

ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังโรงพยาบาลแพร์

อรพินธุ์ ปัทมาภรณ์พงศ์ พย.บ.* , สิริยาพร จักรทอง พย.บ.**

จิณู แก้วกล้า พย.บ.***

รับบทความ: 27 ตุลาคม 2566

รับแก้บทความ: 26 ธันวาคม 2566

ตอบรับบทความ: 8 มกราคม 2567

บทคัดย่อ

บทนำ: อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกสามารถลดความรุนแรงของอาการท้องผูกได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังโรงพยาบาลแพร์

วิธีการศึกษา: การศึกษา interrupted time design ในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังโรงพยาบาลแพร์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ บันทึกการขับถ่าย อาการรบกวนและวิธีการช่วยขับถ่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ordinal logistic regression analysis และนำเสนอผลของโปรแกรมด้วยค่า risk reduction

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง ลดอาการท้องผูกหรือถ่ายลำบากได้ร้อยละ 93.6 (95%CI=83.5, 97.5, $p<0.001$) ลดอาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ ร้อยละ 90.1 (95%CI=74.8, 96.1, $p<0.001$) และลดการรับประทานยาระบาย การใช้ยาเหน็บ หรือการสวนอุจจาระได้ร้อยละ 95.0 (95%CI=86.4, 98.2, $p<0.001$) ระดับความพึงพอใจต่อการดูแลด้วยโปรแกรมในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 74.5

สรุป: โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ช่วยลดอาการท้องผูก ท้องอืด และลดการสวนอุจจาระได้ จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวได้

คำสำคัญ: โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก, โรคกระดูกสันหลัง, ท้องผูก, ถ่ายอุจจาระลำบาก

*หอผู้ป่วยพิเศษร้อยละ 6 โรงพยาบาลแพร์

**หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย โรงพยาบาลแพร์

***หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง โรงพยาบาลแพร์

The effectiveness of constipation prevention program among spine patients at Phrae hospital

Orapin Pattamapornpong, B.N.S.*, Siriyaporn Juktong, B.N.S.**

Jin Klawklar, B.N.S***

Received October: 27, 2023

Revised: December 26, 2023

Accepted: January 8, 2024

Abstract

Background: Constipation is a common problem in spine patients with restricted movement and infrequent bowel movements. Constipation prevention programs can reduce this problem.

Objective: To determine the effectiveness of the constipation prevention program among spine patients at Phrae Hospital.

Study design: The interrupted time design among spine patients at Phrae Hospital. The intervention group received a constipation prevention program, while the reference group received routine care. Record excretion, disturbing symptoms, and method to help in the excretion. Data was analyzed by using ordinal logistic regression analysis and presented with the risk reduction.

Results: Constipation prevention program can reduce constipation or difficult stool passage by 90.1% (95%CI=74.8, 96.1, $p<0.001$), abdominal bloating or nausea by 90.1 (95%CI=74.8, 96.1, $p<0.001$), and also reduced enema or the use of laxative 95.0 (95%CI=86.4, 98.2, $p<0.001$). Overall satisfaction with the constipation prevention program was at the highest level of 74.1%.

Conclusions: An effective and continuous constipation prevention program should be used in all spine patients. Our study found that it helped to alleviate constipation, abdominal bloating, and enema.

Keywords: constipation prevention program, bowel management, spine disease, constipation, difficult stool passage

Roisuk Special Ward 6, Phrae Hospital

Male Orthopedic surgery ward, Phrae Hospital

Female Orthopedic surgery ward, Phrae Hospital

บทนำ

อาการท้องผูกหมายถึงอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้การขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือต้องกินยาระบาย หรือใช้ยาสวนถ่ายอุจจาระมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือต้องใช้นิ้วล้วงเอาอุจจาระออก โดยมีอุจจาระแห้งแข็งก้อนเล็กผิดปกติ รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด ถ่ายลำบาก และต้องออกแรงเบ่งในการขับอุจจาระเพิ่มขึ้น⁽¹⁾ อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ถูกจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่ต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะท้องผูกได้บ่อยหลังผ่าตัด อันเนื่องมาจากผลของการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ยาแก้ปวด การรับประทานอาหารและน้ำที่ไม่เพียงพอ และการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง มีการจำกัดกิจกรรมผู้ป่วยต้องนอนราบพักอยู่บนเตียงเป็นเวลาอย่างน้อย 2-3 วัน และมีข้อจำกัดที่เฉพาะของการผ่าตัดกระดูกสันหลังตามแผนการรักษาของแพทย์⁽²⁾

จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบอาการท้องผูกได้แตกต่างกันตามภูมิภาคตั้งแต่ร้อยละ 0.7 ถึงร้อยละ 79 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 16 ของประชากรมีปัญหาท้องผูก โดย 1 ใน 3 เกิดขึ้นในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1.5 เท่า ข้อมูลในประเทศไทย พบว่า ประมาณร้อยละ 24 ของประชากรมีการรายงานว่าตนเองมีอาการท้องผูก และจากข้อมูลการศึกษาในหลายประเทศในทวีป

เอเชีย พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคทางเดินอาหารร้อยละ 14.7 มีปัญหาท้องผูก⁽³⁾ และจากข้อมูลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังในหอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธโรงพยาบาลแพร่ ที่มีวันนอนตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2564-มิถุนายน 2566 พบอุบัติการณ์การเกิดท้องผูกร้อยละ 81.29⁽⁴⁾ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก คือ การรับประทานอาหารกากใยและการดื่มน้ำ โดยผู้ที่ไม่รับประทานหรือรับประทานอาหารกากใยน้อย และดื่มน้ำน้อยจะเกิดภาวะท้องผูกเพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม พบว่า ผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย ผู้ที่ทำกิจกรรมประจำวันน้อยหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลงและส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก⁽⁶⁾ และสุขนิสัยการขับถ่ายอุจจาระ พบว่า ผู้ที่ขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลาหรือกลั้นอุจจาระบ่อย ๆ มีผลให้เกิดภาวะท้องผูกได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังถูกจำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับความไม่เคยชินและความไม่สะดวกในการขับถ่าย⁽⁷⁾ หรือมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ ความเครียด ทำให้การย่อยอาหารเป็นไปได้ช้า ท้องอืด อุจจาระคั่งค้างในลำไส้นานขึ้นทำให้ขับถ่ายลำบาก อุจจาระจะมีลักษณะแข็งและแห้งมากขึ้น และจะไปกดผนังลำไส้ทำให้เกิดแผลเนื้อตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะท้องผูกมากขึ้นและเรื้อรังได้ เวลาถ่ายอุจจาระรู้สึกปวดทวารหนักหรือเกิดอาการเลือดออกได้ ซึ่งทำให้เกิดโรคริดสีดวงตามมา ซึ่งอาการท้องผูกเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดถึงร้อยละ 74-92 และทำให้การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง เกิดความรำคาญและไม่สุขสบาย ส่งผล

ทางลบต่อคุณภาพชีวิต⁽⁸⁾ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในเรื่องการขับถ่าย⁽⁹⁾

การป้องกันอาการท้องผูกโดยวิธีการที่ไม่ใช่ยาเป็นวิธีการที่มีความปลอดภัยสามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยาได้ วิธีการดังกล่าวจะเน้นการส่งเสริมกระบวนการทางสรีระ ในการขับถ่ายอุจจาระที่เป็นปกติ ตัวอย่างเช่น การรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก การดื่มน้ำให้เพียงพอ การออกกำลังกายหรือการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการฝึกสุขนิสัยการขับถ่ายให้เหมาะสม มีผลการวิจัยที่สนับสนุนผลดีของการไม่ใช้ยาระบายรวมทั้งการเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือใช้ 2-3 วิธี ร่วมกันในการแก้ปัญหาท้องผูกได้ ซึ่งโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้แนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและจัดการอาการท้องผูกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Clinical nursing practices guidelines)⁽¹⁰⁾ สามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยาโดยการส่งเสริมกระบวนการทางสรีระภาพในการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ โดยการนวดหน้าท้องและการเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีกากใย 30 กรัมต่อวัน การดื่มน้ำไม่น้อยกว่า 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน และการฝึกสุขนิสัยการขับถ่ายให้เหมาะสม มีผลการวิจัยที่สนับสนุนผลดีของการไม่ใช้ยาระบายรวมทั้งการเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือใช้ 2-3 วิธี ร่วมกันในการแก้ปัญหาท้องผูก การนวดหน้าท้องช่วยทำให้ระยะเวลาที่อุจจาระเคลื่อนในลำไส้ใหญ่สั้นลงจาก 91 ชั่วโมง เหลือ 72 ชั่วโมง และความถี่ของการถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นจาก 3.8 เป็น 4.6 ครั้งต่อสัปดาห์⁽¹¹⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะท้องผูกระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบไม่ใช้โปรแกรมและใช้โปรแกรมในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลแพร่ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง เพื่อป้องกันภาวะท้องผูกได้ ยังเป็นตัวชี้วัดสำคัญของนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในปัจจุบันเพื่อมาตรฐานการบริการที่ดีอันจะนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา Interrupted time design โดยกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม ไม่ได้เกิดจากการสุ่มเข้ากลุ่ม และมีการศึกษาไปข้างหน้าคนละช่วงเวลา

