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการ และความพึงพอใจต่อการจัดการกับภาวะ
ท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๕-๕๐-๕๐ บ

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ

ที่ทำงาน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดลขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เสดชิงก
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง

๓ ตุลาคม ๒๕๕๐

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สวัสดิ์ โฉมิตชัยวัฒน์
ภาควิชาสัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สัตยญา ภัทรชัย
ภาควิชาสูติเวช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. รองศาสตราจารย์ สิริยา สัมมาวาจ
หัวหน้างานการพยาบาลสัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
4. คุณ เปรมฤดี ปองมงคล
หัวหน้าหอผู้ป่วยสัลยกรรมหญิง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
5. คุณ นวพร โลหเจริญนิช
หัวหน้าหอผู้ป่วยนรีเวช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก ง

ตาราง แสดงร้อยละของยาบรรเทาปวดที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด
(N=100 คน)*

ชนิดของยา	ทาง	วันที่ 1 หลังผ่าตัด	วันที่ 2 หลังผ่าตัด	วันที่ 3 หลังผ่าตัด
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
Pethidine	IV	72	13	-
Morphine	IV	20	3	-
Dynastat	IV	38	7	-
Dyclofenac	IM	4	-	-
Synflex	Oral	7	61	63
Celebrex	Oral	2	23	14
Paracetamol	Oral	26	50	20
Ultracet	Oral	-	8	8

*ผู้ป่วย 1 รายอาจได้รับยาบรรเทาปวดได้มากกว่า 1 วิธี

ภาคผนวก จ

ตาราง แสดงร้อยละของยาบรรเทาภาวะท้องอืดที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด
(N=100 คน)*

ชนิดของยา	ทาง	วันที่ 1 หลังผ่าตัด	วันที่ 2 หลังผ่าตัด	วันที่ 3 หลังผ่าตัด
		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
Air-x	Oral	26	77	82
M.carminative	Oral	4	47	38
Alum milk	Oral	2	6	6
Cimetidine	Oral	-	1	1
Ranitidine	Oral	-	1	1
Omeprazole	Oral	3	9	13
Senokot	Oral	2	2	3
Milk of Magnesia	Oral	-	3	7

ภาคผนวก จ

ตาราง แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการกับภาวะท้องอืดโดยใช้ยา (N=100 คน)

ข้อมูล	ร้อยละ
การขอยาเมื่อมีภาวะท้องอืด	
ผู้ป่วยขอยา	89
ผู้ป่วยไม่เคยขอยา	11
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอการบริหารยา	
≤ 10 นาที	66
11-20 นาที	1
21-30 นาที	1
31-40 นาที	-
41-60 นาที	1
> 60 นาที	4
ขอยาแต่ไม่ได้รับยา	3
ไม่เคยขอยา	11
การขอยาเพิ่ม	
ขอยาเพิ่ม	60
ไม่ขอยาเพิ่ม	40
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอยาเพิ่ม	
< 1 ชั่วโมง	65
1-2 ชั่วโมง	4
ประสิทธิภาพในการจัดการ	
บรรเทาลงในระดับต่ำ	43
บรรเทาลงในระดับปานกลาง	36
บรรเทาลงในระดับสูง	10

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวศิริรัตน์ มั่นใจประเสริฐ
วัน เดือน ปี เกิด	11 มิถุนายน 2519
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2538-2542 พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547-2551 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2542- ปัจจุบัน พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงชั้น 5 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โทรศัพท์ 02-2011510 ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ (พนักงานเงินอุดหนุนของรัฐ)
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	118/132 ซอย 10/4 หมู่บ้านบัวทอง 1 ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 11110