บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

The Effect of Symptom Management Program on Abdominal Distention in Colorectal Cancer Patients After Abdominal Surgery

ปุญญาดา มุกดาก้านทอง (Pulyada Mookdagarnthong)*
ธิดารัตน์ คำบุญ (Thidarat Khamboon)**
อินทิรา ปากันทะ (Intira Pakanta)***

Received: February 1, 2023
Revised: February 28, 2023
Accepted: March 15, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 รายและกลุ่มควบคุม 26 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประสบการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565-เดือนสิงหาคม 2566 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบประเมินอาการท้องอืด ตรวจคุณภาพด้านความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแคว์ สถิติฟิชเชอร์ สถิติทดสอบทีแบบสองกลุ่ม และสถิติแมน-วิทนีย์ยู

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้น พยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการอาการมาใช้เพื่อช่วยบรรเทาอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการอาการ, อาการท้องอืด, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การผ่าตัดช่องท้อง

**Corresponding author: Thidarat Khamboon; E-mail: thidaratk@nu.ac.th
*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Naresuan University)
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

Abstract

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

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

Keywords: Symptom management program, Abdominal distension, Colorectal cancer, Abdominal surgery

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของโรคมะเร็งทั้งหมดทั่วโลก อุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ 1,900,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 900,000 รายต่อปี (World Health Organization: WHO, 2020) ส่วนในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเพศชายเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในเพศหญิงเป็นอันดับที่ 3 รองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก (National Cancer Institute, 2021) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี และเคมีบำบัด ซึ่งการผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลัก โดยการผ่าตัดช่องท้องเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรค ก้อนมะเร็ง และต่อมน้ำเหลืองออก เพื่อเพิ่มโอกาสหายขาด ลดการกลับเป็นซ้ำ และลดการแพร่กระจายไปตำแหน่งอื่น (Chittmittrapap & Navicharoen, 2015) การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และใช้ระยะเวลานานในการผ่าตัด ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ อาการท้องอืด โดยเกิดขึ้นใน 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Cargir, 2018) พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 95.5 ของผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (Tapsuwan, 2016) ซึ่งอาการท้องอืดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ เกิดภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ (Ufoaroh et al., 2019) ปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น และความวิตกกังวล (White, Chularee, & Chiaranai, 2020) ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (Harnsberger, Maykel, & Alavi, 2019) ส่วนปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเกิดจากการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนนิ่ง ๆ อยู่กับเตียงไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว และขาดการกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ทำให้มีก๊าซค้างอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด (Tapsuwan, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษากลวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการท้องอืดหลากหลายวิธีที่ใช้ได้ผล แต่กลวิธีเหล่านั้นมีข้อจำกัดในการใช้ ได้แก่ การเคี้ยวหมากฝรั่ง (Liu, Jiang, Xu, & Jin, 2017) ซึ่งต้องใช้กลวิธีนี้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากอาจเกิดการสำลักได้ วิธีการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ซึ่งผู้ใช้ต้องฝึกทักษะการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าให้ถูกต้อง และชำนาญ (Pengkaew, 2015) ส่วนกลวิธีที่ได้ผลและน่าสนใจ เนื่องจากทำได้ง่าย ได้แก่ การเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวเป็นลำดับขั้นตอนโดยวิธีต่าง ๆ โดยการพลิกตะแคงตัวบนเตียง (Thamphan, 2015) การบริหารหน้าท้องและการหายใจ (Narasong, 2020) และการลุกเดินหลังผ่าตัด (Sripukde, 2018) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ส่งผลในการลดอาการท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนควรเป็นลำดับเริ่มจากการพลิกตะแคงตัว บริหารและออกกำลังกายบนเตียง ลุกนั่งบนเตียง การนั่งข้างเตียง การยืน และการเดินตามลำดับ จะช่วยให้ระบบการย่อยอาหารฟื้นตัวเร็วขึ้น (Grass et al., 2018)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดที่นำมาใช้ในการจัดการอาการที่ใช้อย่างแพร่หลายและได้ผลดีคือแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยสามารถนำมาใช้ได้ทั้งในสถานการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นแต่มีความเสี่ยงในการเกิด และสถานการณ์ที่เกิดอาการขึ้นแล้ว ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ 1) ประสบการณ์มีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 2) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) ซึ่งต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะจัดการโดยใคร (Who) ใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (What) จัดการเมื่อใด (When) จัดการที่ไหน (Where) จัดการทำไม (Why) จัดการมากน้อยเพียงใด (How much) จัดการให้ใคร (To Whom) และจัดการอย่างไร (How) และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcomes) นอกจากนี้ ยังพบว่า การใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่ประกอบด้วย การประเมินประสบการณ์อาการ การใช้กลวิธีการจัดการอาการ และการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการร่วมกับกลวิธีต่าง ๆ ได้ผลในการจัดการอาการท้องอืดเป็นอย่างดี (Anuvongsinlapachai, 2016; Puntarangsri,

