

การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ใบตั้น แสนสุขสวัสดิ์* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

พระนวดี พุรวัฒนา** วท.ด. (โภชนาศาสตร์)

สุภาพ อารีเอ็อ*** พย.ด.

บทคัดย่อ: ท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเกิดได้กับคนทุกวัยโดยเฉพาะในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อาการท้องผูกแม้ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงที่ทำให้บุคคลเสียชีวิต แต่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ท้องผูกจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่พยาบาลควรตระหนักรและให้ความสำคัญ ในการหัวเรื่องการป้องกันและจัดการกับอาการท้องผูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์ การประเมินคุณภาพของหลักฐานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2544 และประเมินความเป็นไปได้ของผลงานที่จะนำไปใช้ในคลินิกตามเกณฑ์ของโพลิสและแฮลเลอร์ (Polit & Hungler) ปี ค.ศ. 1997 ผลลัพธ์การศึกษาครั้งนี้ มีผลงานวิจัยที่นำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจำนวน 28 เรื่อง ติพมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2533-2548 ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกและโปรแกรมการป้องกันและจัดการอาการท้องผูกที่เน้นการไม่ใช้ยา แนวปฏิบัติการพยาบาลได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของนื้อหา และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจากแพทย์และพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นในครั้งนี้ ควรได้รับการทดสอบกับผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกก่อนนำไปเผยแพร่ เพื่อใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก นอกจากนี้แนวปฏิบัติยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านระบบประสาทและการเคลื่อนไหว

คำสำคัญ: การป้องกันและจัดการ อาการท้องผูก ผู้ป่วยผู้ใหญ่ ผู้ป่วยสูงอายุ

* พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเกิดได้กับคนทุกวัย (Moore, Bourret, & Cabico, 1999) ทั้งขณะดำเนินชีวิตที่บ้าน ในชุมชน และขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Richmond, 2003) อุบัติการณ์ของการท้องผูกในคนไทยพบประมาณร้อยละ 3-20 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20-25 ในผู้สูงอายุ (ยุทธนาศวรรษจารง, 2543) อาการท้องผูกแม้จะไม่ใช่สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิต แต่เมื่อเกิดอาการจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในทุกด้าน (Massey, Haylock, & Curtiss, 2004) และอาจเป็นข้อบ่งชี้ที่จะนำไปสู่การมีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับสุขภาพตามมาได้ จากการศึกษาพบว่า อาการท้องผูกเป็นปัจจัยส่งเสริมสำคัญ ที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหัวใจ (ชื่อลดา พันธุ์เสนา และเนตรนภา คุ้พันธ์อรี, 2544) ส่วนผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตก (Smeltzer & Bare, 2004) เนื่องจากความดันในช่องท้องและช่องอกที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วขณะเบ่งถ่าย ผลกระทบจากการท้องผูกดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Annells & Koch, 2003; Wald, 2000) นอกจากนี้ในขณะผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการท้องผูกจะยิ่งเป็นปัญหามากขึ้น (The Joanna Briggs Institute, 1999) เนื่องจากมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการเพิ่มขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อต่างๆ เกิดความตึงเครียด ทำให้ถ่ายอุจจาระไม่สะดวก ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อแบบแผนการดำรงชีวิต เช่น การ

รับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การจำกัดการเคลื่อนไหว และการได้รับยาบางชนิดที่ส่งผลต่อการขับถ่าย ท้องผูกจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น และสูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น (Ross as cited in Richmond, 2003)

การรักษาอาการท้องผูกมีได้หลายวิธี แต่ส่วนใหญ่มักใช้รายบ่ายหรือการสวนอุจจาระ ซึ่งทั้ง 2 วิธีจะมีการทำลายเยื่อบุผิวของลำไส้ใหญ่ และเป็นการกระตุนให้มีการขับถ่ายอย่างรุนแรงมากกว่าปกติ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายหรือบางครั้งรู้สึกปวดถ่ายมากจนจำเป็นต้องถ่ายในเวลาที่ยังไม่พร้อม วิธีดังกล่าวเป็นการบรรเทาอาการท้องผูกได้เป็นครั้งคราว แต่ไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาหรือจัดการอาการท้องผูกในระยะยาว ไม่ดำเนินถึงการดำรงสุขอนิสัยในการขับถ่ายให้เป็นปกติได้ลงตัวธรรมชาติ และอาจเกิดผลเสียตามมาอีกมาก

อาการท้องผูกโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ จึงเป็นปัญหาสุขภาพที่ควรตระหนักรและให้ความสำคัญ ในการหาวิธีการป้องกันและจัดการ อาการตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทั้งการประเมินความเสี่ยง ต่อการเกิดท้องผูกอย่างเป็นระบบ และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีการที่เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการขับถ่ายที่รู้สึกของมนุษย์ เนื่องจากภาวะดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการบททวนวรรณกรรมพบว่า ข้อแนะนำในการป้องกันและจัดการอาการท้องผูก ได้มีรายงานไว้มากซึ่งเป็นวิธีการที่น่าจะสามารถใช้ได้ผลและปฏิบัติได้ในชีวิตจริง การศึกษาครั้งนี้มุ่งที่จะสังเคราะห์ความรู้จากการวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติ การพยาบาล ซึ่งครอบคลุมทั้งการป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มี

การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ปัญหาท้องผูกให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายใต้บทบาท
อิสระของพยาบาลและ/หรือบทบาทร่วมระหว่าง
สหสาขาวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อ
ป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และ
ผู้สูงอายุ

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ท้องผูกจัดเป็นอาการมากกว่าเป็นโรค (Wald, 2000) มีการให้ความหมายที่หลากหลาย ทั้งในหมู่บุคลากรในทีมสุขภาพและประชาชนทั่วไป โดยอาจจึงปริมาณหรือคุณลักษณะของอุจจาระหรือท้องส่องอย่างทำให้เกิดอาการนิ่งจัดในผู้ป่วย ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนและมักจะขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความไม่ปกติของตนเองด้วย (Ashraf, Park, Lof, & Quigley, 1996; Stewart, Moore, Stat, Marks, & Hale, 1992) การศึกษาครั้งนี้ให้คำจำกัดความของท้องผูกว่า หมายถึงอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้น้อยลง ทำให้การขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือแบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น เดยถ่ายอุจจาระทุกวัน เมื่อไม่ถ่าย 1 วัน ถือว่า ท้องผูกได้โดยมีอุจจาระแห้ง แข็ง ก้อนเล็กผิดปกติ รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด ถ่ายลำบาก และต้องอุကแรงเบ่งในการขับถ่ายเพิ่มขึ้น

การขับถ่ายอุจจาระเป็นหน้าที่ส่วนสุดท้ายของระบบย่อยอาหาร เพื่อขับกากอาหารที่ใช้ประโยชน์ไม่ได้แล้วออกนอกร่างกาย เป็นรีเฟลกซ์ (reflex) เริ่มตั้งแต่

มือจุจราบาลส่วนที่เก็บไว้ในลำไส้ใหญ่ส่วนคด (sigmoid colon) เคลื่อนเข้าสู่ลำไส้ตรง (rectum) และทำให้ลำไส้ส่วนนี้ยืดขยาย และจึงส่งสัญญาณไปกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่ส่วนลง (descending colon) และส่วนคด (sigmoid colon) บีบตัวเพื่อขับอุจจาระผ่านทางทวารหนัก (anus) โดยที่กล้ามเนื้อหุ้รุดของทวารหนักทั้งภายในและภายนอก (internal and external anal sphincter) คลายตัว จึงเกิดการขับถ่ายอุจจาระออกมานอกจากนี้ยังมีรีเฟลกซ์ (reflex) อื่นๆ ที่ช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ คือ รีเฟลกซ์จากกระเพาะอาหารสู่ลำไส้ (gastrocolic reflex) และรีเฟลกซ์จากลำไส้เล็กส่วนต้นสู่ลำไส้ใหญ่ (duodenocolic reflex) ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นเมื่อมีอาหารในกระเพาะและลำไส้เล็กส่วนต้น ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังรับประทานอาหาร ทำให้ลำไส้บีบตัวมีการเคลื่อนที่ของอุจจาระลงไปยังส่วนล่าง เกิดความรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระ

