



# บทบาทพยาบาล : การจัดการภาวะท้องผูก ในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา

## Nurse's Roles in Gestational Constipation Management in Pregnant Women without Medication

สจจพร ศรีบุตร\* ชัญญามล สุริยานิมิตรสุข\*\*

Sajjaporn Sribout,\* Thunyamol Suriyanimitsuk\*\*

\*,\*\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จ.ชลบุรี

\*,\*\* Boromarajonani College of Nursing Chon Buri, Chon Buri Province

\* Corresponding Author: sajjaporn@bnc.ac.th

### บทคัดย่อ

ภาวะท้องผูกในขณะตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนขณะตั้งครรภ์และการเปลี่ยนแปลงของขนาดมดลูกที่โตขึ้นตามอายุครรภ์อีกให้เกิดความไม่สุขสบาย และอาจรุนแรงจนเกิดความทุกข์ทรมานขณะขับถ่าย สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะท้องผูกได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ โดยทั่วไปการจัดการภาวะท้องผูกสามารถทำได้ทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา ในปัจจุบันโรงพยาบาลเกือบทุกรอบดับในประเทศไทยมีแนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะท้องผูกในขณะตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยาตามแนวทางของสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหวของประเทศไทย โดยการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันและการแก้ไขภาวะท้องผูกเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์รายที่มีปัญหาท้องผูกมากส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาหลายอย่าง ซึ่งการใช้ยาหลายอย่างเป็นการบรรเทาอาการท้องผูกได้เป็นครั้งคราว ไม่ได้เป็นการแก้ไขปัญหาหรือจัดการภาวะท้องผูกในระยะยาว พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินสุขภาพ และให้คำปรึกษา การจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยาแก่สตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการให้การพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระของสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลดีต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แต่ในทางปฏิบัติยังขาดการประเมินและการจัดการกับภาวะท้องผูกอย่างมีแบบแผน โดยในบทความนี้จะนำเสนอความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์ ผลกระทบของภาวะท้องผูก บทบาทของพยาบาลกับการจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา ในด้านการประเมินภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์ และแนวทางการจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยาอย่างมีแบบแผน

Received: April 16, 2020; Revised: June 23, 2020; Accepted: June 24, 2020



คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล การจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา

## Abstract

Gestational constipation, hormonal changes during pregnancy and changes in pregnancy mechanisms can cause discomfort and might be severe when pregnant women suffer during bowel movements. Pregnant women are at risk for constipation during every stage of pregnancy. In pregnant women with good health, gestational constipation can usually be managed either pharmacologically or non-pharmacologically. At present, however, hospitals at nearly every level in Thailand have practiced guidelines for managing gestational constipation without medication according to the guidelines provided by the Thai Neurogastroenterology and Motility Society, which is only part of the knowledge and advice available on the prevention and treatment of gestational constipation. Furthermore, most pregnant women with the problem of constipation are treated with laxatives. The use of laxatives is aimed at temporary constipation relief and does not offer long-term solutions or management of this problem; because fecal excretion is an important health behavior everyone should practice as an ongoing habit. Nurses are important in providing care for pregnant women in order to achieve positive pregnancy outcomes. Hence, nurses require knowledge and understanding about the management of gestational constipation in pregnant women without medication, using the nursing process in assessing health and offering consultation on the management of gestational constipation in pregnant women without medication for comprehensive coverage in providing nursing care, which will result in changes in the excretory behavior of pregnant women with positive effects on the health of pregnant women and their developing fetuses. Nurses tend to be interested in the problem of patients' constipation, but lack assessment in practice and planned management of constipation. This article presents factors, effects and nurse's roles in constipation management without medication in pregnant women.

**Keywords :** nurse's roles, management of gestational constipation in pregnant women without medication

## บทนำ

ภาวะท้องผูกในขณะตั้งครรภ์ (Gestational constipation) เป็นกลุ่มอาการเกี่ยวกับการขับถ่ายอ่อนแรงที่ยากลำบากเกิดขึ้นกับสตรีในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และอาจ

รุนแรงจนเกิดความทุกข์ทรมานขณะขับถ่าย<sup>1</sup> ในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถิติท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งพบการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์ พบได้ร้อยละ 11 - 38<sup>2</sup> ในประเทศไทยและพบ



อุบัติการณ์การเกิดภาวะท้องผูกในสตรีครรภ์แรกร้อยละ 35 และสตรีครรภ์หลัง ร้อยละ 39 - 42<sup>1</sup> สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะท้องผูกได้ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพดีพบความชุกของภาวะท้องผูกในช่วงไตรมาสที่ 1, 2, 3 และระยะหลังคลอด ร้อยละ 35, 39, 21 และ 17 ตามลำดับ<sup>3</sup>