สถานที่ศึกษา หอผู้ป่วยพิเศษร้อยสุข 5 หอผู้ป่วยพิเศษร้อยสุข 6 หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง โรงพยาบาลแพร่

ผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษา ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่มารักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลแพร่ ระยะเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่ 8 กันยายน 2566–30 พฤศจิกายน 2566 จำนวน 94 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ และสามารถตัดสินใจเองได้
2. ได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัด เป็นการบาดเจ็บกระดูกสันหลัง L-spine

3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือเข้าใจภาษาไทย

4. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 7 วัน

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ขณะทำการนวดหากมีอาการผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงหรือปวดแน่นท้องให้หยุดนวดทันที ห้ามนวดหน้าท้องผู้ป่วยที่มีแผลที่หน้าท้องที่ยังอักเสบอยู่ ผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง ท้องเสีย หรือมีอาการของโรคกระเพาะอาหารและลำไส้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Menu Two-Sample comparison of proportions โดยใช้ค่าสัดส่วนของอาการท้องผูกกลุ่มควบคุมมีอาการท้องผูกร้อยละ 81.29 (ข้อมูลปี 61-63)⁽⁴⁾ และคาดว่าในกลุ่มทดลองมีภาวะท้องผูกร้อยละ 50 กำหนดการทดสอบเป็น two-sided test ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ที่ 5% และอำนาจของการทดสอบที่ 80 % ratio of sample size=1:1 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 ราย แต่เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลอง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 94 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 ราย และกลุ่มควบคุม 47 ราย ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ศึกษาตั้งแต่ 8 กันยายน 2566–15 ตุลาคม 2566

2. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ศึกษาตั้งแต่ 16 ตุลาคม 2566–30 พฤศจิกายน 2566

ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ตัวแปรตาม ได้แก่ ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ประกอบด้วย การประเมินอาการ ท้องผูก/ถ่ายลำบาก ท้องอืด/คลื่นไส้ การรับประทานยาระบาย/ใช้ยาเหน็บ/สวนอุจจาระ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบประเมินแบบแผนการ

ขับถ่ายอุจจาระ (bowel pattern assessment form) ของอินริชส์ และฮิวส์ โบว์ ฉบับภาษาไทย โดยโบทัน แสนสุขสวัสดิ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ มีจำนวน 10 ข้อ คำตอบบ่งชี้ว่ามีภาวะท้องผูกให้คะแนนคำตอบข้อละ 1 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน แสดงว่า มีภาวะท้องผูก

1.3 แบบบันทึกการถ่ายอุจจาระรูปแบบเป็นตารางบันทึกการขับถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยแบ่งระดับความพึงพอใจให้เลือกตอบ 5 ระดับคือ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ภายหลังได้รับการดูแลจากพยาบาล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันและจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง ประกอบด้วย โปรแกรมย่อย ดังนี้ โปรแกรมการให้ข้อมูล

โปรแกรมการส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระที่เป็นปกติ โปรแกรมอาหาร เพื่อป้องกันอาการท้องผูก โปรแกรมการดื่มน้ำเฉลี่ยวันละมากกว่า 2000 มิลลิลิตร และรับประทานอาหารที่มีกากใย 30 กรัม/วัน เพื่อป้องกันอาการท้องผูก โปรแกรมการนวดหน้าท้อง และการเคลื่อนไหวร่างกายป้องกันอาการท้องผูก และโปรแกรมการฝึกการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน 5-15 นาที ในช่วงเช้าหรือเย็นหลังอาหาร 30 นาที เพื่อป้องกันอาการท้องผูก โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากโปรแกรมการป้องกันอาการและจัดการอาการท้องผูกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของโบตัน แสตนสุขสวัสดิ์ และคณะ⁽¹⁰⁾