การเบ่งถ่ายอุจจาระ เป็นกลไกที่ช่วยให้มีการขับถ่ายอุจจาระได้เร็วขึ้น ซึ่งจะถูกควบคุมโดยสมองส่วนไฮปोราลามัส (hypothalamus) ขณะที่ออกแรงเบ่ง กระบังลมจะเคลื่อนตัวลง โดยการหายใจเข้าลึกๆ จะมีการปิดของช่องเสียง (glottis) ส่วนกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอกและหน้าท้องจะหดตัวและกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจะยกขึ้น เป็นการช่วยทำให้ความดันในช่องท้องและช่องอกเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งความดันนี้จะกดลงบริเวณลำไส้อย่างแรง ทำให้อุจจาระถูกขับออกมาได้อย่างรวดเร็ว (ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว, 2541) ในกรณีที่มีการยับยั้งรีเฟลกซ์ (reflex) ของ การขับถ่ายที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ หรือจากการใช้ยา ระยะมากเกินไป จะทำให้การทำหน้าที่ของลำไส้ตามธรรมชาติเสียไปรีเฟลกซ์ (reflex) ต่างๆ จะลดลง ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ (Smeltzer & Bare, 2004) แต่

โบตั๋น แสนสุขสวัสดิ์ และคณะ

ถ้าการถ่ายอุจจาระนั้นกระทำในขณะที่มีรีเฟลกซ์ (reflex) ของการขับถ่ายที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ภายหลังจากรับประทานอาหารอยู่ด้วยแล้ว จะทำให้การขับถ่ายเป็นนิสัยปกติได้

อาการท้องผูก สามารถแบ่งชนิดตามเกณฑ์ต่าง ๆ ได้แตกต่างกัน การแบ่งตามสาเหตุของการเกิดอาการท้องผูก (Massey et al., 2004) แบ่งเป็น 2 ชนิดดังนี้ คือ ห้องผูกขั้นปฐมภูมิ (primary constipation) หรือ ชนิดที่เกิดขึ้นเอง โดยไม่มีรอยโรคของระบบทางเดินอาหารหรือโรคอื่น ๆ เป็นสาเหตุนำมาก่อน แต่มีสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดห้องผูก ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขอาหารน้อย การล่ำเลี้ยงไม่ถ่ายอุจจาระเมื่อวัยลึกปวด การอ kok กำลังกายน้อย หรือตกอยู่ในสภาพที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวชั่วระยะเวลานั่น การไม่เคยชินหรือความไม่สะดวกในการขับถ่าย ตลอดจนเกิดจากการได้รับสารน้ำน้อยเกินไป หรือผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้อหน้าท้องที่อ่อนแอหรือหย่อน และห้องผูกขั้นทุติภูมิ (secondary constipation) มีอาการท้องผูกที่เป็นผลจากโรคหรือความผิดปกติอื่น ๆ เช่น มีความผิดปกติของลำไส้ส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น มีก้อนเนื้องอก มีการอักเสบของผนังลำไส้ ลำไส้กีนกันหรือໄสเลื่อน เป็นต้น มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ผิดปกติ มีความผิดปกติทางจิต เช่น มีความวิตกกังวล ซึมเศร้าหรือมีความผิดปกติทางจิตเรื้อรัง มีความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ไตรอยด์ มีพยาธิ สภาพต่าง ๆ ของไขสันหลัง หรือเป็นโรคของระบบประสาท เช่น เส้นเลือดสมองแทรก และการได้รับยาบางชนิด เช่น มอร์ฟีน (morphine) โคเดอีน (codeine) ยาต้านการทำงานของโคลีน (anticholinergics) หรือยาแก้ล่อมประสาท (tranquillizer) ยาลดความดันโลหิต (antihypertensives) ยาขับปัสสาวะ (diuretics) หรือ

การใช้ยา nhuậnที่ไม่เหมาะสม (laxatives abused) เป็นต้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า อาการท้องผูกมีทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและไม่ได้เกิดจากโรค ท้องผูกที่ไม่ได้เกิดจากโรคควรแก้ไขโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือแบบแผนในการดำรงชีวิต เพื่อให้การขับถ่ายอุจจาระเป็นไปตามธรรมชาติ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระเป็นองค์ประกอบสำคัญในการป้องกันและจัดการกับอาการท้องผูก การป้องกันไม่ให้เกิดอาการเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่สำหรับผู้ที่มีอาการท้องผูกแล้ว ควรได้รับการแก้ไขด้วยวิธีที่เหมาะสมและปลอดภัย ซึ่งได้แก่ การรับประทานไขอาหารดีมาน้ำ การอ Kok กำลังกาย และการฝึกนิสัยในการขับถ่าย (King & Harke, 1994)

อาหาร ชนิด ลักษณะ และปริมาณของอาหาร เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน หรือแก้ไขอาการท้องผูก การรับประทานอาหารที่มีไขอาหาร (dietary fiber) น้อย เป็นสาเหตุหลักของการท้องผูก (Cheskin, Kamal, Crowell, Schuster, & Whitehead, 1995; Christer, Robinson, & Bird, 2003) โดยไขอาหารจะเพิ่มน้ำหนักอุจจาระ และจำนวนครั้งของการขับถ่าย ทั้งนี้ เพราะน้ำย่อยในทางเดินอาหารไม่สามารถย่อยไขอาหารได้ ไขอาหารจึงถูกส่งผ่านต่อไปถึงลำไส้ใหญ่ ไขอาหารสามารถถูกดูดและเก็บน้ำได้ดี จึงช่วยเพิ่มปริมาณน้ำในอุจจาระ ทำให้อุจจาระมีลักษณะนิ่ม และมีปริมาณน้ำในอุจจาระ ทำให้อุจจาระมีลักษณะนิ่ม และมีปริมาณมาก เป็นการกระตุ้นให้มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อผนังลำไส้บ่อยขึ้น (Norton as cited in Bush, 2000) ทำให้การขับถ่ายเป็นไปอย่างสะดวก ลดระยะเวลาการเคลื่อนที่ของอุจจาระถึงทวารหนัก (Bush, 2000) ทำให้ไม่มีการตกค้างของอุจจาระนานเกินไป

การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ไทยและผู้สูงอายุ

ไขอาหาร แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ไขอาหารที่ละลายน้ำได้ (soluble fiber) ได้แก่ เพกติน (pectins) มิวชิเจล (mucilage) และ กัม (gums) นักพบอยู่กับส่วนที่เป็นแป้งในพืช ผัก ผลไม้เกือบทุกชนิด และพืชตระกูลถั่วข้าวโอ๊ต ข้าวบาร์เลย์ เป็นต้น มีคุณสมบัติละลายในน้ำได้ดี ทำให้มีลักษณะเป็นเมือก จึงสามารถดูดพอกสารอาหารต่างๆ ไว้ แล้วค่อยๆ ปล่อยมาในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นการชะลอการดูดซึมไขมัน น้ำตาลและสารอาหารอื่นๆ ให้เข้าสู่ร่างกายช้าลง และไขอาหารที่ไม่ละลายน้ำ (insoluble fiber) ได้แก่ เชลลูโลส (cellulose) เอมิเชลลูโลส (hemicellulose) และ ลิกนิน (lignin) ไขอาหารชนิดนี้พบมากในผัก เป็นส่วนใหญ่ พืชตระกูลถั่ว และธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง ข้าวข้อมเมือ ข้าวสาลี มีคุณสมบัติในการอุ้มน้ำ ทำให้อุจจาระอ่อน เพิ่มน้ำหนักและปริมาณอุจจาระ ช่วยทำให้มีการขับอุจจาระออกได้ง่าย จากการศึกษาสามารถแบ่งอาหารตามปริมาณไขอาหารได้เป็น 3 ระดับ (ประชาติ สักกะทำนุ, 2545; ลักษณา อินทร์กับ, 2543) คือ 1) อาหารที่มีไขอาหารต่ำ คือ มีไขอาหารน้อยกว่า 4 กรัมต่ออาหาร 100 กรัม ได้แก่ ผักและผลไม้บางชนิด เช่น แตงโม ลับปะรด ส้มเชียง กล้วยต่างๆ ฝรั่ง มะม่วงดิบ มะละกอสุก เป็นต้น 2) อาหารที่มีไขอาหารปานกลาง คือ มีไขอาหารตั้งแต่ 4-19 กรัมต่ออาหาร 100 กรัม ได้แก่ หัวปีบ แครอท มะเขือพวง ในชาพู ผักกระเฉด เห็ดหูหนู ละมุด เป็นต้น และ 3) อาหารที่มีไขอาหารสูง คือ มีไขอาหารตั้งแต่ 19-28 กรัมต่ออาหาร 100 กรัม ได้แก่ เมล็ดถั่วต่างๆ ธัญพืช เช่น ถั่วเหลือง ถั่วคำ ถั่วเขียว ถั่วแดงหลวง ถั่วลิสง ฯ รำข้าว เป็นต้น สำหรับประเทศไทยไม่มีการกำหนดปริมาณไขอาหารที่ควรบริโภคในแต่ละวัน (ประภาครี ภูวsteenir, อุรุวรรณ วลัยพัชรา, และรชนี คงคานุจฉาย, 2533) เพียงแต่แนะนำให้รับประทานผัก ผลไม้และ