ภาวะท้องผูก หมายถึง การขับถ่ายอุจจาระที่มีความยากลำบากต้องออกแรงบ่งขณะขับถ่าย อุจจาระ มีลักษณะเป็นก้อนแข็ง รู้สึกขับถ่าย อุจจาระไม่สุด และ/หรือ ขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยเกิดในรายที่ไม่เคยมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารมาก่อน<sup>4</sup> ถึงแม้ว่า ภาวะท้องผูกไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง แต่ภาวะนี้ นำไปสู่ผลกระทบด้านร่างกายและทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง ได้แก่ การรับประทานไม่ดี เป็นอาหารคลีนสี อาเจียน ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น เนื่องจากย่าง<sup>5</sup> สตรีตั้งครรภ์บางรายมีอาการปวดท้องมาก เนื่องจากอุจจาระเป็นก้อนแข็งอัดแน่นอยู่ในลำไส้ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาและพบได้บ่อย คือ ริดสีดวงทวาร<sup>6</sup> ผลกระทบด้านจิตสังคม ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ และเกิดการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองในด้านลบ<sup>7</sup>

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านสรีรวิทยา ปัจจัยด้านพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงด้านกลไกขณะตั้งครรภ์

### 1. ปัจจัยด้านสรีรวิทยา

#### 1.1 การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนขณะตั้งครรภ์

1.1.1 ฮอร์โมนเพศที่ส่งผลต่อระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในระบบทางเดินอาหาร (Hormonal effects on gut transit time) พบว่า การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่เพิ่มสูงขึ้นขณะตั้งครรภ์ ทำให้ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหวน้อยลง ส่งผลให้ระยะเวลาที่กากอาหารพักอยู่ในระบบทางเดินอาหารนานขึ้น เมื่อการอาหารอยู่ในลำไส้นานขึ้น ทำให้มีการดูดซึมลับมากขึ้น อุจจาระจึงมีลักษณะแห้งและแข็ง ส่งผลให้ขับถ่ายอุจจาระยากลำบากมากขึ้น ซึ่งระดับของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนจะค่อยๆ เพิ่มสูงขึ้นตลอดการตั้งครรภ์และสูงสุดในไตรมาสที่ 2<sup>1</sup> มีการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะท้องผูกมากที่สุดในช่วงไตรมาสที่ 2 พบร้อยละ 39 ไตรมาสที่ 1 พบร้อยละ 35 ไตรมาสที่ 3 พบร้อยละ 21 และระยะหลังคลอด พบร้อยละ 17<sup>3</sup>

1.1.2 ฮอร์โมนที่ส่งผลต่อกล้ามเนื้อเรียบ (Hormonal effects on smooth muscle) พบว่า ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่เพิ่มสูงขึ้น ขณะตั้งครรภ์จะยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบในลำไส้<sup>1</sup> โดยฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน และฮอร์โมนโฉมาโทสแตตินจะยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโมทิลินที่ทำหน้าที่กระตุ้นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเรียบในลำไส้

1.1.3 ฮอร์โมนที่ส่งผลต่อการดูดซึมน้ำ (Hormonal effects on water absorption) พบว่า การดูดซึมน้ำในลำไส้ขณะตั้งครรภ์จะเพิ่มสูงขึ้น ทำให้อุจจาระมีน้ำเด็กและมีลักษณะแข็ง ส่งผลให้การเคลื่อนที่ของอุจจาระยากลำบากขึ้น<sup>8</sup> โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนและฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่เป็นตัวเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนเรนิน เมื่อฮอร์โมนเรนินเปลี่ยนและจิโวเทนซินเจนให้ถลายเป็นและจิโวเทนซิน 1 และถูกเปลี่ยนแปลงเป็นและจิโวเทนซิน 2 จึงนำไปสู่การเพิ่มระดับฮอร์โมนแอล朵สเตอโรน<sup>9</sup> ฮอร์โมนแอล朵สเตอโรนจะเพิ่ม



การดูดซึมน้ำในลำไส้ของสตรีตั้งครรภ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในไตรมาสที่ 2<sup>1</sup>

## 2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม

2.1 การรับประทานอาหารโดยอาหารได้แก่ พิช ผัก และผลไม้ที่รับประทานเข้าไปแล้วจะไม่ถูกย่อยโดยน้ำย่อยในระบบย่อยอาหาร หากอาหารบางส่วนเมื่อผ่านลำไส้ใหญ่จะถูกย่อยโดยจุลินทรีย์ ทำให้กลไกเป็นก้าวقاربอนไดออกไซด์มีเทน ไอโอดรเจน น้ำ และกรดไขมันสายสัน្តิ ซึ่งจะถูกดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกาย และส่วนที่เหลือเป็นการโดยอาหารจะถูกขับถ่ายออกมาน้ำอุจจาระ การรับประทานอาหารจึงช่วยเพิ่มมวลของอุจจาระ และกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ทำให้ระบบขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติ<sup>10</sup> การศึกษาพบว่า ในช่วงไตรมาสที่ 2 สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการท้องผูกรับประทานอาหารโดยอาหารต่อวันน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการท้องผูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .004$ )<sup>3</sup>

2.2 การดื่มน้ำ จะทำให้อุจจาระมีลักษณะนิ่ม และน้ำเป็นตัวกระตุ้นให้มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อผนังลำไส้ให้ปอยขึ้น ดันให้อุจจาระเคลื่อนที่ลงสู่ลำไส้ใหญ่เร็วขึ้น ลดระยะเวลาที่กากอาหารพักอยู่ในระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวกและถี่ขึ้น<sup>11</sup> การศึกษาพบว่า ในช่วงไตรมาสแรกสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการท้องผูกดื่มน้ำน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการท้องผูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .004$ )<sup>3</sup>