ทำที่ 1. ทำนวดลำไส้เล็ก

1. วางมือทั้งสองข้างซ้อนกันในตำแหน่งลำไส้เล็กอยู่ในบริเวณใกล้สะดือ
2. นวดเป็นวงกลมตามเข็มนาฬิกา รอบแนวลำไส้เล็ก 10 รอบ

ทำที่ 2. ทำนวดลำไส้ใหญ่

1. วางมือทั้งสองข้างซ้อนกันบริเวณเหนือกระดูกเชิงกรานด้านขวา
2. เริ่มนวดตามทิศทางการเคลื่อนตัวของลำไส้โดยเริ่มต้นจากจุดที่ 1 คือ ลำไส้ใหญ่ข้างขึ้น ค่อยไล่ไปยังจุดที่ 2 ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง แล้วลากไปยังจุดที่ 3 ลำไส้ใหญ่ข้างลง สุดท้าย คือ จุดที่ 4 ลำไส้ใหญ่ส่วนตรง 10 รอบ
3. เน้นนวดบริเวณจุดที่ 3 และ 4 เพราะเป็นตำแหน่งลำไส้ใหญ่ที่จะไปยังทวารหนัก

ทำออกกำลังกาย

ให้ผู้ป่วยนอนหงายโดยให้ไหล่ทั้ง 2 ข้าง และขาข้างหนึ่งวางแนบกับพื้น แล้วยกขาขึ้นและลงที่ละข้าง (เท่าที่ยกได้) สลับกันนับ 1-10 ทำ 2 รอบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ และแบบบันทึกการถ่ายอุจจาระรูปแบบเป็นตารางบันทึกการขับถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.89 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังที่คุณสมบัติเช่นเดียวกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 และ 0.90 ตามลำดับ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติเข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาวิจัย
3. ผู้วิจัยประสานงานกับฝ่ายโภชนาการโรงพยาบาลแพร่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง และเรื่องการจัดอาหารที่มีกากใย 30 กรัม/วัน
4. ผู้วิจัยสอนและอธิบายผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานเวรเช้า 1 คน และพยาบาลปฏิบัติงานเวรผลัด 1 คน เรื่องวิธีการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก

แบบประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ การใช้โปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกด้วยคู่มือปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการท้องผูก สาธิตวิธีการนวดหน้าท้องและการบริหารร่างกายตามคู่มือการให้ข้อมูล ก่อนการดำเนินการตามโปรแกรม

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมโดยการพยาบาลตามปกติจนครบจำนวนทั้งหมด 47 ราย แล้วจึงมาดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองจำนวน 47 ราย ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการเก็บข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก การประเมินการขับถ่ายอุจจาระตั้งแต่วันที่มานอนโรงพยาบาลทุกวันรวม 7 วัน โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยและพยาบาลเวรผลัดป่วย-ตึก เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลและบันทึกผล ได้รับการพยาบาลหรือโปรแกรมเฉพาะกลุ่ม ดังนี้

5.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพตามแผนการรักษาและการพยาบาลตามปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง โดยมีการประเมินและบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ ทุกวันตั้งแต่วันที่มานอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน

5.2 กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยและญาติได้รับการสอนและแจกคู่มือความรู้เรื่องอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง และปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง โดยมีการประเมินและบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ ทุกวันตั้งแต่วันที่มานอนโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน สำหรับผู้ป่วยกระดูกสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดให้ใช้โปรแกรมและบันทึกการขับถ่าย

อุจจาระเป็นเวลา 7 วัน ภายหลังจากได้รับการผ่าตัด 3 วัน ผู้วิจัยหลักเป็นผู้ให้ Intervention โดยมีผู้ช่วยผู้วิจัยและพยาบาลเวรผลัดป่วย-ตึก เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลและบันทึกผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. อธิบายข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ด้วย t-test และ Exact probability test

3. ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้ ordinal logistic regression และนำเสนอผลของโปรแกรมด้วยค่า risk reduction

การศึกษาผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ เอกสารรับรองหมายเลข 47/2566