ธัญพืชให้เพียงพอและสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้ได้รับสารอาหารที่เป็นประโยชน์และปริมาณไขอาหารเพิ่มขึ้น

อาหารที่กระตุนการขับถ่าย ได้แก่ ขี้เหล็ก (cassod tree) นอกจากช่วยให้เจริญอาหาร เนื่องจากมีรสมันเล็กน้อยแล้ว ยังเป็นยา nhuậnอ่อนๆ เนื่องจากในและดอกขี้เหล็ก มีสารจำพวก โครโนน (chromone) แอนทราควิโนน (anthraquinones) และอัลคา洛อลด์ (alkaloid) บางชนิด (วันตี กฤษณพันธ์, เอมอร โสม นะพันธุ์, และเสาวณี สุริยาภรณานนท์, 2541; สรจาร ศิริบริรักษ์, 2545) ซึ่งมีฤทธิ์เป็นยา nhuận มะขาม (tamarind) เป็นสมุนไพรอีกชนิดที่นิยมใช้เป็นยา nhuận เนื่องจากมีกรดอินทรีย์หลายตัว เช่น กรดหาร์ทาลิก (tartaric acid) กรดซิตริก (citric acid) นอกจากนี้ยังมี กัม (gum) และ เพกติน (pectin) ทำให้มีฤทธิ์เป็นยา nhuậnและลดความร้อนของร่างกาย ชุมเห็ดเทศ (can-delabra bush, golden bush หรือ ringworm bush) นับเป็นยา nhuậnอีกชนิดที่มีสรรพคุณดี (บุญชา แตงขี้ม, พรพรรณ สุรัตน์, ชัชฎาพร นิ่มอนงค์, พลิษฐาน ศิริจิตราภรณ์, และภัทรศรี ฉันทรวิจิตร, 2539) เนื่องจาก มีสารกลุ่ม แอนตราควิโนน (anthraquinones) ซึ่งมีฤทธิ์กระตุนการบีบตัวของลำไส้ ทำให้เกิดการขับถ่ายอุจจาระ

น้ำ ทั้งไขอาหารและอาหารที่กระตุนการขับถ่าย จะทำหน้าที่ป้องกันหรือแก้ไขอาการท้องผูกได้จะต้องอาศัยน้ำช่วย เมื่อรับประทานอาหารที่มีไขอาหารมาก ขึ้นจะต้องดื่มน้ำเพิ่มขึ้น เนื่องจากไขอาหารเมื่อผ่านไปยังลำไส้ใหญ่ จะทำหน้าที่คลายฟองน้ำดูดซับน้ำเอาไว้มีผลทำให้เกิดการรวมตัวของกากอาหาร และทำให้อุจจาระนิ่มขึ้น (Hinrichs & Huseboe, 2001) และยังเป็นการกระตุนให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้อุจจาระเคลื่อนสู่ลำไส้ใหญ่เร็วขึ้น (Di Lima as cited in

โบตั๋น แสนสุขสวัสดิ์ และคณะ

Hinrichs & Huseboe, 2001) ซึ่งช่วยให้มีการขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติ จากการศึกษาพบว่าการดื่มน้ำอย่างน้อย 1500 มิลลิลิตรต่อวัน ร่วมกับรับประทานไขอาหารจำนวน 20-35 กรัมต่อวัน ให้ประโยชน์ในการลดความรุนแรง และการเกิดอาการท้องผูกได้ (Folden, 2002) จากการศึกษาของ นาเดียลี โครวาสเซียร์ ชาบิน โภมี บุษะโนใน มากรินี และคนอื่น ๆ (Badiali et al., 1995) พบว่าในผู้ที่มีอาการท้องผูกเรื้อรัง โดยไม่มีโรคของระบบทางเดินอาหาร อายุระหว่าง 18-70 ปี จำนวน 24 ราย ดื่มน้ำ 1500 มิลลิลิตรต่อวัน ร่วมกับรับประทานรำข้าวสาลี (wheat bran) จำนวน 20 กรัมต่อวัน สามารถลดระยะเวลาการเคลื่อนที่ของอาหารจากปากถึงทวารหนัก (oroanal transit time) เพิ่มจำนวนครั้งของการขับถ่าย และน้ำหนักของอุจจาระได้ ซึ่งช่วยลดอาการท้องผูกลงได้ อย่างไรก็ตามในการดื่มน้ำนั้นควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีสารประเภทแทนนิน (tannin) และ caffeine (咖啡因) ซึ่งมีมากในกาแฟ ชาและชาเขียว (วันดี กฤณพันธ์ และคณะ, 2541) เนื่องจากสารประเภทนี้ ทำให้ขับน้ำในระบบทางเดินปัสสาวะออกมาก (Christer et al., 2003) ร่วมกับทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง

การออกกำลังกาย เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับถ่ายอุจจาระ ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนเอนโดฟิน (endorphin) และโมติลิน (motilin) ซึ่งฮอร์โมนทั้ง 2 ชนิด ทำให้ลำไส้มีการบีบตัวมากขึ้น และลดระยะเวลาที่อาหารผ่านถึงทวารหนัก (colonic transit time) (ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว, 2541) ซึ่งวิธีการออกกำลังกายที่สามารถช่วยแก้ไขอาการท้องผูก เช่น การเดินตามปกติ วันละ 15-30 นาที ร่วมกับการยกแขน ขา ขณะที่นั่งบนเก้าอี้ล้อเลื่อน ก็นับว่าเป็นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง และไม่สามารถออกกำลังกายตามปกติ (King & Harke, 1994) นอกจากนี้ การออกกำลังกาย เช่น เดิน หมุนลำตัว ยกสะโพก หรือยกขา ถือจักรยานกลางอากาศ นวดท้อง (stomach pull) การขับทวารหนัก เป็นต้น นับว่ามีประโยชน์สำหรับผู้ที่มีอาการท้องผูกสำหรับผู้ที่มีอาการท้องผูกที่สามารถเดินได้ แต่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ควรเดินอย่างน้อย 50 ฟุต วันละ 2 ครั้ง แต่สำหรับผู้ที่ไม่มีข้อห้าม ควรเดินเป็นเวลา 15-20 นาที วันละ 1-2 ครั้ง (Karam & Nies, 1994) อย่างไรก็ตามในการป้องกัน และจัดการอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ใช้การออกกำลังกายร่วมกับวิธีอื่น ๆ คือ การเพิ่มการบริโภคไขอาหารและปริมาณน้ำดื่ม เช่น จากการศึกษาของชอลล์ ครัสเทนส์ ราเคลล สเวนชัน และเดวิลสัน (Hall, Karstens, Rakel, Swanson, & Davidson, 1995) ได้จัดทำโครงการป้องกันอาการท้องผูก โดยในแต่ละวันจะให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย ด้วยการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง รับประทานไขอาหาร 20 กรัม และดื่มน้ำ 1500 มิลลิลิตร ติดตามผลเป็นเวลา 3 ปี พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกลดลงจากร้อยละ 59 เหลือร้อยละ 9 และไม่มีการอุจจาระอัดแน่นเกิดขึ้นเลย รวมทั้งการใช้ยา nhuậnและสารอุจจาระลดลงจากร้อยละ 59 เหลือเพียงร้อยละ 8

การฝึกนิสัยในการขับถ่าย เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันท้องผูก การฝึกนิสัยในการขับถ่ายหมายถึง การขับถ่ายให้เป็นเวลาและให้เวลาในการขับถ่ายอย่างเพียงพอ รวมทั้งสถานที่หรือลิ้งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยอาศัยหลักสรีรวิทยาของรีเฟลกซ์จากกระเพาะอาหารสู่ลำไส้ (gastrocolic reflex) คือปฏิกิริยาของลำไส้ใหญ่ที่บีบตัวเคลื่อนไหวมากขึ้น เมื่อมีอาหารลงสู่กระเพาะอาหารและกระเพาะอาหาร

การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

จะเคลื่อนไหว ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกปวดถ่ายและต้องการถ่ายอุจจาระ โดยปกติมักเกิดขึ้นภายในหลังรับประทานอาหารเข้าเป็นเวลา 15 นาที หรืออาหารมื้อแรกของวันนั้น (Guyton & Hall as cited in Folden, 2002) อย่างไรก็ตามการฝึกนิสัยการขับถ่าย เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงและใช้ร่วมกับวิธีอื่น ๆ การศึกษาเกี่ยวกดลงของ ค่าแรมและไนส์ (Karam & Nies, 1994) ในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักคนชรา อายุระหว่าง 73-102 ปี จำนวน 10 ราย พบว่า เมื่อให้โปรแกรมการจัดการอาการท้องผูก โดยให้ผู้สูงอายุรับประทานไขอาหารในมื้อเช้า จำนวน 2.2 กรัมต่อวัน ดีมานด์น้ำ 1500 มิลลิลิตรต่อวัน โดยหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มี caffeine บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เป็นเวลา 15-20 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งการฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลาภายในหลังรับประทานอาหารเช้า โดยการนั่งถ่ายเป็นเวลา 5-15 นาที ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม มีจำนวนครั้งของการขับถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นและลดการใช้ยา nhuận