2022; Sila, 2018) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือตอนล่าง ที่รับการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง จากข้อมูลพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2562-2566 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเข้ารับการรักษาเป็นจำนวน 280, 264, 250, 217 และ 241 รายตามลำดับ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดช่องท้อง จำนวน 144, 136, 145, 135 และ 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.4, 51.5, 58.0, 62.2 และ 62.7 ตามลำดับ (Uttaradit Hospital Statistics, 2023) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 67 รายในระยะ 6 เดือน (Medical records of Uttaradit Hospital, 2020) พบว่า อัตราการเกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดยังพบมากถึงร้อยละ 68.7 ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ภาวะปอดแฟบ ภาวะปอดอักเสบ โดยในปีพ.ศ. 2563-2565 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบคิดเป็นร้อยละ 3.6 , 4.1, 3.4 ตามลำดับ (Uttaradit Hospital Surgery Unit, 2022) ซึ่งยังเป็นปัญหาของหน่วยงานศัลยกรรมที่ต้องได้รับการแก้ไข ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดซึ่งเป็นระยะที่หมดฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกและยาบรรเทาปวดชนิดโอปิออยด์ (Anuvongsinlapachai, 2016) จึงเป็นช่วงเวลาที่สามารถประเมินความแตกต่างของผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการได้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มาเป็นขั้นตอนในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดถึงหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประสบการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดโดยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด โดยพยาบาลมีหน้าที่เตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยพยาบาลเตรียมประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดและกลวิธีในการจัดการอาการท้องอืด ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของอาการท้องอืดเพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดท้องอืดลดลง ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดซึ่งทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

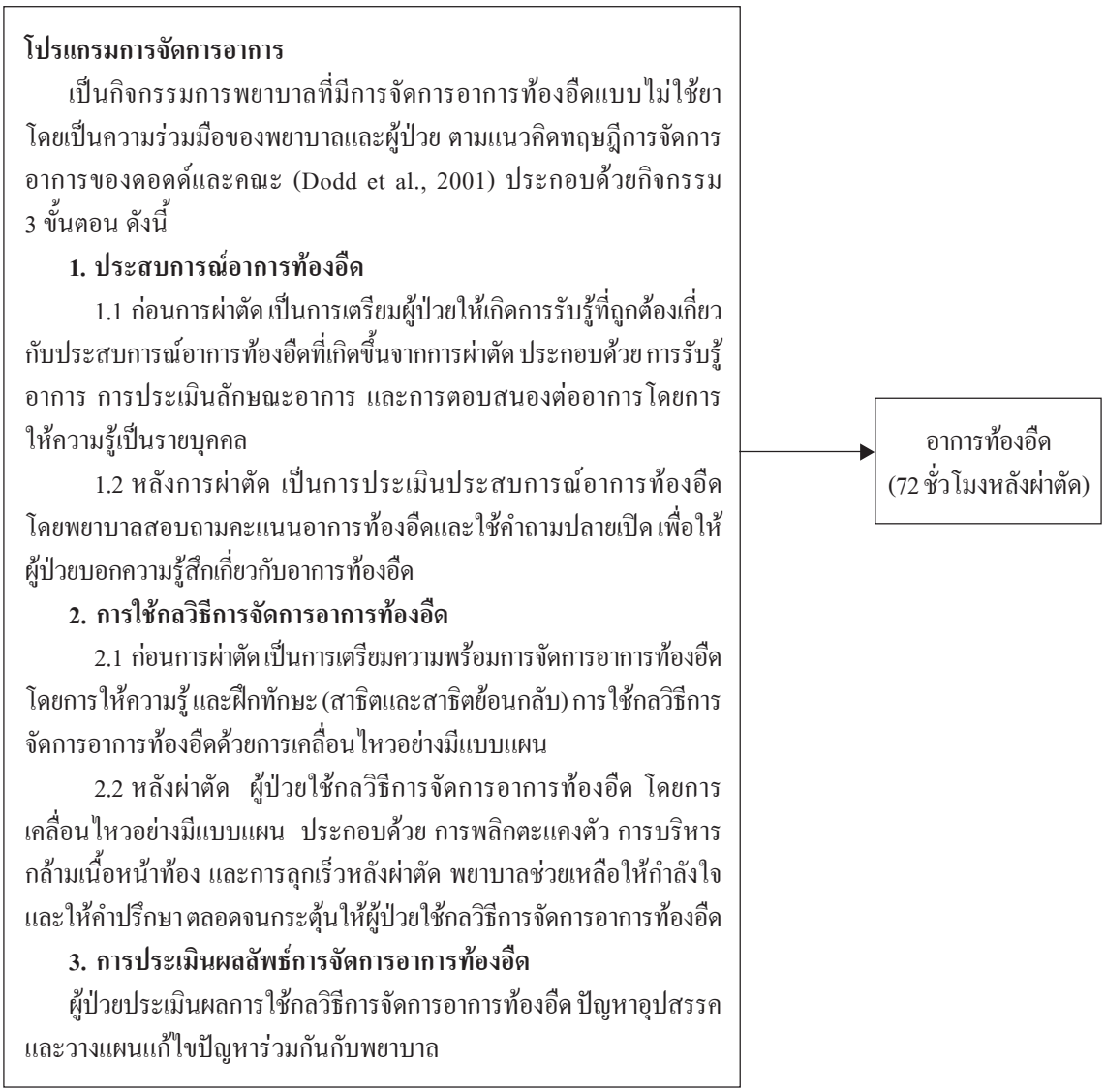
เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นพยาบาลอยู่ในโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบวัดหลังการทดลอง (The experimental posttest-only control group design) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การวิจัยนี้วัดผล 1 ครั้ง คือ วัดหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Post-test) ทันที สถานที่วิจัย คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565-เดือนสิงหาคม 2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ขณะทำการผ่าตัด ซึ่งรับการรักษาโดยการผ่าตัดหน้าท้องเป็นครั้งแรกและพักรักษาตัว

ในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Exploratory laparotomy) เป็นครั้งแรกและรักษาตัวในแผนกศัลยกรรมอย่างน้อย 1 วันก่อนการผ่าตัดช่องท้องจนถึงระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูดอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และ 6) ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ เกณฑ์การคัดออกได้แก่ มีโรคประจำตัวเดิมที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามโปรแกรม เช่น เป็นอัมพาตแขนขาอ่อนแรง มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน สื่อสารลำบาก และเกณฑ์การถอดถอน ดังนี้ 1) การผ่าตัดถูกเลื่อนด้วยสาเหตุใดก็ตาม 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่รุนแรงต่าง ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ เสียเลือดมาก หรือโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงจนไม่สามารถดำเนินตามโปรแกรมได้ เช่น septic shock, deep vein thrombosis, acute pulmonary embolism, acute stroke เป็นต้น และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล .70 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยขนาดอิทธิพลได้จากการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันของรัชดา อนุวงศ์ศิลปะชัย (Anuvongsinlapachai, 2016) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน รวมจำนวน 52 คน และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะคล้ายคลึงกันโดยใช้สถิติในการทดสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการทดลองประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการจัดการอาการ ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ1) ประสบการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืดโดยโปรแกรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 วัน

1.2 สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับประสบการณ์อาการท้องอืดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินลักษณะอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ใช้เวลา 15 นาที

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

1.4 คู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลคือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา คือ การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด colostomy, radivac drain ระยะเวลาในการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด ยาระงับความรู้สึก ยาระงับปวด การได้รับยา metoclopramide ระดับโพแทสเซียมในเลือด และความปวดหลังการผ่าตัด จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำตอบ

2.2 แบบประเมินอาการท้องอืด ใช้แบบประเมินอาการท้องอืดของวิริยา ศิลา (Sila, 2018) เป็นลักษณะแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยการประเมิน 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้สึกอืดแน่นท้อง 2) การเรอ

3) การผายลม 4) การเคลื่อนไหวของลำไส้ และ 5) ขนาดเส้นรอบท้อง แบบประเมินมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการท้องอืดและมากกว่า 15 คะแนน หมายถึง มีอาการท้องอืดมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคุณภาพ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ของเครื่องมือในการดำเนินการทดลองเท่ากับ 0.80-1.00 ส่วนเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.95

2. ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการท้องอืด ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้อง ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการท้องอืด ได้หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการ IRB No: P3-0035/2565 (วันที่รับรอง: 1 กรกฎาคม 2565) และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ หมายเลขโครงการ REC: 20/2565 (วันที่รับรอง: 19 ตุลาคม 2565) ผู้วิจัยขอความยินยอมจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมชี้แจงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาและการบริการที่ได้รับ และชี้แจงว่าข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น และมีการทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัย 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยดำเนินการขอจริยธรรมของโรงพยาบาลฯ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่จะเข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 ทุกวันโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการอาการไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นผู้เก็บข้อมูลการประเมินอาการท้องอืด เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์

กลุ่มควบคุม (26 ราย)	กลุ่มทดลอง (26 ราย)
วันที่ 1 ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนได้รับการผ่าตัด - ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและการรักษา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล - เตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเป็นการเตรียมผ่าตัดแบบทั่วไปโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินสภาพก่อนผ่าตัด การซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว การแพ้ยา การงดน้ำและอาหาร การทำความสะอาดบริเวณที่ต้องลงมีดผ่าตัด และการเตรียมลำไส้	**วันที่ 1 ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนวันผ่าตัด** 1. สร้างสัมพันธภาพ ในวันแรกที่เข้าพบผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยเข้าพบผู้ป่วยที่เตียง แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และลดความวิตกกังวล 2. การเตรียมผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับประสบการณ์อาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินลักษณะอาการ ความรุนแรง และการตอบสนองต่ออาการ โดยการให้ความรู้ เป็นรายบุคคล 3. การเตรียมความพร้อมการจัดการอาการท้องอืด โดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะ (สาธิตและสาธิตย้อนกลับ) เกี่ยวกับการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหว อย่างมีแบบแผน
24-72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ให้การพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การประเมินแผลผ่าตัด การดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา การดูแลสายระบายสิ่งตกค้างในกระเพาะอาหารผ่านทางจมูก สายระบายเลือดในช่องท้อง สายสวนปัสสาวะ ดูแลผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว และลุกเดินหลังผ่าตัด การประเมินความปวดและการจัดการกับความปวด โดยพยาบาลวิสัญญี การให้ยาบรรเทาอาการท้องอืดได้แก่ Air-X และ Metoclopramide ตามแผนการรักษาของแพทย์	**24-72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด** เป็นการใช้โปรแกรมการจัดการอาการในระยะหลังผ่าตัด ดังนี้ ประสบการณ์อาการท้องอืด - ประเมินประสบการณ์อาการท้องอืดหลังการผ่าตัดช่องท้อง โดยให้ผู้ป่วยประเมินคะแนนความรุนแรงของอาการท้องอืดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข จากระดับ 0-10 - พยาบาลใช้คำถามปลายเปิด ด้วยข้อคำถาม "ท่านมีความรู้สึกอย่างไร เกี่ยวกับอาการท้องอืด" **การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด** ผู้ป่วยใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดโดยเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน ดังนี้ - 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น - 24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น - 48-72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด การลุกเร็วหลังผ่าตัด อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น พยาบาลช่วยเหลือให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน **การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด** ผู้ป่วยประเมินผลการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด ปัญหาอุปสรรค และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกับพยาบาล

ประเมินอาการท้องอืด เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย และการรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ chi-square test, Fisher's Exact test, independent samples t-test และ Mann-Whitney U test

3. วิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลอาการท้องอืดหลังผ่าตัด โดยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบคะแนนอาการท้องอืดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกันหลายด้าน ได้แก่ อายุเฉลี่ย 64 ปี (S.D. = 11.02) เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพ

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้านเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ และอาชีพด้วยสถิติ chi-square test และเปรียบเทียบข้อมูลด้านอายุ ด้วยสถิติ independent samples t-test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่วินิจฉัยเป็น CA colon (ร้อยละ 57.7) การผ่าตัด rectum cancer surgery (ร้อยละ 57.7) มี colostomy (ร้อยละ 53.9) มี radivac drain (ร้อยละ 76.9) ระยะเวลาในการผ่าตัด 60-120 นาที (ร้อยละ 76.9) ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด 50-100 ml (ร้อยละ 61.5) ยาระงับความรู้สึกเป็น nimbex (ร้อยละ 100.0) ยาระงับปวดเป็น morphine (ร้อยละ 100.0) และไม่ได้รับยา metoclopramide (ร้อยละ 92.3)ระดับโพแทสเซียมในเลือดเฉลี่ย 3.98 mEq/L (S.D.= 0.35) ความปวดหลังการผ่าตัดวันที่ 1 เฉลี่ย 4.31 คะแนน (S.D. = 1.22) วันที่ 2 เฉลี่ย 3.65 คะแนน (S.D. = 0.85) และวันที่ 3 เฉลี่ย 2.81 คะแนน (S.D. = 1.10)