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่นำมาศึกษาทั้งหมด 94 ราย เป็นกลุ่มที่ใช้โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้โปรแกรม กลุ่มละ 47 ราย ทั้ง 2 กลุ่ม มีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1:1 ($p=1.000$) มีอายุเฉลี่ย 56.0 ± 15.1 ปี และ 58.0 ± 14.6 ปี ($p=0.521$) และมีลักษณะทั่วไปอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การศึกษา ($p=1.000$) อาชีพ ($p=0.900$) ประวัติการดื่มสุรา ($p=0.507$) และการสูบบุหรี่ ($p=0.813$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มใช้โปรแกรม (n=47)		กลุ่มไม่ใช้โปรแกรม (n=47)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	25	53.2	26	55.3	1.000
หญิง	22	46.8	21	44.7	
อายุ (ปี)					
<45	10	21.3	12	25.5	0.521
45-59	12	25.5	11	23.4	
60-74	19	40.4	15	31.9	
≥75	6	12.8	9	19.2	
เฉลี่ย (SD)	56.0	(15.1)	58.0	(14.6)	
การศึกษา					
ไม่ได้เรียน	14	29.8	15	31.9	1.000
ระดับประถม	18	38.3	18	38.3	
ระดับมัธยม	12	25.5	12	25.5	
ระดับอุดมศึกษา	3	6.4	2	4.3	
อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน	11	23.4	13	27.7	0.900
เกษตรกรกรรม	15	31.9	11	23.4	
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	8	17.0	7	14.9	
ค้าขาย	4	8.5	5	10.6	
รับจ้าง	9	19.2	11	23.4	
ประวัติการดื่มสุรา					
ไม่ดื่ม	34	72.3	30	63.8	0.507
ดื่ม	13	27.7	17	36.2	
ประวัติการสูบบุหรี่					
ไม่สูบ	34	72.3	36	76.6	0.813
สูบ	13	27.7	11	23.4	

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่มีการรับประทานยาที่มีผลต่ออาการท้องผูก ($p=1.000$) อาการที่นำมาโรงพยาบาลมากที่สุดคืออาการปวด ($p=0.713$) การมีโรคประจำตัวไม่

แตกต่างกัน ($p=0.872$) สัดส่วนของการผ่าตัดใกล้เคียงกัน ($p=0.301$) มีระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.394$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มใช้โปรแกรม (n=47)		กลุ่มไม่ใช้โปรแกรม (n=47)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การรับประทานยาที่มีผลต่ออาการท้องผูก					
ไม่ใช้	12	25.5	13	27.7	1.000
ใช้	35	74.5	34	72.3	
อาการที่มาโรงพยาบาล					
ปวด	31	66.0	34	72.3	0.713
ชา	1	2.1	0	0.0	
ปวดและชา	13	27.6	10	21.3	
ชาอ่อนแรง	2	4.3	3	6.4	
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	18	38.3	20	42.6	0.872
HT	12	25.5	15	31.9	
DM	9	19.2	6	12.8	
HT และ DM	5	10.6	4	8.5	
โรคอื่นๆ	3	6.4	2	4.3	
ชนิดของผู้ป่วย					
ไม่ผ่าตัด	22	46.8	28	59.6	0.301
ผ่าตัด	25	53.2	19	40.4	
จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล (วัน)					
<10	28	59.6	32	68.1	0.394
11-14	15	31.9	12	25.5	
≥15	4	8.5	3	3.4	
เฉลี่ย (SD)	7.3	(2.0)	7.6	(1.2)	

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มใช้โปรแกรม (n=47)		กลุ่มไม่ใช้โปรแกรม (n=47)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การขับถ่าย					
ถ่ายปกติ	35	74.5	11	23.4	<0.001
ถ่ายลำบาก	12	25.5	9	19.2	
ท้องผูก	0	0.0	27	57.4	
อาการรบกวน					
ไม่มี	35	74.5	11	23.4	<0.001
ท้องอืด	12	25.5	31	66.0	
ท้องอืดและคลื่นไส้	0	0.0	5	10.6	
วิธีการช่วยขับถ่าย					
ขับถ่ายได้เอง	39	83.0	11	23.4	<0.001
รับประทานยาระบาย	7	14.9	11	23.4	
ใช้ยาเหน็บ	1	2.1	2	4.3	
สวนอุจจาระ	0	0.0	12	25.5	
รับประทานยาระบายและใช้ยาเหน็บ	0	0.0	1	2.1	
รับประทานยาระบายและสวนอุจจาระ	0	0.0	10	21.3	

