ภาวะท้องอุดในผู้ป่วยที่รับไวโนโรงโรงพยาบาล

จารุชนี ปละยยอด* RN., M.S.N. (Adult Nursing)
อาการ พันธุ์กักติก** RN., DNS.

บทคัดย่อ: ภาวะท้องอุด (Constipation) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่รับไวโนโรงโรงพยาบาล
การเกิดท้องอุดอาจทำให้ป่วยความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดท้องอุด ได้แก่ อาการของโรค การเจาะกล้า การเคลื่อนไหว ความปวด ภาวะขับถ่าย รวมไปถึงยาที่ได้รับ พบบางกรณีให้ความสนใจปัญหา
ท้องอุดของผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติมักขาดการประเมิน การป้องกันและการจัดการกับภาวะท้องอุด
อย่างมีแผนการ การสร้างแนวปฏิบัติที่มีการประเมินความเสี่ยงและการจัดการ กับภาวะท้องอุดของผู้ป่วยจะช่วยลดปัญหาท้องอุดในผู้ป่วยที่รับไวโนโรงโรงพยาบาล การประเมินภาวะท้องอุด
ประกอบด้วย การเข้าปฎิบัติที่เกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วย หรือ การตรวจร่างกาย การประเมิน
ภาวะเจ็บป่วย และการประเมินภูมิภูมิที่ทำให้เกิดท้องอุด แล้วตัดสินว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยง
ระดับน้อย ปานกลาง หรือสูง เพื่อจัดการให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะท้องอุด
การจัดการกับปัญหาท้องอุด ประกอบด้วย การดื่มน้ำให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การทำกิจกรรม
การฝึกการขับถ่ายผู้ป่วย การรับประทานอาหารที่มีโอกาสสูง และการใช้วิธีการอื่นๆเป็น ต้องใช้ นอกจากนี้การจัดการแล้วเสร็จไม่ใหม่สมทบ รวมทั้งการจัดการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม จะช่วย
ป้องกันและแก้ไขปัญหาท้องอุด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนพักในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ภาวะท้องอุด การประเมิน การป้องกัน การจัดการกับปัญหาท้องอุด แนวปฏิบัติ

* พยาบาลประจักษ์ หลักกิจการผู้ป่วยกลุ่ม โรงพยาบาลอินทร์รุ่ง
** อัศวีการผู้ช่วย งานการพยาบาลกลุ่มต่างๆ ภาคีพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามายิปต์

10 Rama Nurs J • January – April 2006
ปัญหาท้องอุด

ท้องอุด (Constipation) เป็นปัญหาที่พบบ่อย
ในผู้ป่วยที่รับไวโคซิค ในโรงพยาบาล การเกิดท้องอุดใน
ผู้ป่วยและเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจอาจทำให้ปัญหาความ
เจ็บป่วยที่เป็นอุ่นทุกข์ซึ่งได้การประเมินแบบแผน
การขับถ่ายสูงว่า การจัดการและการป้องกันการเกิด
ท้องอุดในผู้ป่วยที่รับไวโคซิค ในโรงพยาบาลอาจช่วยลดปัญหา
ที่ตามมาจากการเกิดอุ้มอุดว่า และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึก
สุขสบายขึ้น บทความนี้มีการศึกษาเพื่อเสนอแนว
ปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดท้องอุด
และการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดท้องอุดที่เหมาะสม
กรณีดังกล่าวของผู้ป่วยโรคคลาสเมื่อที่มี
ปัญหาท้องอุดและที่ตามมา

ท้องอุด หมายถึง การเคลื่อนไหวของลำไส้
น้อยลงทำให้ไม่มีการขับถ่ายอุจจาระประมาณ 3 ครั้ง
ต่อสัปดาห์ โดยมีลักษณะของอุ้มอุดว่า ผ่อน กินใหญ่
ผิดปกติ และฉี่ลำไส้ และหรือการมีสัญญาณ
การเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยต้องบอกปรับ
การขับถ่ายอุจจาระ เพื่อช่วย (Hinrichs & Huseboe, 2001; ราย คณะเศรษฐศาสตร์, 2543) เมื่อเกิดอาการ
ท้องอุดจะทำให้คุณคุณปลีกสูงขึ้นหรือมีอาการปวดท้อง
ปวดบริเวณหน้าท้องหรือให้ผู้ป่วยมีการเดินทางผ่านช่อง
เพาะพันธุ์มากขึ้น