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่วินิจฉัยเป็น CA rectum (ร้อยละ 57.7) การผ่าตัด colon and rectum cancer surgery (ร้อยละ 50.0) ไม่มี colostomy (ร้อยละ 65.4) มี radivac drain (ร้อยละ 69.2) ระยะเวลาในการผ่าตัด 60-120 นาที (ร้อยละ 53.9) ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด 50-100 ml (ร้อยละ 42.3) ยาระงับความรู้สึกเป็น nimbex (ร้อยละ 96.2) ยาระงับปวดเป็น morphine (ร้อยละ 96.2) และส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา metoclopramide (ร้อยละ 73.1) ระดับโพแทสเซียมในเลือดเฉลี่ย 4.18 mEq/L (S.D. = 0.38) ความปวดหลังการผ่าตัดวันที่ 1 เฉลี่ย 4.08 คะแนน (S.D. = 1.26) วันที่ 2 เฉลี่ย 3.23 คะแนน (S.D. = 1.03) และวันที่ 3 เฉลี่ย 2.50 คะแนน (S.D. = 0.76)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด การมี colostomy และ radivac drain ระยะเวลาในการผ่าตัด และปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัดด้วยสถิติ chi-square test เปรียบเทียบข้อมูลยาระงับความรู้สึก ชนิดของยาระงับปวด และการได้รับยา metoclopramide ด้วยสถิติ Fisher's exact test เปรียบเทียบข้อมูลระดับโพแทสเซียมในเลือดด้วยสถิติ independent samples t-test และเปรียบเทียบข้อมูลคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย ความรู้สึกอืดแน่นท้อง การเรอ การผายลมการเคลื่อนไหวของลำไส้ และขนาดเส้นรอบท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

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

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

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดหลังผ่าตัดโดยรวม เมื่อ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 10.15 คะแนน (S.D. = 2.80, Mean Rank = 36.23) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มควบคุมมีด้านความรู้สึกอืดแน่นท้องเฉลี่ย 2.15 คะแนน (S.D. = 0.61, Mean Rank = 34.63) การเรอเฉลี่ย 2.31 คะแนน (S.D. = 1.09, Mean Rank = 34.50) การผายลมเฉลี่ย 2.04 คะแนน (S.D. = 0.82, Mean Rank = 32.25) การเคลื่อนไหวของลำไส้เฉลี่ย 2.08 คะแนน (S.D. = 0.80, Mean Rank = 33.94) และขนาดเส้นรอบท้องเฉลี่ย 1.58 คะแนน (S.D. = 0.58, Mean Rank = 33.50)

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

เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่า คะแนนท้องอืดหลังผ่าตัดโดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนรู้สึกอืดแน่นท้อง การเรอ การเคลื่อนไหวของลำไส้ และขนาดเส้นรอบท้องของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนการผายลมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ดังนี้

โปรแกรมการจัดการอาการที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่มีแนวคิดว่า ประสบการณ์อาการ เป็นการรับรู้ส่วนบุคคล การประเมิน และการตอบสนองของบุคคลนั้น ๆ ต่อความผิดปกติหรืออาการที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งหากบุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ก็จะสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ในการจัดการอาการที่ดี ทั้งนี้โปรแกรมการจัดการอาการที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้นเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีการจัดการอาการท้องอืดแบบไม่ใช้ยาโดยเป็นความร่วมมือของผู้วิจัยและ