การประเมินการขับถ่าย อาการรบกวนและวิธีการช่วยขับถ่ายของผู้ป่วยพบว่า กลุ่มใช้โปรแกรมมีการขับถ่ายปกติมากกว่ากลุ่มไม่ใช้โปรแกรม ร้อยละ 74.5 และ 23.4 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มไม่ใช้โปรแกรมมีอาการท้องผูกร้อยละ 57.4 และไม่พบอาการท้องผูกในกลุ่มใช้โปรแกรม ($p<0.001$) กลุ่มใช้โปรแกรมไม่พบอาการรบกวนร้อยละ 74.5 ส่วนกลุ่มไม่ใช้โปรแกรมพบอาการท้องอืด/คลื่นไส้มากกว่า ($p<0.001$) กลุ่มใช้โปรแกรมขับถ่ายได้เองร้อยละ 83.0 ในขณะที่กลุ่มไม่ใช้โปรแกรมต้องช่วย

ขับถ่ายด้วยการสวนอุจจาระ รับประทานยาระบาย และการใช้ยาเหน็บเป็นส่วนใหญ่ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การประเมินการขับถ่าย อาการรบกวนและวิธีการช่วยขับถ่ายของผู้ป่วย

ระดับความพึงพอใจ	กลุ่มใช้โปรแกรม (n=47)		กลุ่มไม่ใช้โปรแกรม (n=47)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปานกลาง (70-79%)	0	0.0	14	29.8	<0.001
มาก (80-89%)	12	25.5	33	70.2	
มากที่สุด (90-99%)	35	74.5	0	0.0	

โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง ลดอาการท้องผูกหรือถ่ายลำบากได้ ร้อยละ 93.6 (95%CI=83.5, 97.5, p<0.001) ลดอาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ ร้อยละ 90.1 (95%CI=74.8, 96.1, p<0.001) และลดการรับประทานยาระบายการใช้ยาเหน็บหรือการสวนอุจจาระได้ ร้อยละ 95.0 (95%CI=86.4, 98.2, p<0.001) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก

ลักษณะที่ศึกษา	Risk reduction	95% CI	p-value
ท้องผูก/ถ่ายลำบาก	93.6	83.5, 97.5	<0.001
ท้องอืด/คลื่นไส้	90.1	74.8, 96.1	<0.001
รับประทานยาระบาย/ใช้ยาเหน็บ/สวนอุจจาระ	95.0	86.4, 98.2	<0.001

ความพึงพอใจต่อการพยาบาลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มใช้โปรแกรมส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจต่อการดูแลโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 74.5 ส่วนกลุ่มไม่ใช้โปรแกรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.2 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อการพยาบาลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ระดับความพึงพอใจ	กลุ่มใช้โปรแกรม (n=47)		กลุ่มไม่ใช้โปรแกรม (n=47)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปานกลาง (70-79%)	0	0.0	14	29.8	<0.001
มาก (80-89%)	12	25.5	33	70.2	
มากที่สุด (90-99%)	35	74.5	0	0.0	

วิจารณ์

กลุ่มงานศัลยกรรมอโรปิดิกส์ โรงพยาบาลแพร่ ให้การดูแลผู้ป่วยโรคระบบกระดูกรวมถึงผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลัง ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังส่วนใหญ่เสียชีวิตหรือพิการในการทำงานของลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ควบคุมการขับถ่าย เกิดอาการท้องผูกและต้องใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน มีสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากบ้านทำให้แบบแผนสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการขับถ่ายบนเตียง การได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายขณะผ่าตัด⁽¹²⁾ (การได้รับยาบรรเทาอาการปวดที่มีผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เช่น กลุ่มยาแก้ปวดต้านอักเสบ (NSAIDs) ยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) ได้แก่ มอร์ฟีน (Morphine) ออกซีโคโดน (Oxycodone) และเฟนทานิล (Fentanyl) ตามลำดับ⁽¹³⁾

โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการท้องผูกให้ดื่มน้ำวันละมากกว่าหรือเท่ากับ 2,000 ซีซีรับประทานอาหารที่มีกากใย 30 กรัม/วัน และที่สำคัญ คือ มีการนัดหน้าท้องวันละ 1 ครั้ง 2 ทำรวม 10 นาที และการออกกำลังกายบนเตียงโดยยกขา 2 ข้างขึ้นและลงทีละข้างสลับกันนับ 1-10 ทำ 2 รอบ โดยเวลาที่เหมาะสม คือ หลังอาหารมื้อเย็น 1 ชั่วโมง และผู้ป่วยยังมีการฝึกการขับถ่ายทุกวัน 5-15 นาที ในช่วงเช้าหรือเย็นหลังอาหารครึ่งชั่วโมงทุกวัน สามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยา โดยมีผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมกระบวนการทางสรีรภาพในการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ โดยการนัดหน้าท้องและการเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีกากใย 30 กรัม