อุปสรรคการมีการเกิดอาการท้องอุดพบค่อนข้างสูง
10% ของประชากรเอ็กซ์กับทั่วไป และ 25% ของ
ผู้สูงอายุต่อประมาณเกิดปัญหาท้องอุด (Hinrichs &
Huseboe, 2001) และศักรั้นถึงข้างข้างสวัสดิ์
ระบบป้องกันโรคหรือโรค (Camm,1998)
จากการรายงานของโรเมอ อังเกน เฟลด์และฟิลิปส์
(Romero, Evans, Fleming, & Phillips, 1990) พบว่า
50% ของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุในบ้านพักคนและ
63% ในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการรักษา ในโรงพยาบาล
มักมีปัญหาท้องอุด สำหรับในประเทศไทย การศึกษา
เรื่องการท้องอุดในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในรูมของ
สุขภาพ จัดพัฒน์ รานี ทวิเด็ด และเจ้าภาพ ปัญญาศรี
(2544) พบว่า ร้อยละ 34.5 ของผู้สูงอายุมีปัญหา
ท้องอุด และร้อยละ 60 ของผู้ที่มีปัญหาท้องอุดต้อง
รักษาท้องอุดกล่าวว่าการใช้บริการในสังคมของนั้น
ครั้งหนึ่งของผู้สูงอายุมีปัญหาท้องอุดสูงสุดโดยระบบดินแดน
ซึ่งมีการใช้บริการในสังคมที่ไม่ทันท่วงทีจะทำให้เกิดปัญหาท้องอุด
เร็วขึ้นได้ ถ้าแม้ว่าการศึกษาของสุขภาพ จัดพัฒน์
และจะเป็นเรื่องที่สำคัญเพราะในกลุ่มผู้สูงอายุแต่
ทานกลับเห็นว่าปัญหา ท้องอุดยังเป็นปัญหาที่สำคัญ
ควรได้รับการป้องกันและแก้ไข

ผู้ป่วยที่รับไวโคซิค ที่มีปัญหาท้องอุดและ
ท้องอุดที่มีปัญหาเรื่องเกิดปัญหาท้องอุดได้เกิด
เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรง ทำให้มีการ
ผูกมันการทำสุขภาพเพื่อรักษาสุขภาพของผู้ป่วยและ
เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญว่าถึงกลุ่ม นอกจากนี้
ป้องกันระบบสูงสุดที่เกิดขึ้น เช่น สิ่งกี๊กขัดใจและ
สิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยต้องเป็นปัญจาน้ำมันให้
ผู้ป่วยเกิดปัญหาท้องอุด เนื่องจากระบบสูงสุดจะช่วย
อุ้มอุดได้ดีจะต้องป้องกันمناطقที่เหมาะสมและ
จัดที่นั่นให้อย่างไรตามมาตรฐาน เมื่อไม่สามารถ
อยู่ในสภาพดังกล่าวจะทำให้เกิดการถ่ายอุจจาระ
(มอง ไชยพญาวดี, 2538) นอกจากนี้ยังมี
สุขภาพและการรักษาโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลยังเป็น
สาเหตุที่เกิดปัญหาท้องอุด เช่น ผู้ที่เป็นโรคหวั่นใจ
จากกิจกรรมการออกแรง การไม่กินเพื่อให้
การจัดที่นั่นและพวก มีผลต่อการเคลื่อนไหวของ
ลำไส้ใหญ่และการกระทำของการขับถ่ายอุจจาระตลาดที่จึง
เกิดอาการท้องอุดตามมา

Vol. 12 No. 1
ภาวะห้องสมองในผู้ป่วยที่รับไข้ในโรงพยาบาล

แพทย์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในหน่วยดูแลผู้ป่วยห้องสมอง (Coronary Care Unit : CCU) ควรคำนึงถึงการเกิดปัญหาห้องสมองในผู้ป่วย แต่ยังไม่ได้พิสูจน์ว่า ยังมีการตรวจแบบในการประมวล และการจัดการเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาห้องสมองในระยะเริ่มแรก จึงทำให้เกิดปัญหาห้องสมองในผู้ป่วยและเสียชีวิตจากการเปลี่ยนอัตราการเต้นของหัวใจ

กรณีดังกล่าว

ปัญหาห้องสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเนื้อหลังที่รับไข้ในหน่วยดูแลผู้ป่วยห้องสมอง

นาย ส. อายุ 67 ปี อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ถูกนำตัวโรงพยาบาล เพราะห้องสมองน้ำหนักเกินมาตรฐาน ตรงกลางมีอาการแข็งไม่ทันท่วงที หย.ImageViewลูก 1 ชั้นไม่ติดตามโรงพยาบาล นาย ส. ได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าเป็น Acute inferior wall myocardial infarction และ right ventricular infarction จึงได้รับการรักษาด้วย Thrombolytic agent หลังจากได้รับการรักษาอาการที่ห้องสมอง แพทย์ต้องพิจารณาการพยาบาล และส่งที่ห้องควบคุมพัฒนาพยาบาล Cardiac enzyme เพื่อใช้เป็นมาตรการการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของวันที่หนึ่งในกรุงเทพฯ หลังจากนั้น รักษาผู้ป่วยห้องสมองตลอด 2 วัน