2.3 การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการขับถ่ายอุจจาระ เนื่องจากการออกกำลังกายจะมีการหลั่งยอรวมเนอนโดยพิเศษและยอรวมโนมทิลิน ซึ่งยอรวมทั้ง 2 ชนิดนี้ทำให้ลำไส้มีการบีบตัวมากขึ้น และลดระยะเวลาที่อาหารผ่านถึงทวารหนัก (Colonic transit time) การศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการท้องผูกมีการทำกิจกรรมโดยการออกกำลังกาย

ในช่วงไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์<sup>3</sup> และสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการท้องผูกจะมีการออกกำลังกายในโรงพยาบาลนั้นมากถูกจำกัดกิจกรรมให้นอนอยู่บนเตียงนานๆ ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลง ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก<sup>12</sup>

2.4 การมีสุขนิสัยการขับถ่ายอุจจาระที่ดี คือ ขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอ และไม่กลั้นอุจจาระ การศึกษาพบว่า การไม่ฝึกขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาหรือการกลั้นอุจจาระบ่อยๆ ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก เนื่องจากเวลาที่เรารู้สึกอยากขับถ่ายอุจจาระนั้นเกิดจากปฏิกริยาจากกระเพาะอาหารสู่ลำไส้ และปฏิกริยาจากลำไส้เล็กส่วนต้นสู่ลำไส้ใหญ่ ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นเมื่อมีอาหารในกระเพาะอาหารและในลำไส้เล็กส่วนต้น ปฏิกริยานี้ทำให้ลำไส้บีบตัวมากขึ้น ส่งผลให้มีการเคลื่อนที่ของอุจจาระลงไปยังส่วนล่าง จึงเกิดความรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระ ซึ่งมักเกิดขึ้นภายหลังรับประทานอาหาร 5 - 30 นาที โดยเฉพาะหลังอาหารเข้าเป็นช่วงที่ดีที่สุด หากเรายังบีบปฏิกริยาของการขับถ่ายอุจจาระที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือจากการใช้ยาหลายมากเกินไป จนทำให้การท่าน้ำที่ของลำไส้เสียไป จะทำให้ปฏิกริยาร้าวๆ ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก<sup>13</sup>

นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า การรับประทานยาาราทูลีกเสริมขณะตั้งครรภ์จะส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก และพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูกอยู่แล้วจะมีอาการท้องผู้กรุนแรงขึ้นเมื่อรับประทานราตูลีก<sup>1</sup>

3. การเปลี่ยนแปลงด้านกลไกขณะตั้งครรภ์ ขนาดของมดลูกที่โตขึ้นในขณะตั้งครรภ์นั้นขัดขวางการเคลื่อนที่ของอุจจาระในลำไส้ ทำให้การขับถ่ายอุจจาระยากลำบากมากขึ้น ส่งผลให้มีภาวะท้องผูกได้ง่าย พบท้อสังเกตว่า การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น



โอกาสเกิดภาวะท้องผูกจะมากขึ้นและการทึบถุงมีการเคลื่อนที่เบี่ยงไปทางด้านขวา ส่งผลให้เกิดการขัดขวางการเคลื่อนไหวของลำไส้บางส่วน<sup>1</sup> การศึกษาของ Shafik, El-Sibai<sup>14</sup> พบว่า น้ำหนักของมดลูกที่เพิ่มขึ้นและระดับความดันภายในมดลูกที่เพิ่มขึ้นจากการตั้งครรภ์ อาจส่งผลให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่เป็นส่วนหนึ่งของทูรูดด้านนอกของทวารหนัก และเป็นกล้ามเนื้อที่มีความสำคัญในการขับถ่ายอุจจาระเกิดความเสียหาย ทำให้การท่าน้ำที่ในการขับถ่ายไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก

### ผลผลกระทบของภาวะท้องผูก

ภาวะท้องผูกเป็นอาการไม่สุขสบายที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม ได้แก่

1. ด้านร่างกาย ภาวะท้องผูกไม่ทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรงถึงชีวิตแต่ก็ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานขณะขับถ่ายอุจจาระ ต้องอุบัติเร่งเบ่งถ่ายอุจจาระ รู้สึกอุจจาระไม่สุก<sup>11</sup> รู้สึกปวดมวนท้อง รู้สึกปวดบริเวณทวารหนัก อาหารไม่ย่อย ท้องอืด รู้สึกอืดอัดแน่นท้อง รู้สึกเบื่ออาหาร รู้สึกคลื่นไส้อาเจียน สับสน และอาจมุดสติได้<sup>15</sup> นอกจากนี้ภาวะท้องผูกทำให้ลมหายใจมีกลิ่นเหม็นและอ่อนล้า<sup>5</sup> บางรายมีอาการปวดท้องมากเนื่องจากกล้ามไส้อุดตันจากอุจจาระที่มีลักษณะแข็ง ทำให้ขณะขับถ่ายต้องอุบัติเร่งเบ่งมากขึ้นเพื่อขับถ่ายอุจจาระออกมาก เมื่อก้อนอุจจาระที่มีลักษณะแข็งเคลื่อนที่ผ่านกล้ามเนื้อทูรูดทวารหนักทำให้กล้ามเนื้อทูรูดทวารหนักยืดออกมากเกินไป และทำให้ต้องยืนย่ออยู่ผ่านรูทวารหนักออกมานาน ทำให้เวลาขับถ่ายอุจจาระจะรู้สึกปวดบริเวณทวารหนักหรือเกิดอาการเลือดออกได้ ซึ่งทำให้เกิดริดสีดวงทวารตามมา<sup>6</sup> มีการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูกมี

โอกาสเพิ่มความรุนแรงจนเกิดเป็นริดสีดวงทวารได้มากกว่าสตรีที่ไม่มีการตั้งครรภ์<sup>16</sup>

2. ด้านจิตสังคม สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูกจะเกิดการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองในด้านลบ เกิดความคับข้องใจและไม่พึงพอใจ จิตใจไม่เบิกบาน นำไปสู่ความวิตกกังวล บางรายถึงกับนอนไม่หลับและแยกตัวออกจากสังคม<sup>7</sup>

### 三 บทบาทของพยาบาลกับการจัดการ ภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์ โดยไม่ใช้ยา

การจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยาในปัจจุบัน พบว่า ยังไม่มีแนวทางการจัดการที่ชัดเจนเนื่องจากในบางครั้งสตรีตั้งครรภ์ไม่มีการให้ข้อมูลว่าตนเองมีอาการท้องผูก หรือมีอาการขับถ่ายอุจจาระที่ยกลำบากขึ้น จนเกิดความไม่สุขสบาย ทำให้ปัญหาสุขภาพส่วนนี้ถูกละเลย ส่งผลทำให้การจัดการปัญหาเกิดความล่าช้า ในแผนผังการรักษา สตรีตั้งครรภ์จะได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันและการแก้ไขภาวะท้องผูกเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ทั่วไป ในสตรีตั้งครรภ์รายที่มีปัญหาท้องผูกมาก ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาрабาย ได้แก่ กลุ่มสารหล่อลื่น (Lubricant laxatives) กลุ่มอุ้มน้ำและเพิ่มน้ำอุจจาระ (Bulk laxatives) กลุ่มยาที่เพิ่มแรงตึงผิวของอุจจาระ (Osmotic laxatives) กลุ่มยาที่เพิ่มแรงตึงผิวตุ่นการเคลื่อนตัวของลำไส้ (Stimulant laxatives) กลุ่มยาที่ทำให้อุจจาระนิ่ม (Stool softeners) และกลุ่มยาสวนอุจจาระและยาเหน็บทวารหนัก (Enemas and suppositories) หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับยาрабายอาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น อาการท้องเสีย อาการปวดท้อง เป็นต้น การเลือกใช้ยาрабาย



หรือการสวนอุจจาระ ส่งผลให้มีการทำลายเยื่อบุผิวหนังลำไส้ใหญ่ ทำให้ผนังลำไส้เรียบและตืบเร็ว และเป็นการกระตุนให้มีการขับถ่ายอย่างรุนแรงมากกว่าปกติ อาจทำให้ร่างกายขาดน้ำและเกลือแร่ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายหรือบางครั้งรู้สึกปวดถ่ายมาก นอกจากนี้จะมีดังกล่าวถ่ายเป็นการบรรเทาภาวะท้องผูกเป็นครั้งคราว ไม่ได้เป็นการแก้ไขปัญหาหรือจัดการภาวะท้องผูกระยะยาว และไม่ส่งเสริมสุขอนิสัยในการขับถ่ายให้เป็นปกติ

การจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมการขับถ่ายเพื่อจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีกากใหญ่ การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว การฝึกขับถ่ายให้เป็นเวลาและการตอบสนองต่อความรู้สึกอย่างถ่าย ทั้งนี้การจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยาสามารถกระทำได้ตลอดทุกระยะของการตั้งครรภ์โดยบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความใส่ใจดีและมีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา คือ พยาบาลโดยเฉพาะในหน่วยฝากครรภ์ ซึ่งบทความนี้นำเสนอเฉพาะบทบาทพยาบาลในการจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยาในระยะตั้งครรภ์เท่านั้น

พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ทั้งนี้จะต้องสามารถค้นหาปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้เครื่องมือสำคัญที่พยาบาลได้นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ คือ กระบวนการพยาบาล สำหรับการจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยานั้น พยาบาลควรเริ่มต้นจากการประเมินสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปใช้

ในการวางแผนการจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยาต่อไป

## การประเมินภาวะท้องผูก ในสตรีตั้งครรภ์

การประเมินภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์สามารถกระทำได้โดยการซักประวัติอ้างอิงเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะท้องผูก Rome III diagnostic criteria<sup>17</sup> หลังจากนี้จะมีการและอาการแสดงต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน และอาการไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยกลุ่มอาการลำไส้แปรปรวน ดังนี้