ต่อวัน การดื่มน้ำไม่น้อยกว่า 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน และการฝึกสุขนิสัยการขับถ่ายให้เหมาะสม ช่วยสนับสนุนผลดีของการไม่ใช้ยาระบาย รวมทั้งการเลือกใช้ชีวิตวิถีหนึ่งหรือใช้ 2-3 วิธีย่วมกันในการแก้ปัญหาท้องผูกได้⁽¹¹⁾

เมื่อผู้ป่วยได้รับอาหารในปริมาณที่มากพอและมีใยอาหารที่ไม่ละลายน้ำ 20-35 กรัมต่อวัน โดยเฉพาะใยอาหารที่ไม่ละลายน้ำ ซึ่งมีคุณสมบัติในการการอุ้มน้ำ ทำให้อุจจาระอ่อน จึงเพิ่มมวลของกากอาหาร กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ทำให้ของเสียถูกขับถ่ายได้เร็วขึ้น เมื่อใช้ร่วมกับโปรแกรมการดื่มน้ำ โดยปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยได้รับเฉลี่ยวันละมากกว่า 2000 มิลลิลิตร จะช่วยกระตุ้นลำไส้ใหญ่ให้เคลื่อนไหว และปริมาณน้ำที่มากจะมีแรงดันพอที่ขับดันกากอาหารในลำไส้ให้เคลื่อนต่ำลงมา จึงรู้สึกปวดอุจจาระ⁽¹⁴⁾ และเมื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ด้วยวิธีการนวดหน้าท้องร่วมด้วย โดยการนวดหน้าท้องจะช่วยทำให้ระยะเวลาที่อุจจาระเคลื่อนในลำไส้ใหญ่สั้นลงจาก 91 ชั่วโมง เหลือ 72 ชั่วโมง และความถี่ของการถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นจาก 3.8 เป็น 4.6 ครั้งต่อสัปดาห์⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการนัดหน้าท้องทุกวันนาน 13 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการท้องผูกและไม่ต้องใช้ยาระบายได้⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้โปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายและฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน และกล้ามเนื้อหูรูดรอบทวารหนัก ซึ่งการออกกำลังกายสำคัญมากที่จะช่วยกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกรานที่ใช้ในการขับถ่ายให้แข็งแรง จะสามารถช่วยให้มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อท้องได้ ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการขับถ่ายให้เหมาะสมหรือการฝึกการขับถ่ายทุกวัน ช่วงเวลาถ่ายอุจจาระที่

เหมาะสมที่สุด คือ ตอนเช้าภายหลังตื่นนอน 2 ชั่วโมง และภายหลังอาหารเช้า ซึ่งจะเป็นช่วงเวลาที่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ช่วยให้มีการขับถ่ายอุจจาระได้ดี⁽¹⁶⁾ ทั้งนี้การนำเอาโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกมาใช้ดังเช่นในการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูก ต่ออุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดุกสะโพก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีอุบัติการณ์เกิดอาการท้องผูกหลังผ่าตัดและมีระดับความรุนแรงของการเกิดอาการท้องผูกลดน้อยกว่าผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุม⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผลการวิจัย พบว่าอุบัติการณ์การเกิดอาการท้องผูกของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และความรุนแรงของอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁸⁾

ข้อเด่นของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก โปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริง มีการปฏิบัติที่ง่าย ทำให้ผู้ป่วยสบาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย สามารถนำไปใช้ในคนปกติที่มีภาวะท้องผูกได้ และสอนญาติให้นำไปปฏิบัติให้ผู้ป่วยต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรนำโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดุกสันหลัง มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้เป็นประจำ และก่อนการใช้โปรแกรมควรประเมิน

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกก่อน เพื่อการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการท้องผูกต่างกัน เพื่อป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยโรคกระดุกสันหลังได้

2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลควรมีการนิเทศและติดตามผลการใช้โปรแกรมป้องกันอาการท้องผูก ให้กับทีมบุคลากรพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกระดุกสันหลัง ให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งน่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิผลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้ดีขึ้น อีกทั้งเพิ่มความสุขสบายแก่ผู้ป่วย และควรนำผลการศึกษามากำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยพยาธิสภาพของโรคหรือด้วยข้อจำกัดของการรักษาต่อไป