รายงาน ควรเป็นวิธีที่ใช้ภายในหลังที่ได้จัดการอาการท้องผูกด้วยวิธีไม่ใช้ยาและไม่ได้ผล โดยเลือกให้ถูกต้องทั้งชนิดและขนาด โดยคำนึงถึงภาวะของผู้ป่วย ข้อดี ข้อเสีย และปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วยพิจารณาด้วยความรู้ว่า ยาระบายไม่ได้แก้ไขที่สาเหตุแต่เป็นเพียงการบรรเทาอาการท้องผูกเท่านั้น ในทางปฏิบัติมักใช้เป็นวิธีแรกในการแก้ปัญหาท้องผูก แต่ไม่ควรใช้เป็นประจำหรือระยะเวลานาน (King & Harke, 1994)

การจัดการอาการท้องผูกให้ได้ผลต้องการป้องกันและการแก้ไขอาการ ควรใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน (multicomponent interventions) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและจัดการอาการ

ท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุครั้งนี้ มีเป้าหมายให้มีการคงไว้ซึ้งการขับถ่ายอุจจาระได้เองตามธรรมชาติ โดยการจัดการอาการท้องผูกด้วยวิธีการที่ไม่ใช้ยา ซึ่งหากปฏิบัติแล้วไม่ได้ผล ถึงใช้ยา nhuận

วิธีดำเนินการ

ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์ผลงานวิจัย

2. การสังเคราะห์ผลงานวิจัยเพื่อสร้างแนว

ปฏิบัติการพยาบาล

การวิเคราะห์ผลงานวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและจัดการอาการท้องผูก จากตำราวารสารทางการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้อง ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ งานวิจัยทางการพยาบาลและสาขาอื่น ๆ ฐานข้อมูลอิเลคโทรนิกส์ได้แก่ CINAHL, ProQuest, Ovid, และ Website Google.com และ thesis.tiac.or.th กำหนดคำสำคัญหลัก (keywords) ที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ “constipation” “adult” และ “older adult” โดยได้มีการเพิ่มคำสำคัญ เพื่อให้เกิดความเฉพาะเจาะจง เช่น “fluid intake” “fiber intake” “exercise” “toilet habit” “prevention” “management” “assessment” และ “research” เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของบทความ ตำรา และงานวิจัยทั้งภายในประเทศไทยและต่างประเทศ

2. คัดเลือกบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ด้วยการอ่านบทคัดย่อและนำมาค้นหาฉบับเต็ม (full text) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ หลักฐาน

โบตั๋น แสนสุขสวัสดิ์ และคณะ

ทางวิชาการนั้นอาจเป็นบทความ รายงาน งานวิจัย หรืองานวิจัยในลักษณะการสังเคราะห์ผลจากการวิจัยอื่น (systematic review) ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและจัดการอาการท้องผูกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่ไม่มีรอยโรคของระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ต่อมไร้ท่อหรือจิตประสาท ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 2533-2548

3. นำ้งานวิจัยมาประเมินคุณภาพของหลักฐานโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) มีการแบ่งระดับของหลักฐาน (level of evidence) ดังนี้

ระดับที่ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการวิจัยเชิงทดลองหรืองานวิจัยในลักษณะการสังเคราะห์ผลจากการวิจัยอื่น (systematic review) ชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized controlled clinical trials)

ระดับที่ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการวิจัยเชิงทดลองหรืองานวิจัยในลักษณะการสังเคราะห์ผลจากการวิจัยอื่น (systematic review) ที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม ได้แก่ การศึกษาเชิงทดลองทางคลินิกชนิดที่ไม่มีการสุ่ม (non-randomized controlled trials) การศึกษาทางระบบวิทยาในการหาสาเหตุการเกิดโรค (cohort study) และการศึกษาเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดโรคและไม่เกิดโรค (case control study) เป็นต้น

ระดับที่ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบทหารความสัมพันธ์หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ระดับที่ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

ส่วนความเป็นไปได้ของผลงานวิจัยที่จะนำไปใช้ในคลินิก พิจารณาจากเกณฑ์ดังนี้ (Polit & Hungler, 1997)

1. ผลงานวิจัยที่จะนำไปใช้มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วยและปรัชญาในการดูแล (transferability of the findings)

2. พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ และมีความเป็นไปได้ที่ผู้ร่วมงานจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ (feasibility of implementation)

3. การใช้ผลงานวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ หรือความเสี่ยงและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหรือไม่ (cost-benefit ratio)

การสังเคราะห์ผลงานวิจัยเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล

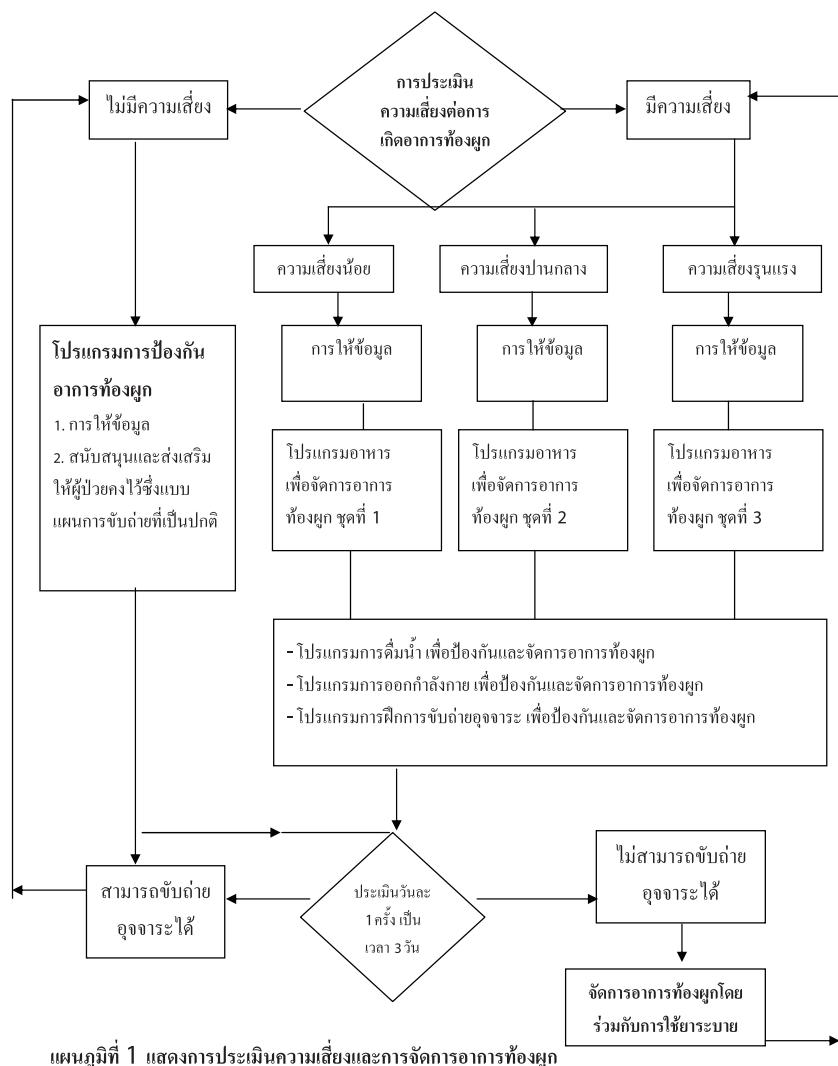
1. นำหลักฐานทางวิชาการที่ได้จำนวน 28 เรื่อง มาทำการสังเคราะห์ข้อมูลในตาราง ซึ่งดัดแปลงมาจากแผ่นงานการวิเคราะห์ (Worksheet for critique) ของ Rossrum และ Larabee (Rossrum & Larabee, 1999) ประกอบด้วย ชื่อผู้วิจัย การออกแบบงานวิจัย ผลของงานวิจัย ระดับของงานวิจัยและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พบร่วม มีหลักฐานทางวิชาการ ระดับ A จำนวน 5 เรื่อง ระดับ B จำนวน 12 เรื่อง ระดับ C จำนวน 11 เรื่อง

2. สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ตามแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ไทยและผู้สูงอายุ

ผลลัพธ์: แนวทางการป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ไทยและผู้สูงอายุ

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ สรุปผลลัพธ์และการนำแนวทางการป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกไปใช้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



โบตั๋น แสนสุขสวัสดิ์ และคณะ

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันและจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คำจำกัดความ