1. ต้องมีการออกแรงเบ่งอุจจาระ
2. อุจจาระมีลักษณะเป็นก้อนหรือแข็ง
3. มีความรู้สึกว่าถ่ายอุจจาระไม่สุด
4. มีความรู้สึกว่าถ่ายอุจจาระไม่ออกเหมือนมือไรมาอุดกันที่ทวารหนัก
5. ต้องมีการช่วยในการถ่ายอุจจาระ (เช่น การใช้นิ้วช่วย, support of the pelvic floor)
6. ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์
7. การมีอุจจาระนิ่มพบได้น้อยมากถ้าไม่ใช้ยาจะหายช่วย

## แนวทางการจัดการภาวะท้องผูก ในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา

ปัจจุบันโรงพยาบาลเกือบทุกรายตั้งเป็นประเทศไทยมีแนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะท้องผูกโดยไม่ใช้ยาตามแนวทางของสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหวของประเทศไทย โดยการเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใย การดื่มน้ำให้เพียงพอ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การฝึกสุขอนิสัยการขับถ่าย อุจจาระให้เหมาะสม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นของการป้องกันภาวะท้องผูก เนื่องจาก



ไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงและเป็นการส่งเสริมกระบวนการทางสุริวิทยาในการขับถ่ายอุจจาระที่เป็นปกติ ผู้เขียนขอนำเสนอวิธีการปฏิบัติ กิจกรรมที่ป้องกันภาวะท้องผูกให้กับสตรีตั้งครรภ์ ตั้งแต่แรกเริ่มของการมาฝากครรภ์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถฝึกปฏิบัติได้ง่ายด้วยตนเอง 3 วิธี ได้แก่ การรับประทานกล้วยน้ำว้าสุก การดื่มน้ำหลังตื่นนอนตอนเช้า และการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา มีรายละเอียดดังนี้

1. การรับประทานกล้วยน้ำว้าสุก 1 ผล ซึ่งเป็นผลไม้ที่เหมาะสมด้านคุณค่าทางโภชนาการ หาง่าย ราคาถูก และที่สำคัญมีสารเพคตินสูงที่มีคุณสมบัติช่วยเหลือลิน์ล่าไส้ ช่วยทำให้อุจจาระเคลื่อนที่ขับถ่ายได้ลisci จากการศึกษาผลของการกำกับต้นเองในการส่งเสริมการขับถ่ายต่อภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์<sup>18</sup> โดยทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ปกติที่มีภาวะท้องผูกและมารับบริการที่แผนกฝากรครรภ์ อายุครรภ์ระหว่าง 28 - 32 สัปดาห์ จำนวน 28 ราย โดยสตรีตั้งครรภ์จะได้รับความรู้เป็นรายบุคคลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมการขับถ่ายและวิธีการส่งเสริมการขับถ่าย ได้แก่ การรับประทานกล้วยน้ำว้าสุกวันละ 1 ผล หลังตื่นนอนตอนเช้าหรือก่อนนอน 2 - 3 ชั่วโมงเป็นประจำทุกวัน ร่วมกับการดื่มน้ำหลังตื่นนอนตอนเช้า 1 แก้ว (150 - 250 มิลลิลิตร) และการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งของการขับถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์มากกว่าในช่วงการควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และมีแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระที่มีภาวะท้องผูกน้อยกว่าในช่วงการควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ในต่างประเทศพบการศึกษาเกี่ยวกับปริมาณการใช้อาหารจากร้าวสาลีในการเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ในขณะตั้งครรภ์ พบว่า ปริมาณของอาหารที่ควร

แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอย่างน้อย 20 กรัมต่อวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 25 - 30 กรัมต่อวัน<sup>19</sup> ลดความเสี่ยงของการเกิดคลื่นผวาที่มีความรุนแรงด้าน การผลดุลครรภ์ที่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะท้องผูกสำหรับสตรีตั้งครรภ์ โดยการกระตุนให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่มีไฟเบอร์อย่างน้อย 25 - 30 กรัมต่อวัน ทั้งหากได้จากผลไม้และผัก ได้แก่ รำข้าว รัญพืช ขنمปัง โขลวีท ผักใบเขียว ผลไม้ และถั่วแห้ง นอกจากนี้ควรลดอาหารประเภทชีสและนมปังขัดสี<sup>6</sup> ซึ่งในบริบทของคนไทยการรับประทานอาหารที่มีไฟเบอร์ได้แก่ บลูบราวน์โซดา รำข้าวสาลี ข้าวอิ๊ต ข้าวบาร์เลีย และนมปังโขลวีท บางรายอาจจะไม่คุ้นเคย และไม่ใช่อาหารหลักของ คนไทย ดังนั้นกกลัวยินดีว้าสุก จึงเป็นผลไม้ที่เหมาะสมสมทั้งด้านคุณค่าทางโภชนาการ