กลุ่มทดลอง กิจกรรมครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ ประสบการณ์อาการท้องอืด การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด และการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด ซึ่งขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์อาการท้องอืดเป็นการเตรียมกลุ่มทดลองตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของอาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดภายใน 24-72 ชั่วโมง การประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืด ตลอดจนการตอบสนองต่ออาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากอาการท้องอืดรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น หากอาการท้องอืดรุนแรงขึ้นหรือไม่ได้รับแก้ไข การเตรียมกลุ่มทดลองให้มีความรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดนี้ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการท้องอืด การประเมินความรุนแรงของอาการ ตลอดจนความสำคัญของการจัดการอาการท้องอืดด้วยกลวิธีที่เหมาะสม ดังนั้น ภายหลังการผ่าตัดกลุ่มทดลองจึงสามารถรับรู้ถึงการเกิดท้องอืด ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ตลอดจนเผชิญกับอาการท้องอืดภายหลังการผ่าตัด และนำไปสู่กลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ดังกล่าวข้างต้น

สำหรับขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดเป็นการเตรียมความพร้อมการจัดการอาการท้องอืดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเช่นกันโดยการให้ความรู้ โดยใช้สื่อ VDO และคู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดที่ผู้ป่วยสามารถนำไปทบทวนและศึกษาต่อได้ด้วยตนเอง รวมถึงมีการฝึกทักษะโดยผู้วิจัยสาธิตและกลุ่มทดลองสาธิตย้อนกลับการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนมีลำดับขั้นตอนและมีการกำหนดลักษณะของกลวิธีการจัดการอาการท้องอืดอย่างชัดเจนตามแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวคือ กลุ่มทดลองเป็นผู้ใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยตัวเอง โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้น(Who) ใช้กลวิธีจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน (What) ในระยะหลังผ่าตัดช่องท้อง (When) สามารถปฏิบัติได้บนเตียงภายในหอผู้ป่วย (Where) เพื่อลดอาการท้องอืด (Why) ตามขั้นตอนวิธีการจัดการที่ได้ฝึกทักษะตั้งแต่ก่อนผ่าตัด (How) โดยกำหนดให้ปฏิบัติกิจกรรมวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและเย็น (How much) เพื่อให้กลุ่มทดลองอาการท้องอืดลดลง (To Whom) ประกอบด้วยวิธีการเคลื่อนไหวตามลำดับขั้นตอน ได้แก่ การพลิกตะแคงตัวและบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและลุกเร็วหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง และการลุกเร็วหลังผ่าตัดใน 48-72 ชั่วโมง (How) กลวิธีการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนดังกล่าวช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น (Grass et al., 2018) เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย กลุ่มทดลองสามารถทำได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการที่มีผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้กลวิธีการจัดการอาการตามที่ได้ฝึกทักษะไปอย่างเป็นลำดับ ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา (ขั้นตอนที่ 3) จึงทำให้กลุ่มทดลองใช้กลวิธีดังกล่าวอย่างต่อเนื่องส่งผลในการลดอาการท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพ

ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่ได้รับการเตรียมประสบการณ์เพื่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดรวมถึงการฝึกทักษะกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดไม่เพียงพอ จึงทำให้กลุ่มควบคุมเผชิญอาการและจัดการอาการท้องอืดได้อย่างเหมาะสมน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ทำให้พบอาการท้องอืดภายหลังการผ่าตัดได้มากกว่ากลุ่มทดลอง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของธิดารัตน์ คำบุญ และคณะ (Khamboon, Pakanta, Jitpewngam, & Wangteeraprasert, 2019) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดโดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย อธิบายถึงการรับรู้ว่าเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจสาเหตุการเกิดกลุ่มอาการ จะไม่สามารถประเมินความรุนแรงของอาการ และใช้กลวิธีการจัดการที่เหมาะสมได้ จึงทำให้การจัดการกลุ่มอาการไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากกลวิธีไม่เหมาะสมซึ่งภายหลังจากการพัฒนารูปแบบการจัดการกลุ่มอาการในงานวิจัยดังกล่าว พบว่า การที่ผู้ป่วยจะจัดการอาการได้ดีต้องมีการรับรู้ที่ถูกต้อง รวมถึงกลวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการต้องเหมาะสม และเป็นกลวิธีที่สามารถทำได้ง่าย ผู้ป่วยจึงจะสามารถจัดการอาการได้อย่างต่อเนื่อง

และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วิริยา ศิลา (Sila, 2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชต่ออาการปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัดหน้าท้อง โดยใช้การจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วย การประเมินประสบการณ์ การใช้กลวิธีโดยการฟังเพลงและการเคี้ยวหมากฝรั่ง และการประเมินอาการ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ กัญธิดา พันทรังษี (Puntarangsri, 2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยใช้การจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีอาการท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และรัชดา อนุวงศ์ศิลปชัย (Anuvongsinlapachai, 2016) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยที่ภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง โดยใช้การจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิด พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริหารพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานมีการนำโปรแกรมการจัดการอาการ ไปใช้ในการบรรเทาอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