ท้องผูก หมายถึง การถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือจำนวนครั้งของการขับถ่ายที่เปลี่ยนไปจากเดิม โดยอุจจาระมีลักษณะแห้ง แข็ง ก้อนเล็กพิดปกติ รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด ถ่ายลำบาก หรือมีการเบ่งถ่ายมากกว่าปกติ

แนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนการประเมิน

1. ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้ ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและโรคประจำตัว

2. ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก (ระดับ B: Hinrichs & Huseboe, 2001; Karam & Nies, 1994) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Beth Sholom Home of Eastern Virginia Bowel Assessment Form ของค่าเรมและไนส์ (Karam & Nies, 1994) และปรับปรุงโดยอินวิชและชิวส์บอร์ด (Hinrichs & Huseboe, 2001) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 การซักประวัติ เกี่ยวกับสุขนิสัยการขับถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร น้ำ และการมีกิจกรรม สภาวะทางด้านจิตใจในปัจจุบัน การได้รับยาที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการท้องผูก และการผ่าตัดที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกาย ได้แก่ การฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ การเคาะและคลำบริเวณหน้าท้อง รวมทั้งการตรวจทางทวารหนักในผู้ที่ไม่ถ่ายอุจจาระตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป

โดยคำตอบแต่ละข้อจะมีส่วนที่คิดและไม่คิด

คะแนน ในส่วนที่คิดคะแนนจะมีการระบุไว้ดังนี้ -2 ถึง +2 คะแนน และพิจารณาค่าของคะแนนที่ประเมินได้ดังนี้

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ -19 แสดงว่า ไม่เกิดความเสี่ยงต่ออาการท้องผูก

คะแนน -18 ถึง -6 แสดงว่า เกิดความเสี่ยงต่ออาการท้องผูกระดับน้อย

คะแนน -5 ถึง +7 แสดงว่า เกิดความเสี่ยงต่ออาการท้องผูกระดับปานกลาง

คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า +8 แสดงว่าเกิดความเสี่ยงต่ออาการท้องผูกระดับรุนแรง

ขั้นการจัดการโดยไม่ใช้ยา

1. ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก ให้ใช้โปรแกรมการป้องกันอาการท้องผูก ปฏิบัติตั้งนี้

I ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการท้องผูกตามคู่มือการป้องกันและจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีสารสำคัญดังนี้

1. ความหมายท้องผูก หมายถึง การถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือจำนวนครั้งของการขับถ่ายที่เปลี่ยนไปจากเดิม โดยอุจจาระมีลักษณะแห้ง แข็ง ก้อนเล็กพิดปกติ รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด ถ่ายลำบากหรือมีการเบ่งถ่ายมากกว่าปกติ (ระดับ D: สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544; Massey et al., 2004)

2. ผลเสียหรืออาการแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการท้องผูก ได้แก่ อาการแน่นอืดอัดท้อง ปวดท้องเบื้องอาหาร ปวดทวารหนัก ทำให้เกิดโรคกระเพาะและเป็นอาการแกรกเริมของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งส่งผลต่อความเจ็บป่วยและการฟื้นหาย (ระดับ D: Cheskin et al., 1995; Folden, 2002; Massey et al., 2004)

การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ

3. สาเหตุของการท้องผูก ได้แก่ (ระดับ D: Annells & Koch, 2003; Cheskin et al., 1995; Christer et al., 2003; King & Harke, 1994)

- การรับประทานอาหารที่มีไขอาหารน้อย
- ดื่มน้ำน้อย
- ขาดการเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย

4. ชนิดของอาหารที่มีไขอาหารเป็นส่วนประกอบ ได้แก่ ผัก ผลไม้ พืชตระกูลถั่วและธัญพืช เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล่อง ข้าวสาลี เป็นต้น (ระดับ D: ประชานิติ สักกะทำนุ, 2545; ลักษณา อินทร์กลับ, 2543) II ส่งเสริมการขับถ่ายอย่างประจำที่เป็นปกติ เป็นการป้องกันอาการท้องผูก โดยให้ได้รับปัจจัยที่ส่งเสริมการขับถ่าย ได้แก่

1. การรับประทานอาหารที่มีไขอาหาร และอาหารที่กระตุ้นการขับถ่าย โดยรับประทานเสริมจากอาหารที่รับประทานอยู่เป็นประจำวันในแต่ละวัน และอาจให้เครื่องดื่มที่ช่วยกระตุ้นการขับถ่ายเพิ่มเติมได้ เช่น น้ำหวานผสมเมล็ดแมงลักหรือน้ำอุอกพรุน (ระดับ B: Anti, Pignataro, Armuzzi, Valenti, Iascone, Marmo, et al., 1998; Badiali et al., 1995; Benton, O'Hara, Chen, Harper, & Johnston, 1997; Beverley & Travis, 1992; Cheskin et al., 1995; Hinrichs & Huseboe, 2001; Howard, West, & Ossip-Klein, 2000; Karam & Nies, 1994; Registered Nurses Association of Ontario, 2002)

2. การดื่มน้ำให้เพียงพอ โดยจัดหา ช่วยเหลือ และแนะนำผู้ป่วยให้ดื่มน้ำ วันละ 1500-2000 มิลลิลิตร (ระดับ B: Anti et al., 1998; Benton et al., 1997; Hinrichs & Huseboe, 2001; Karam & Nies, 1994; Registered Nurses Association of Ontario, 2002)

3. การเคลื่อนไหวร่วมกัยหรือการออกกำลังกาย โดยดูแล ช่วยเหลือ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยตามสภาพและขอบเขตความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยในช่วงเวลาหนึ่งๆ (ระดับ B: Benton et al., 1997; Hinrichs & Huseboe, 2001; Karam & Nies, 1994; Registered Nurses Association of Ontario, 2002)

4. การขับถ่ายให้เป็นเวลา โดยดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยให้ถ่ายอยู่ประจำในเวลาเดียวกันหรือเวลาตามแบบแผนปกติทุกวัน (ระดับ B: Benton et al., 1997; Hinrichs & Huseboe, 2001; Karam & Nies, 1994; Registered Nurses Association of Ontario, 2002)

2. มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกระดับน้อย ให้ใช้โปรแกรมขั้นการจัดการอาการท้องผูกปฏิบัติ ดังนี้

I. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการท้องผูก ตามคู่มือ การป้องกันและจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ (ระดับ D: ประชานิติ สักกะทำนุ, 2545; ลักษณา อินทร์กลับ, 2543; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544; Annells & Koch, 2003; Cheskin et al., 1995; Christer et al., 2003; Folden, 2002; King & Harke, 1994; Massey et al., 2004)

II. การรับประทานอาหาร ตามโปรแกรมอาหาร เพื่อจัดการอาการท้องผูก ชุดที่ 1

1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบถ้วน

โบตั๋น แสนสุขสวัสดิ์ และคณะ

2. รับประทานไข้อาหารเพิ่มขึ้นใน 1 วัน โดยเสริมจากมื้ออาหารเดิมที่รับประทานอยู่แล้ว เช่น ส้มเชิง ส้มเขียวหวาน กล้วยไก่ กล้วยน้ำว้า กล้วยหอม มะม่วงสุก แอปเปิล อย่างละ 1 ผล หรือมะละกอสุก สับปะรด 6-7 ชิ้นคำ หรือเงาะ มังคุด อย่างละ 5 ผล หรือซำปู 4 ผล อย่างได้อย่างหนึ่งต่อ 1 มื้อ (ปริมาณ: ระดับ B: Anti et al., 1998; Badiali et al., 1995; Benton et al., 1997; Cheskin et al., 1995; Hinrichs & Huseboe, 2001; Howard et al., 2000; ชนิด: ระดับ D: ปาริชาติ สักกะทำนุ, 2545; ลักษณา อินทร์กลับ, 2543)

3. ให้เครื่องดื่มที่ช่วยกระตุ้นการขับถ่าย อุจจาระ โดยดื่มน้ำหวานผสมเมล็ดแมงลักหรือน้ำลูกพรุน เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง ให้ดื่ม 1 แก้วต่อวัน เวลา ตามความสะดวก (ระดับ D: สรจกร ศิริบริรักษ์, 2545)

III. การดื่มน้ำ ตามโปรแกรมการดื่มน้ำ เพื่อ การป้องกันและจัดการอาการท้องผูก จะต้องดื่มน้ำให้เพียงพอ โดยแนะนำ จัดหา และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับน้ำละ 1500-2000 มิลลิลิตร (ระดับ B: Anti et al., 1998; Benton et al., 1997; Hinrichs, & Huseboe, 2001; Karam & Nies, 1994; Registered Nurses Association of Ontario, 2002) ดังนี้

1. ดื่มน้ำ 1 แก้ว (250 มิลลิลิตร) หลังตื่นนอนหรือก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง (ระดับ B: Chalermpornpong, 2002)