2. การดื่มน้ำหลังตื่นนอนตอนเช้า 1 แก้ว (150 - 250 มิลลิลิตร) เพื่อช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้และทำให้อุจจาระนิ่มส่งผลให้การขับถ่ายง่ายขึ้น เมื่อสตรีตั้งครรภ์รับประทานกล้วยน้ำว้าสุก หรืออาหารที่มีกากใยอาหารมากขึ้นจะดองดื่มน้ำเพิ่มขึ้น เนื่องจากกากใยอาหารที่ผ่านไปยังลำไส้ใหญ่จะดูดซับน้ำเอ้าไว้ทำให้เกิดการรวมตัวของกากอาหาร ซึ่งน้ำจะช่วยกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้อุจจาระเข้าสู่ลำไส้ใหญ่เร็วขึ้น ช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติ<sup>11</sup> จากการศึกษาผลของการกำกับตนเองในการส่งเสริมการขับถ่ายต่อภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์<sup>18</sup> โดยทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ปกติที่มีภาวะท้องผูกและมารับบริการที่แผนกผ่ากครรภ์ อายุครรภ์ระหว่าง 28 - 32 สัปดาห์ จำนวน 28 ราย โดยสตรีตั้งครรภ์จะได้รับความรู้เป็นรายบุคคลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมการขับถ่ายและวิธีการส่งเสริมการขับถ่าย ได้แก่ การรับประทานกล้วยน้ำว้าสุก ร่วมกับการดื่มน้ำหลังตื่นนอนตอนเช้า 1 แก้ว และ



การขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งของการขับถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์มากกว่าในช่วงการควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และมีแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระที่มีภาวะท้องผูกน้อยกว่าในช่วงการควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) การศึกษาในบุคคลทั่วไป พบว่า การดื่มน้ำอย่างน้อย 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน ร่วมกับรับประทานไขอาหาร 20 - 35 กรัมต่อวัน สามารถลดความรุนแรงและอัตราการเกิดภาวะท้องผูกได้<sup>20</sup> และองค์การความปลอดภัยของอาหารแห่งยูโรป<sup>21</sup> แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ดื่มน้ำเฉลี่ยวันละ 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยระหว่างการตั้งครรภ์ครรภ์ดื่มน้ำเพิ่มขึ้นเป็น 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน และระหว่างการให้นมบุตรครรภ์ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น 7,000 มิลลิลิตรต่อวัน จะช่วยให้ลำไส้ทำงานดีขึ้นและป้องกันภาวะขาดน้ำ

3. การขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา การฝึกหัดขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาและให้เวลาในการขับถ่ายอุจจาระอย่างเพียงพอ จะช่วยกระตุนให้เกิดความรู้สึกอยากขับถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายอุจจาระมีความเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาการขับถ่ายอุจจาระ (Defecation reflex) ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากขับถ่ายอุจจาระ การฝึกหัดการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นนิสัย (Toilet activities) ประกอบด้วย 1) การขับถ่ายให้เป็นเวลาสม่ำเสมอ 2) ขับถ่ายอุจจาระทันทีเมื่อเกิดความรู้สึกอยากถ่ายและขณะขับถ่ายควรอยู่ในห้องน้ำที่เป็นส่วนตัว ไม่มีการกระตุนทางตา ทางเสียง และกลิ่น 3) ท่าในการขับถ่ายเป็นท่าลำตัวตั้งขึ้นตรง<sup>20</sup> ไม่คร่ำล้านอุจจาระ เนื่องจากจะส่งผลให้อุจจาระอยู่ในลำไส้ใหญ่นานขึ้น และถูกดูดซึมน้ำกลับมากขึ้นทำให้อุจจาระมีลักษณะแห้งและแข็ง ทำให้การเคลื่อนที่ของอุจจาระยากลำบากส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูกได้ ดังนั้นควรขับถ่ายอุจจาระทันทีเมื่อรู้สึกปวดอุจจาระ

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะท้องผูกดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และเป็นสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์ควรฝึกปฏิบัติให้เป็นนิสัยเพื่อป้องกันและการแก้ไขภาวะท้องผูกขณะตั้งครรภ์ และจากการสำรวจเบื้องต้นในคลินิกฝ่ายครรภ์เกี่ยวกับการแก้ไขและการจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์ พบร้า ยังไม่มีรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจน การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันและการแก้ไขภาวะท้องผูกเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการให้ความรู้การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ และสตรีตั้งครรภ์รายที่มีปัญหาท้องผูกมากส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา nhuận ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น อาการท้องเสียและอาการปวดท้อง<sup>22</sup> และการใช้ยา nhuậnเป็นการบรรเทาอาการท้องผูกได้เป็นครั้งคราว ไม่ได้เป็นการแก้ไขปัญหาหรือจัดการภาวะท้องผูกในระยะยาว<sup>23</sup> นอกจากนี้การมีสุขนิสัยการขับถ่ายอุจจาระที่ดีเป็นพัฒนาระบบทั่วไปที่ทุกคนควรปฏิบัติตัวยั่งยืนอย่างต่อเนื่องให้เป็นนิสัยดังนั้นแนวทางที่ดีที่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จในการจัดการภาวะท้องผูกนั้น ควรประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ กิจกรรมและการกำกับตนเอง ผู้เขียนขอเสนอการใช้แนวคิดการกำกับตนเองเพื่อส่งเสริมการขับถ่ายต่อภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์ของ สจจพร ศรีบุตร, ฉวี เบاثร่วง และ นันทพร แสนศิริพันธ์<sup>18</sup> ที่นำแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของ Bandura<sup>24</sup> มาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระโดยไม่ใช้ยา มีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดการกำกับตนเองของ Bandura เป็นแนวคิดที่สำคัญอีกแนวคิดหนึ่งของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social-Cognitive Theory) ซึ่งมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งใน