สรุป

ในผู้ป่วยโรคกระดุกสันหลังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ พยาบาลควรพิจารณานำโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกไปใช้ ซึ่งประกอบด้วย การรับประทาน อาหาร การดื่มน้ำ การนวดหน้าท้อง การเคลื่อนไหวร่างกายและการฝึกการขับถ่ายอุจจาระ เนื่องจากในการวิจัยนี้พบว่าช่วยลดอาการท้องผูก ท้องอืด และลดการสวนอุจจาระได้ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกระดุกสันหลังและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวได้ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลแพร่ และ อ.ดร. สุรางค์รัตน์ พ้องพาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016;150(6): 1393-1407.e5. doi.org/10.1053/j. gastro. 2016.02.031.
2. Engkasan JP, Sudin SS. Neurogenic bowel management after spinal cord injury: Malaysian experience. *J Rehabil Med* 2013;45(2):141-4. doi: 10.2340/16501977-1074.
3. ญูริพงษ์ กิจดำรงธรรม. Chronic Idiopathic Constipation: Current and Future [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: วงการแพทย์ (ศูนย์ข้อมูล CME); 2018 [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.wongkarnpat.com/upfilecme/CME-Idiopathic.pdf>
4. โรงพยาบาลแพร่. ระบบสารสนเทศ 2563-2566. แพร่: หอผู้ป่วยสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลแพร่; 2566.
5. Hinrichs M, Huseboe J, Tang JH, Titler MG. Research-based protocol Management of constipation. *J Gerontol Nurs*. 2001;27(2):17-28. doi:10.3928/ 0098-9134-20010201-11.
6. Maloni JA. Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Rev Obstet Gynecol*. 2011 Jul 1;6(4):385-393. doi: 10.1586/eog.11. 28.
7. ปองจิตร ภัทรนาวิก, ปาริชาติ จันทร์สุนทรพร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตอบ สมองต่อความปวดกับความ สามารถในการทำหน้าที่ของข้อเข้าในการ ทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อม. *วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย* 2548;10(2):101-14.
8. Aurilio C, Pace MC, Pota V, Sansone P. Opioid induced constipation. In: Smith AC, editor. *Constipation-Causes, Diagnosis and Treatment*. Croatia: In Tech; 2012. p.81-8.
9. National Institute for Healthand Care Excellent. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong Opioids for pain in palliative care of adults. NICE clinical guideline 2012. Retrieved from: <https://paliativ ossinfronteras.org/wp-content/uploads/OPIOIDS-NICE-GUIDELINES2012.pdf>
10. โบตัน แสนสุขสวัสดิ์, พรรณวดี พุทธิวัฒน์, สุภาพ อารีเอื้อ. การป้องกันและการจัดการ อาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. *Rama Nurs J* 2007;13(2):106-24.
11. องอาจ ไพโรดมราษฎร์. ท้องผูก (constipation). ใน: กำพล กลั่นกลิ่น และคณะ (บก.), *อาการ ของโรกระบบทางเดินอาหารที่*

- พบบจอยและการบำบัด. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรนบุคส์ เซนเตอร์; 2553. หน้า 201-13.
12. Burch J. Constipation and flatulence management for stoma patients. *Br J Community Nurs.* 2007;12(10):449-52. doi: 10.12968/bjcn.2007.12.10. 27282.
13. Staats PS, Markowitz J, Schein J. Incidence of constipation associated with long-acting opioid therapy: a comparative study. *South Med J.* 2004 Feb;97(2):129-34. doi: 10.1097/01.SMJ.0000109215.54052.D8.
14. วาสนา บุตรปัญญา, พรรณวดี พุฒวัฒน์, ศุภร วงศ์วิญญู, ภาณุมาศ ขวัญเรือน. ผลของโปรแกรมป้องกันอาการท้องผูกสำหรับผู้ป่วยระบบประสาท. *Rama Nurs J* 2012;18(2):237-48.
15. Harrington KL, Haskvitz EM. Managing a patient's constipation with physical therapy. *Phys Ther.* 2006;8(11):1511-9. doi: 10.2522/ptj.20050347
16. สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์. ภาวะท้องผูก. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย* 2552; 2(1):13-22.
17. Pounpaka Monmai, Suparb Aree-ue, Panwadee Putwatana, Viroj Kawinwonggowit. The Effects of a Constipation Prevention Program on Incidence and Severity of Constipation in Hospitalized Elderly undergoing Hip Surgery. *J Nurs Sci* 2011;29(4):10-17.
18. จารุพรรณ ลีละยุทธโยธิน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารการพยาบาล* 2559; 18(1):1-9.