2. ดื่มน้ำหลังอาหาร (มื้อละ 250-500 มิลลิลิตร) และระหว่างมื้อ (รวม 250-500 มิลลิลิตร) หรือจิบเป็นพัก ๆ หรือดื่มน้ำทันทีเมื่อรู้สึกกระหายน้ำ (ระดับ D: ปราลี โภกาสนันท์, 2545)

3. งดเครื่องดื่มที่มีแทนนินหรือคาเฟอีน เช่น ชา ชาเขียว กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ระดับ

B: Benton et al., 1997; Hinrichs & Huseboe, 2001; Karam & Nies, 1994; Registered Nurses Association of Ontario, 2002)

4. อาจดื่มน้ำในรูปแบบอื่น ๆ เช่น น้ำผลไม้ น้ำเบร์รี่ หรือนมสด เป็นต้น (ระดับ D: ปราลี โภกาสนันท์, 2545)

IV. การออกกำลังกายหรือกิจกรรมการเคลื่อนไหว ตามโปรแกรมการออกกำลังกาย เพื่อการป้องกันและจัดการอาการท้องผูก โดยดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำตามสภาพและขอบเขตความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ (ระดับ B: Benton et al., 1997; Hinrichs & Huseboe, 2001; Karam & Nies, 1994; Registered Nurses Association of Ontario, 2002) ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

1. เดินโดยมีผู้ดูแล เป็นระยะทาง 15 เมตร หรือเป็นเวลา 5 นาที วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น (ระดับ B: Hinrichs & Huseboe, 2001) หรือ

2. การนวดคลึงท้อง เริ่มตั้งแต่หน้าท้อง ด้านขวา ขึ้นมาที่ใต้สะโพกและวนมาที่หน้าท้องด้านซ้าย ให้ปฏิบัติก่อนถ่ายอุจจาระครึ่งชั่วโมง (ระดับ B: Karam & Nies, 1994) หรือ

3. บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน วิธีใดวิธีหนึ่ง โดยปฏิบัติท่าละ 10 ครั้ง ทำตอนเช้า และกลางวัน หรือทำซ้ำเมื่อไม่เวลาก (ระดับ D: องอาจ ไพรสณหรงค์, 2536) ดังนี้

- นอน hairy โดยให้หลัง 2 ข้าง แบบพื้น แล้วยกขาทั้ง 2 ข้าง ขึ้นตรงโดยไม่เอ่า ค้างไว้ 5-10 วินาทีหรือนาน 1-10 หรือ

- นอน hairy โดยให้หลัง 2 ข้าง และขาข้างหนึ่งวางแบบกับพื้น แล้วยกขาขึ้นและลงทีละข้าง ค้างไว้ 5-10 วินาที หรือ

การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

- นอนหงายบนเตียงแขนเท้าบนอกหง้า 2 ข้าง ขาวางราบกับพื้น พยุงตัวลูกนั่งโดยไม่ยกขา หรือ
- นอนหงายบนเตียงแล้วยกสะโพกขึ้น และลง

ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ปกติ

ให้เดินหรือออกกำลังกายด้วยวิธีอื่น เป็นเวลา 15-20 นาที การนวดคลึงท้อง และอาจบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน ด้วยวิธีไดวีธีหนึ่ง (ระดับ B: Hinrichs & Huseboe, 2001; Karam & Nies, 1994; Registered Nurses Association of Ontario, 2002)

V. การฝึกการขับถ่ายอุจจาระ ตามโปรแกรมการฝึกการขับถ่ายอุจจาระ เพื่อป้องกันและจัดการอาการท้องผูก โดยดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ดังนี้

1. ให้เวลาและจัดให้ได้ถ่ายอุจจาระในเวลาเดียวกันในช่วงหลังรับประทานอาหารเช้า หรือเวลาตามแบบแผนที่เคยถ่ายตามปกติของผู้ป่วยแต่ละราย ปฏิบัติตุกวัน ใชเวลา 5-15 นาที ถ่ายไม่ถ่ายอุจจาระให้ปฏิบัติซ้ำอีกในวันต่อไป (ระดับ B: Benton et al., 1997; Hinrichs & Huseboe, 2001; Karam & Nies, 1994)

2. สถานที่การขับถ่ายอุจจาระ ถ้าผู้ป่วยสามารถเดินได้เองให้ถ่ายอุจจาระในห้องสุขา แต่ผู้ที่ไม่สามารถเดินได้ให้นั่งถ่ายอุจจาระข้างเตียงหรือบนเตียง โดยกันม่านให้มิดชิด เพื่อความเป็นส่วนตัว โดยให้อยู่ในสายตาของผู้ดูแล และในระยะทางที่สามารถช่วยเหลือได้ทัน เพื่อความปลอดภัยจากการพลัดตกหล่น (ระดับ B: Registered Nurses Association of Ontario, 2002; The Joanna Briggs Institute, 1999)

3. มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกระดับปานกลางให้ใช้โปรแกรมการจัดการอาการท้องผูกปฏิบัติตั้งนี้

I. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการท้องผูก ตามคู่มือ การป้องกันและจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เมื่อink กับท้องผูกระดับน้อย

II. การรับประทานอาหาร ตามโปรแกรมอาหารเพื่อการจัดการอาการท้องผูก ชุดที่ 2

1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบถ้วน

2. รับประทานข้าวซ้อมเมือ 1 ถ้วย และเพิ่มผลไม้ เช่น ส้ม เช็ง ส้มเขียวหวาน กล้วยไข่ กล้วยน้ำว้า กล้วยหอม มะม่วงสุก แอปเปิล อย่างละ 1 ผล หรือมะละกอสุก สับปะรด 6-7 ชิ้นคำ หรือเงาะ มังคุด อย่างละ 5 ผล หรือชมพู 4 ผล อย่างโดยอย่างหนึ่ง โดยให้รับประทานหลังอาหารได้ทั้ง 3 มื้อหรือระหว่างมื้ออาหาร (ปริมาณ: ระดับ B: Anti et al., 1998; Badiali et al., 1995; Benton et al., 1997; Cheskin et al., 1995; Hinrichs & Huseboe, 2001; Howard et al., 2000; ชนิด: ระดับ D: ปริชาติ สักกะทำนุ, 2545; ลักษณา อินทร์กลับ, 2543)

3. ให้เครื่องดื่มที่ช่วยกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ โดยดื่มน้ำหวานผสมเมล็ดแมงลักหรือน้ำลูกพรุน เลือกอย่างโดยอย่างหนึ่ง ให้ดื่ม 1 แก้วต่อวัน เวลาตามความสะดวก (ระดับ D: สรจกร ศิริบริรักษ์, 2545)

III. การดื่มน้ำ ตามโปรแกรมการดื่มน้ำ เพื่อป้องกันและจัดการอาการท้องผูก เมื่อink กับท้องผูกระดับน้อย

IV. การออกกำลังกายหรือกิจกรรมการเคลื่อนไหวตามโปรแกรมการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันและจัดการอาการท้องผูก เมื่อink กับท้องผูกระดับน้อย

V. การฝึกการขับถ่ายอุจจาระ ตามโปรแกรมการฝึกการขับถ่ายอุจจาระ เพื่อป้องกันและจัดการอาการท้องผูก เมื่อink กับท้องผูกระดับน้อย

โบตั๋น แสนสุขสวัสดิ์ และคณะ

4. มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกระดับรุนแรง ให้ใช้โปรแกรมการจัดการอาการท้องผูก ปฏิบัติตามนี้

I. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการท้องผูก ตามคู่มือการป้องกันและจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ เหมือนกับท้องผูกระดับน้อย

II. การรับประทานอาหาร ตามโปรแกรมอาหารเพื่อการจัดการอาการท้องผูก ชุดที่ 3

1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบถ้วนทุกมื้อ

2. รับประทานถั่วเขียว ถั่วแดงหรือถั่วแಡงหลวง ต้มน้ำตาลให้เปียก 1 ถ้วยหรืออาจเพิ่มผลไม้ เช่น ลัมเมชั่น ส้มเขียวหวาน กล้วยไข่ กล้วยน้ำว้า กล้วยหอม มะม่วงสุก แอบเปิล อย่างละ 1 ผล หรือมะละกอสุก สับปะรด 6-7 ชิ้นคำ หรือเงาะ มังคุด อย่างละ 5 ผล หรือเชมพู่ 4 ผล อย่างโดยอย่างหนึ่ง โดยให้รับประทานได้หลังอาหารทั้ง 3 มื้อ หรือระหว่างมื้ออาหาร (ปริมาณ: ระดับ B: Anti et al., 1998; Badiali et al., 1995; Benton et al., 1997; Cheskin et al., 1995; Hinrichs & Huseboe, 2001; Howard et al., 2000; ชนิด: ระดับ D: ปาริชาติ สักกะท่านุ, 2545; ลักษณา อินทร์กลับ, 2543)