ด้านจิตวิทยา ด้านการเรียนการสอน และด้านสุขภาพ ที่มุ่งหวังให้บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมด้วยตนเอง แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้น ไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่บุคคลสามารถกำกับตนเองเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง ด้วยผลลัพธ์ที่บุคคลนั้นสร้างขึ้นมาเพื่อตนเอง Bandura จึงให้ความหมายของการกำกับตนเองไว้ว่า เป็นการกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง<sup>24</sup> ดังนั้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูกมีการควบคุมกำกับความคิดและการกระทำของตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกรรมที่ส่งเสริมการขับถ่าย ก็จะส่งผลให้เห็นประโยชน์ ของการปฏิบัติกรรมนั้นๆ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระให้ดีขึ้น และมีการปฏิบัติกรรมอย่างต่อเนื่อง และวิธีการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกตตนเอง (Self-observation) กระบวนการตัดสิน (Judgment process) และการแสดงปฏิกริยาต่อตนเอง (Self-reaction) ซึ่งทั้ง 3 ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการที่เกิดต่อเนื่องกัน<sup>24</sup> มีรายละเอียดดังนี้

1. การสังเกตตนเอง (Self-observation) หมายถึง ความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในพฤติกรรมของตนเองอย่างตั้งใจ บุคคลจะไม่มีปฏิกริยาใดๆ ต่อการกระทำของตนเองถ้าบุคคลนั้นไม่สนใจว่าตนเองกำลังทำอะไรอยู่ ดังนั้นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำกับตนเอง คือ สตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าตนเองมีปัญหาท้องผูก ส่งผลให้เกิดความไม่สุข สบายและทุกข์ทรมานขณะขับถ่ายอุจจาระ สตรีตั้งครรภ์จะต้องรู้ว่าตนเองกำลังทำอะไรที่จะส่งผลให้ภาวะท้องผูกทุเลาลง เพราะความสำเร็จของการกำกับตนเองนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการชัดเจน

ของการรู้เป้าหมาย และคอยติดตามพฤติกรรมของตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยสตรีตั้งครรภ์จะต้องตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ให้ชัดเจนถึงการปฏิบัติกรรมที่ทำให้ลดภาวะท้องผูก ได้แก่ การรับประทานกล้วยน้ำว้าสุก การดื่มน้ำหลังตื่นนอนตอนเช้า และการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา และตั้งเป้าหมายของผลลัพธ์ คือ “ภาวะท้องผูกลดลง และแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระดีขึ้น” รวมทั้งมีการติดตามตนเอง (Self-monitoring) โดยการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานกล้วยน้ำว้าสุก การดื่มน้ำ และการขับถ่ายอุจจาระประจำวัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบในกระบวนการตัดสินว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

2. กระบวนการตัดสิน (Judgment process) หมายถึง การที่บุคคลทำการเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำของตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ กระบวนการตัดสินเป็นกระบวนการต่อเนื่องจากการสังเกตตนเอง ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองนั้นจะไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งหมด ถ้าไม่มีกระบวนการตัดสิน เพราะเมื่อสตรีตั้งครรภ์นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตไปเปรียบเทียบว่าเหมือนหรือต่างกับการปฏิบัติที่วางแผนไว้อย่างไร เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ กระบวนการนี้จะนำไปสู่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดควรเปลี่ยนแปลงหรือคงไว้ ซึ่ง Bandura กล่าวว่า การเปรียบเทียบพฤติกรรมที่กระทำกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ จะทำให้เกิดความท้าทาย บุคคลจะพยายามพัฒนาการกระทำของตนเองให้ดีกว่าที่ผ่านมา และบุคคลจะเกิดความพึงพอใจเมื่อตนเองประสบความสำเร็จ

3. การแสดงปฏิกริยาต่อตนเอง (Self-reaction) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการปฏิบัติ คือ การเสริมแรงตนเองของบุคคลหลังจากตัดสินพฤติกรรมของตนเองว่าประสบความสำเร็จ



หรือล้มเหลว ซึ่งสตรีตั้งครรภ์อาจจะแสดง ปฏิกิริยาทางบวกต่อตันของเพื่อเสริมแรงตันของ หรือแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตันของเพื่อลดโทษ ตันของกีดี หลังจากสตรีตั้งครรภ์ตัดสินการกระทำ ของตันของว่าทำได้ถูกต้องและมีแนวโน้มเป็นไป ตามเป้าหมาย เมื่อได้รับคำชี้แจงจากพยาบาล สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ว่าการกระทำนั้นมีคุณค่า ต่อตันของและสามารถปฏิบัติให้สำเร็จได้ด้วย ตันของ คุณค่าของการกระทำพุติกรรมนั้นจะเป็น แรงจูงใจให้สตรีตั้งครรภ์มีความพยายามในการ กระทำพุติกรรมส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระให้ ถูกต้องและต่อเนื่องต่อไป ซึ่ง Bandura กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีพุติกรรมการกำกับตันของแล้วได้รับ การยกย่อง ชมเชย ได้รับการยอมรับ หรือได้รับการ เสริมแรงจากบุคคลในสังคม การเสริมแรงดังกล่าว จะช่วยให้การการกำกับตันของคงอยู่ตลอดไป

เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูกมีการ ควบคุมกำกับตันของในการปฏิบัติกิจกรรมที่ ส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระอย่างต่อเนื่องแล้ว จึง

### เอกสารอ้างอิง

1. Cullen G, O'Donoghue OD. Constipation and pregnancy. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 2007;21(5):807-18.
2. Trottier M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. Can Fam Physician 2012;58(8):836-8.
3. Derbyshire E, Davies J, Costarelli V, Dettmar P. Diet, physical inactivity and the prevalence of constipation throughout and after pregnancy. Matern Child Nutr 2006;2(3):127-34.
4. World Gastroenterology Organization. World Gastroenterology Organization Global Guidelines, Constipation: a global perspective. World Gastroenterology Organization 2010;45(6):1-13.
5. Eberhardie C. Constipation: identifying the problem. Nurs Older People 2003;15(9):22-6; quiz 28.
6. Ireland B. Pregnancy induced constipation. Professional Nursing Today 2006;10(3):58-60.
7. Johnson P, Mount K, Graziano S. Functional bowel disorders in pregnancy: effect on quality of life, evaluation and management. Acta Obstet Gynecol Scand 2014;93(9):874-9.
8. Arnaud MJ. Mild dehydration: a risk factor of constipation. Eur J Clin Nutr 2003 Dec;57 (Suppl 2):S88-95.

สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพุติกรรมการ ขับถ่ายอุจจาระที่ดีขึ้น และมีการปฏิบัติเพื่อ จัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา

### บทสรุป

ภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์ ถึงแม้ว่าไม่ ทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรงถึงชีวิตแต่ก็ทำให้ คุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน ขณะขับถ่ายอุจจาระ และหากไม่ได้รับการแก้ไข ภาวะท้องผูกมีโอกาสพัฒนาความรุนแรงจนเกิด เป็นริดสีดวงทวารได้ ดังนั้นหากสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะท้องผูกมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการ ขับถ่ายโดยไม่ใช้ยา และเกิดการปรับเปลี่ยน พุติกรรมที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จะเป็นจุดเริ่มต้น ของการแก้ไขและจัดการภาวะท้องผูกซึ่งไม่ ก่อให้เกิดผลข้างเคียง และเป็นกิจกรรมการปฏิบัติ ที่ส่งเสริมสุขอนิสัยหรือพุติกรรมสุขภาพในการ ขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ



9. Porterfield SP. Endocrinology in pregnancy. In: Porterfield SP, editor. *Endocrine physiology*. London: Mosby; 2001. p. 197-214.
10. Chongchaithet N, Peungphan V, Euengsongtham P, Boonchoo W. Research report: dietary fiber, sugar, and minerals in fruits. Nonthaburi: Bureau of Nutrition (BoN), Department of Health, Ministry of Public Health; 2012. (in Thai).
11. Hinrichs M, Huseboe J, Tang JH, Titler MG. Research-based protocol: management of constipation. *J Gerontol Nurs* 2001;27(2):17-28.
12. Maloni JA. Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2011;6(4):385-93.
13. Thai Neurogastroenterology and Motility Society. Guideline for management of chronic constipation. [Internet]. [cited 2020 April 24]. Available from: [http://www.thaimotility.or.th/files/15\\_1Constipation\\_bookletA5\\_NEW\\_5.pdf](http://www.thaimotility.or.th/files/15_1Constipation_bookletA5_NEW_5.pdf).
14. Shafik A, El-Sibai O. Study of the levator ani muscle in the multipara: role of levator dysfunction in defecation disorders. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;22(2):187-92.
15. Grundy J, Husbands E. Clinical care guidelines: constipation guidelines. [Internet]. [cited 2020 April 24]. Available from: [http://virtualhospice.ca/Assets/Constipation%20Guideline\\_with%20appendices\\_St%20Richard%27s%20Hospice.%20pdf\\_20100505160131.pdf](http://virtualhospice.ca/Assets/Constipation%20Guideline_with%20appendices_St%20Richard%27s%20Hospice.%20pdf_20100505160131.pdf).
16. Vazquez JC. Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. *BMJ Clin Evid* 2010 Aug 3;2010:1411.
17. Thompson WG, Drossman DA, Talley NJ, Walker L, Whitehead WE. Rome III diagnostic questionnaire for the adult functional GI disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
18. Sribout S, Baosoung C, Sansiriphun N. Effect of self-regulation in defecation enhancement on constipation among pregnant women. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2018;34(3):11-22. (in Thai).
19. Jefferson A, Croton J. Using wheat bran fibre to improve bowel habits during pregnancy – a call to action. *BMJ* 2013;21(5):204-12.
20. Folden LS, Backer HJ, Gilbride AJ, Maynard F, Pires M, Stevens K, Jones K. Practice guidelines for the management of constipation in adults. *Rehabilitation Nursing Foundation* 2002;27(5):169-75.
21. European Food Safety Authority. Scientific opinion on dietary reference values for water. *E FSA Journal* 2010;8(3):1-4.
22. Jewell D, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD001142.
23. Wald A. Constipation. *Med Clin North Am* 2000;84(5):1231-46.
24. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Process* 1991;50(2):248-87.