1.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการอาการไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาในวิชาชีพพยาบาล

1.3 ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำโปรแกรมการจัดการอาการท้องอืดและสื่อในการให้ความรู้ไปใช้สอนนิสิตพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่แพร่หลายมากขึ้น

2.2 ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยกลุ่มเดิม โดยวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการท้องอืดใน 24, 48, และ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการจัดการอาการท้องอืดดังกล่าว เพื่อติดตามความต่อเนื่องและผลลัพธ์ของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณบุคลากรและกลุ่มตัวอย่างหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

Anuvongsinlapachai, R. (2016). The effect of symptom management program combined with reflexology on bowel function recovery in patients after open colorectal surgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 18,* 84-92. [In Thai].

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

Chittmittrapap, S., & Navicharoen, P. (2015). Textbook of surgery. Bangkok: Pailin Booknet. [In Thai].

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

Grass, F., Pache, B., Martin, D., Addor, V., Hahnloser, D., Demartines, N., & Hubner, M. (2018). Feasibility of early postoperative mobilization after colorectal surgery. *International Journalof Surgery, 56,* 161-166.

Harnsberger, C. R., Maykel, J. A., & Alavi, K. (2019). Postoperative ileus. *Clin Colon Rectal Surg, 32(*3), 166-170.

Khamboon, T., Pakanta, I., Jitpewngam, W., & Wangteeraprasert, K. (2019). A development of symptom clusters management model in lung cancer persons receiving chemotherapy. *Journal of Nursing and Health Sciences, 13*(1), 121-132.

Liu, Q., Jiang, H., Xu, D., & Jin, J. (2017). Effect of gum chewing on ameliorating ileus following colorectal surgery. *International Journal of Surgery, 47*(1), 107-115. Retrieved 28 January 2024 from https://pubmed.ncbi.nlm.nih. gov/28867465/

Medical records of Uttaradit Hospital. (2020). *Surgical intensive care unit information.* Retrieved 7 April 2021 from https://www.uttaradit-hosp.go.th/room/roomdetail.php [In Thai].

Narasong, P. (2020). Effects of abdominal, shoulder and breathing exercise programs on abdominal distension and shoulder pain in patients with laparoscopic cholecystectomy. *Siriraj Med Bull, 13*(1), 11-20. [In Thai].

National Cancer Institute. (2021). *Hospital-basedcancer registry 2021.* Bangkok: Medical Digital Division, National Cancer Institute. Retrieved 15 April 2021 from https://www.nci.go.th/e-book/osbased_2563/index.html. [In Thai].

Pengkaew, S. (2015). *Effects of foot reflexology on abdominal distention and postoperative recovery in elderly patients with abdominal surgery.* Master Thesis, Prince of Songkhla University, Songkhla. [In Thai].

Puntarangsri, K. (2022). *The effect of symptom management program combined with foot reflexology on abdominal distention in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.* Retrieved 7 April 2021 from https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/6173. [In Thai].

Sila, W. (2018). The effects of symptom management program of gynecological patients after abdominal surgery on postoperative pain and abdominal distention at a tertiary level hospital. *Christian University of Thailand Journal, 24*(2), 204-215. [In Thai].

Sripukde, S. (2018). Nursing innovation development to promote early mobilization for patients who are in a critical condition after cholangiocarcinoma surgery. *Journal of Nursing Science & Health, 41*(4), 13-22. [In Thai].

Tapsuwan, O. (2016). The role of nurses in management with bloating in surgical patients who had abdominal surgery. *Siriraj Med Bull, 9*(3), 189-93. [In Thai].

Thamphan, N. (2015). *The effects of program improving post postoperative ileus in open appendectomy patients.* Master Thesis, Mahidol University, Nakhon Pathom. [In Thai].

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

Uttaradit Hospital Statistics. (2023). *Hospital information systems.* Retrieved 14 April 2020 from https:// www.uttaradit -hosp.go.th/room/roomdetail.php [In Thai].

Uttaradit Hospital Surgery Unit. (2022). *Summary of annual report 2022.* Uttaradit: Uttaradit Hospital. [In Thai].

White, S. J., Chularee, S., & Chiaranai, C. (2020). The role of nurses in caring for patients undergoing abdominal surgery. *Journal Health and Nursing Education, 26*(1), 231-250.

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