3. ให้เครื่องดื่มที่ช่วยกระตุ้นการขับถ่าย อุจจาระ โดยดื่มน้ำมะขาม น้ำหวานผสมเมล็ดแมงลัก น้ำอุกรุนหรือน้ำชุมเห็ดเทศ เลือกอย่างโดยอย่างหนึ่ง ให้ได้ 1 แก้วต่อวัน เวลาตามสะดวก (ระดับ D: สรจักร ศิริบริรักษ์, 2545)

III. การดื่มน้ำ ตามโปรแกรมการดื่มน้ำ เพื่อป้องกันและจัดการอาการท้องผูก เหมือนกับท้องผูกระดับน้อย

IV. การออกกำลังกายหรือกิจกรรมการเคลื่อนไหว ตามโปรแกรมการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันและจัดการอาการท้องผูก เหมือนกับท้องผูกระดับน้อย

V. การฝึกการขับถ่ายอุจจาระ ตามโปรแกรมการฝึกการขับถ่ายอุจจาระ เพื่อป้องกันและจัดการอาการท้องผูก เมื่อไอนกับท้องผูกระดับน้อย

ประเมินการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ในทั้ง 4 กลุ่ม (ไม่มีความเสี่ยง มีความเสี่ยงระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง) ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถถ่ายอุจจาระได้ ภายใน 3 วัน ให้รายงานแพทย์ เพื่อวางแผนการรักษาและปฏิบัติตามขั้นตอนไป

ขั้นการจัดการโดยใช้ยา

ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน ให้ดำเนินการตามขั้นตอนไป คือ รายงานแพทย์และเริ่มให้ยา nhuậnตามคำสั่งการรักษา โดยต้องมีการปฏิบัติตามขั้นการจัดการอาการท้องผูกโดยไม่ใช้ยาร่วมด้วย

ขั้นประเมินผล

เมื่อได้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการอาการท้องผูกแล้ว ภายในหลังมีการขับถ่ายอุจจาระ จะมีการประเมินผลตามแบบประเมินแบบแผนการขับถ่าย (ระดับ B: Hinrichs & Huseboe, 2001) ซึ่งแบบประเมินนี้ดัดแปลงมาจาก Bowel Pattern Assessment Form ของ สเมลเซอร์ (Schmelzer, 1990) และปรับปรุงโดย อินริชและอิวานส์บอร์ (Hinrichs & Huseboe, 2001) มีทั้งหมด 2 หมวด

หมวดที่ 1 ประวัติอาการท้องผูก มีจำนวน 10 ข้อ คำตอบที่บ่งชี้ว่ามีอาการท้องผูกให้ 1 คะแนน คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน แสดงว่ามีอาการท้องผูก

หมวดที่ 2 เป็นคำถามเพิ่มเติมถึงความรู้สึก สุขสบายของผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ และสอบถามความคิดเห็นว่าท่านคิดว่าท่านท้องผูกหรือไม่ เพราะมีอาการใด โดยส่วนนี้ไม่มีการคิดคะแนน

การป้องกันและการจัดการอาการห้องผูกในผู้ป่วยผู้ไทยและผู้สูงอายุ

จากนั้นมีการตรวจสอบโดยใช้แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและการจัดการอาการห้องผูกว่าได้ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลหรือไม่ กรณีที่ไม่ได้ปฏิบัติ ให้ชี้แจงเหตุผล เพราะเหตุใด

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ได้ผลงานวิจัยจำนวน 28 เรื่อง เป็นการศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 26 เรื่อง และ ในประเทศไทย จำนวน 2 เรื่อง โดยแบ่งเป็นระดับ A จำนวน 5 เรื่อง ระดับ B จำนวน 12 เรื่อง และ ระดับ C จำนวน 11 เรื่อง ถึงแม้ว่างานวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มและการควบคุมที่สมบูรณ์ ในส่วนของอาหาร น้ำ การออกกำลังกาย และการฝึกการขับถ่ายในประเทศไทยมีจำนวนน้อย แต่ได้มีการนำงานวิจัยเหล่านี้มาทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลงานวิจัย เพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัย ก่อนที่จะนำไปสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544, หน้า 40) ที่ว่า “หากวิเคราะห์ผลงานวิจัยทางคลินิก ประเภทปฐมภูมิ พนักงานวิธีการได้มาซึ่งผลงานวิจัยมีความถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ในประเทศไทย ก็สามารถนำเอาผลงานวิจัยนั้นมาใช้ในการสร้างแนวทางเวชปฏิบัติได้...หากมีผลงานวิจัยประเภทปฐมภูมิหลายชิ้นที่มีรูปแบบการศึกษาที่แตกต่างกันควรเลือกใช้รูปแบบที่เหมาะสมมากกว่า เช่น งานวิจัยเชิงทดลองชนิดมีการสุ่มเข้ากลุ่ม (randomized control clinical trial).... หากผลงานวิจัยไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ในประเทศไทย ผู้สร้างแนวทางเวชปฏิบัติ ก็อาจนำเอาผลงานวิจัยทางคลินิกประเภทปฐมภูมิมาใช้สร้างแนวทางได้ แต่ต้องระบุข้อจำกัดของแนวทางที่ได้

จากข้อมูลเหล่านั้น.... ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลหรือหลักฐานในเรื่องดังกล่าว ผู้สร้างอาจจะอาศัยความเห็นและจันทร์ตามตัวจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นไปพลากร่อนได้” ประกอบกับงานวิจัยที่ได้เป็นการศึกษาในต่างประเทศ เป็นส่วนมาก ดังนั้นประเภทของอาหารที่ใช้ในการศึกษาอาจไม่เหมาะสมกับคนไทยและมีราคาแพง เช่น ขนมปัง น้ำอุอกครุน ซอสแอบเปิล ที่มักจะถูกนำมาใช้ในงานวิจัย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้มีการปรับ ชนิดและปริมาณไข้อาหารให้เข้ากับวิถีชีวิตของคนไทย และควรเป็นอาหารที่หาได้่ายากในประเทศไทย ราคาก็ และมีรับประทานได้ตลอดทั้งปี สำหรับโรงพยาบาล ควรจัดให้มีอาหารที่มีความหลากหลายโดยเฉพาะผักและผลไม้ให้เลือกรับประทาน

ข้อจำกัด

เนื่องจากแนวปฏิบัตินี้เหมาะสมสำหรับบางกลุ่ม ตัวอย่างเท่านั้น ได้แก่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี และสามารถควบคุมการขับถ่ายอยู่จะจะได้ สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ไม่จำกัดอาหารและน้ำดื่มน ไม่มีข้อห้ามในการเคลื่อนไหวร่างกาย แต่มีข้อยกเว้น สำหรับผู้ป่วยที่มีลักษณะ ดังนี้คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด และหัวใจที่จำกัดน้ำดื่มน และการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผู้ที่มีอาการห้องผูก ซึ่งเป็นผลจากโรคหรือความผิดปกติอื่นๆ เช่น ความผิดปกติของลำไส้ ระบบต่อมไร้ท่อ เป็นต้น

บทสรุป

ห้องผูกแม้เป็นอาการที่พบได้มากและเกิดขึ้นได้ทั่วไปแต่มักถูกมองข้ามในการจัดการเลี้ยงเต้นร่างกาย

โบตั๋น แสนสุขสวัสดิ์ และคณะ

เพราะท้องผูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ชื่องเร้น เนื่องจากโรคไม่ทำอันตรายถึงชีวิต แต่ล่วงผลต่อภาวะสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งยังสามารถถกถายเป็นปัญหาใหญ่ที่รบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ถ้าไม่ได้รับการป้องกันหรือแก้ไขที่ดี ดังนั้นการนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้จึงน่าจะช่วยลดปัญหาท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยละเอียดให้เห็นบทบาทและหน้าที่อิสระที่พยาบาลสามารถจัดการได้จริง สอดคล้องกับการแก้ปัญหาและสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ญัติผู้ดูแลควรเข้ามามีส่วนร่วมและสามารถนำไปใช้ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุในสังคมไทยส่วนใหญ่ ยังคงได้รับการดูแลจากญาติหลาน
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างในครั้งนี้ ควรได้รับการทดลองใช้กับผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุและติดตามผลก่อนนำไปใช้
3. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและจัดการอาการท้องผูก สำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านระบบประสาทและการเคลื่อนไหว

เอกสารอ้างอิง

ชื่อลดา พันธุ์เสนา และเนตรนภา คุ้มพันธ์. (2544). หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว. ใน ชื่อลดา พันธุ์เสนา (บก.), ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 (ศัลยศาสตร์) (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 67-89). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์ 2.

- ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว. (2541). สรีรวิทยาทางเดินอาหาร. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเชชั่น.
บัญชา แตงยิม, พรพรรณ สุขรัตน์, ชัชฎาพร นิ่มมองค์, พลิษฐ์ ศิริจินดาภรณ์, และวัทรวรรณ ฉันทรวิจิตร. (2539) สุขภาพดี ด้วยสมุนไพรใกล้ตัวชุดที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ประพันธ์สานس.
ประภาครี ภูวะสกี้ยร, อรุวรรณ วัลย์พัชรา, และชัชนี คงคาจุลจาย. (2533). ยาหารในอาหารไทย. โภชนาการสาร, 24, 43-53.
ประโล โภสันนท์. (2545). การขับถ่ายในผู้สูงอายุ. ใน บุญศรี นุเกตุ (บก.), การพยาบาลผู้สูงอายุ (หน้า 79-87).
กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
ประอาทิติ สักกะทำนุ. (2545). สารเส้นใยในอาหาร. ใน บรรจบ ชุมหลวัสติกุล (บก.), คุณค่าอาหาร เส้นใยและข้าวกล้อง ป้องกันบำบัดสรรพโภค (หน้า 47-59). กรุงเทพมหานคร: รวมทรรศน์.
ยุทธนา ศตวรรษชั่ร. (2543). Motility Disorder of Anorectal. ใน สุรพล สุรังค์ศรีรัฐ, เกศรา อัศadamงคล, และสมชาย ลีลาฤกูลวงศ์ (บก.), Gastrointestinal Motility (หน้า 223-234). กรุงเทพมหานคร: คิกิช็อพ.
ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำ การสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ”(Clinical Practice Guidelines). สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 18(16), 36-47.
ลักษณา อินทร์กับ. (2543). โภชนาศาสตร์เชิงชีวเคมี วิตามิน กเลือดแร่น้ำและยาหาร. กรุงเทพมหานคร: บุญศรีการพิมพ์.
วันดี ฤกษณพันธ์, เอมอร์ โสมนะพันธ์, และสาวนี สุริยาภรณ์. (2541). สมุนไพรในสวนครัว. กรุงเทพมหานคร: เมดิคัล มีเดีย.
สรจก ศิริบริรักษ์. (2545). อาหารสำหรับคนท้องผูก. ใกล้ห้อง, 26(8), 112-113.
สรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2544). ยาแก้ท้องผูก. หมอชาวบ้าน, 23(268), 24-25.
องอาจ ไฟรสมทรงกรู. (2536). ท้องผูก (constipation). ใน กำพล กลั่นกลืน, บุญหลง ศิริสมบูรณ์, และองอาจ ไฟรสมทรงกรู (บก.), อาการของโรคระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยและการบำบัด (หน้า 200-213). กรุงเทพมหานคร: พี.บี.ฟอร์น บุคส์ เชนเตอร์.

การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ

- Annells, M., & Koch, T. (2003). Constipation and the preached trio: Diet, fluid intake, exercise. (Electronic version). *International Journal of Nursing Studies*, 40, 843-852.
- Anti, M., Pignataro, G., Armuzzi, A., Valentini A., Iascone, E., Marmo R., et al. (1998). Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. *Hepato-Gastroenterology*, 45, 727-732.
- Ashraf, W., Park, F., Lof, J., & Quigley, E. M. M. (1996). An examination of reliability of reported stool frequency in the diagnosis of idiopathic constipation. *The American Journal of Gastroenterology*, 91(1), 26-32.
- Badiali, D., Corazziari, E., Habib, F. I., Tomei, E., Bausano, G., Magrini, P., et al. (1995). Effect of wheat bran in treatment of chronic nonorganic constipation: A double-blind controlled trial. *Digestive Diseases and Sciences*, 40(2), 349-356.
- Benton, J. M., O'Hara, P. A., Chen, H., Harper, D. W., & Johnston, S. F. (1997). Chinging bowel hygiene practice successfully: A program to reduce laxative use in a chronic care hospital. *Geriatric Nursing*, 18(1), 12-17.
- Beverley, L., & Travis, I. (1992). Constipation proposed natural laxative mixtures. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(10), 5-12.
- Bush, S. (2000). Fluids, fibre, and constipation. *Nursing Time Plus*, 96(31), 11-12.
- Chalermporpong, N. (2002). Effects of early morning water drinking on defecating stimulation in orthopaedic constipative patients. Unpublished master's thematic, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Cheskin, L. J., Kamal, N., Crowell, M. D., Schuster, M. M., & Whitehead, W. E. (1995). Mechanisms of constipation in older persons and effects of fiber compared with placebo. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(6), 666-668.
- Christer, R., Robinson, L., & Bird, C. (2003). Constipation: causes and cures. *Nursing Times*, 99(25), 26-27.
- Folden, S. L. (2002). Practice guidelines for the management of constipation in adults. *Rehabilitation Nursing*, 27(5), 169-175.
- Hall, G. R., Karstens, M., Rakel, B., Swanson, E., & Davidson, A. (1995). Managing Constipation using a research-base protocol. *Medsurg Nursing*, 4(1), 11-20.
- Hinrichs, M., & Huseboe, J. (2001). Research-based protocol management of constipation. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(2), 17-28.
- Howard, L. V., West, D., & Ossip-Klein, D. J. (2000). Chronic constipation management for institutionalized older adults. *Geriatric Nursing*, 21(2), 78-82.
- Karam, S. E., & Nies, D. M. (1994). Student/staff collaboration: A pilot bowel management program. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(3), 32-40.
- King, B. D., & Harke, J. (1994). *Coping with bowel and bladder problems*. San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- Massey, R. L., Haylock, P. J., & Curtiss, C. (2004). Constipation. In C. H. Yarbro, M. H. Frogge, & M. Goodman (Eds.), *Cancer Symptom Management* (3rd ed., pp. 512-527). Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Moore, T., Bourret, E., & Cabico, L. (1999). Constipation/impaction management. In G. M. Bulechek & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing Interventions Effective Nursing Treatments* (3rd ed., pp. 98-112). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1997). *Essentials of Nursing Research: Method, appraisals, and utilization* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2002). Prevention of constipation in the older adult population. Retrieved July 5, 2004, from <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?>

ໂບຕັ້ນ ແສນສູຂສວັດື່ ແລະຄອນະ

- Richmond, J. (2003). Prevention of constipation through risk management (Electronic version). *Learning Disability Practice*, 6(9), 31-38.
- Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 317-322.
- Schmelzer, M. (1990). Effectiveness of wheat bran in preventing constipation of hospital orthopaedic surgery patients (Electronic version). *Orthopaedic Nursing*, 15(6), 55-59.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2004). Management of patients with intestinal and rectal disorder. In S.S. Smeltzer & B.G. Bare (Eds.), *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (10th ed., pp. 1028-1030). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stewart, R. B., Moore, M. T., Stat, M., Marks, R. G., & Hale, W. E. (1992). Correlates of constipation in an ambulatory elderly population. *The American Journal of Gastroenterology*, 87(7), 859-864.
- The Joanna Briggs Institute. (1999). Management of constipation in older adults. *Best Practice*, 3(1), 1-6. Retrieved July 5, 2004, from <http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/bpconstip>
- Wald, A. (2000). Constipation. *Medical Clinics of North America*, 84(5), 1231-1246.

Prevention and Management of Constipation in Hospitalized Adults and Older Adults

Botun Sansuksawat* M.N.S. (Adult Nursing)

Panwadee Putwatana** D.Sc. (Nutrition)

Suparb Aree-Ue*** Ph.D. (Nursing)

Abstract: Constipation is a common health problem among person of all ages, especially, adults and older adults. Although constipation rarely life threatens to life, it affects activity of daily lives and quality of life and contributes to persons being admitted to care institutions for prolonged stay with additional costs. Constipation is an important health problem that requires serious attention in the early stage; therefore, nurses should be aware and find the better way to manage this problem with the aim of promoting and maintaining quality of life for at-risky people.

The purpose of this study was to develop the clinical nursing practice guideline for prevention and management of constipation in hospitalized adults and older adults through a research utilization process. Analysis of 28 relevant research studies on functional constipation published between years 1990–2005 were selected. From the literature, the quality of scientific evidence was considered following the criteria suggested by the Royal College of Physicians of Thailand. Assessment of implementation potential of a guideline was based on the Polit and Hungler's criteria. The clinical nursing practice guideline consisted of the assessment of constipation risk and nursing practice to prevent and to manage constipation. The validity of the content and the feasibility of application of the clinical nursing practice guideline were confirmed by nursing experts and a physician. This clinical nursing practice guideline should be tested on the target population before implementation. Additionally, the guideline may not be appropriate to use in patients with mental and physical disabilities.

Keywords: Prevention and management, Constipation, Hospitalized adults, Hospitalized older adults

*Registered Nurse, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok

**Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University