นาย ส. แต่งงานมีดุส 6 คน มีบ้านเป็นของตนเอง อยู่กับภรรยา ทัดเด็ก 5 คน มีคุณสมบัติที่ยิ่งกว่า ไม่เคยสูบบุหรี่ เลือดออกกล้ามกายทุกวัน มีโรคประจำตัว ป่วยเรื้อรัง และมีประวัติเจ็บป่วยด้วยปัญหา Acute anteroseptal wall myocardial infarction เมื่อ 2 ปีก่อน ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาลดอัตราการเต้นของห้องสมอง หลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Transluminal Coronary Angiogram: PTCA) ที่โรงพยาบาลของ รัฐแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยสามารถดูแลหลอดหลอดการรักษา

ในการเจ็บป่วยครั้งนี้เมื่อสั้นเวลาที่ผ่านมาวิเศษที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ผู้ป่วยได้รับการทำ coronary angiogram พบว่า มีเส้นเลือด_UCA ได้รับการรักษาด้วยการทำ PTCA หลังทำ PTCA ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนแต่ยังคงไร้สัญญาณจากการตรวจ Ecocardiogram พบว่า กล้ามเนื้อหัวใจส่วน ventricle ปัจจุบันไม่มี วัดค่า Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) ได้ 38% ซึ่งค่า LVEF ที่มีอยู่ไม่เกิน 45% ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายได้ (Camm, 1998) หลังทำ PTCA ได้ 1 วัน แพทย์วางแผนจะเข้ารักษากลุ่มผู้ป่วยจาก CCU

ข้าวันที่จะเข้ารักษากลุ่มผู้ป่วยจาก CCU เวลาประมาณ 06.30 น. ผู้ป่วยเก็บผลดีต่อการกระทำดูแลรักษาแล้วดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับยา Milk of Magnesia (MOM) ที่มีผลดีและได้รับการดูแล อยู่ที่ห้องพยาบาลเพื่อเตรียมก่อนเกณฑ์ผู้ป่วยไม่ได้เปลี่ยนแปลงมาก แต่สามารถทำยา MOM อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกังวลท่อนั่ง ผู้ป่วยจึงงงง่ายหลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหงุดหงิดซ้ำๆ และเริ่มกระสุนกระสุน การประเมินการออกซิเจนในกระแสเลือดของผู้ป่วยด้วย Pulse oximetry พบว่า Oxygen saturation ลดลงเรื่อยๆ แพทย์จึงจ่าให้จึงทางเดินหายใจทางปากและใช้เครื่องช่วยหายใจ
ชนิดควบคุมการเปลี่ยนแปลงโดยตั้งเป็นแบบ CMV mode อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที FiO₂ 1.0 และ ตั้ง PEEP 5 cmH₂O หลังใส่เครื่องช่วยหายใจและการของผู้ป่วยไม่ได้รับยาทั้งหมดมีการหายใจรุนแรงเกิด Acute pulmonary edema และต้องมีความดันโลหิตต่ำประมาณ 80/50 มิลลิเมตรเปรื่อง อัตราการเต้นของหัวใจเร็ววิ่ง 140 ครั้ง/นาทีเกิด Cardiogenic shock จึงต้องทำการรักษาด้วย Inotrop agent และใส่ Intra Aortic Balloon Pump (IABP) เพื่อเพิ่ม cardiac output และเพิ่มการไหลเวียนเลือดสู่หัวใจและแดง coroney ซึ่งผู้ป่วยต้องใส่ IABP เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ในระหว่างการเฝ้าระวังผู้ป่วยมีภาวะสิ้นเสื้อน้ำ เสียหายพนันเป็นระยะ ๆ ปัจจัยที่ส่งเสริมเกิดภาวะสิ้นเสื้อน้ำเป็น เนื่องมาจากความจะระลอกกลับจากกลุ่ม Benzodiazipine และมีภาวะหัวใจเต้นเหลื่อมที่ทำให้ Cardiac output ลดลง ส่งผลให้เลือดไม่กลับสู่หัวใจและเลือดไม่กลับสู่หัวใจ ทำให้เกิดภาวะสิ้นเสื้อน้ำหลั่นได้ (Camn, 1998) ผู้ป่วย ได้รับการใส่ทางเดินหายใจ 4 ครั้ง จากการที่ผู้ป่วย มีภาวะสั่นสะเทือนระยะ ๆ ทำให้ผู้ป่วยหายใจทางเดิน หายใจลดลง 2 ครั้ง และจากอัตราหายใจช้าลง ไม่สั่น 2 ครั้ง จึงต้องใส่ทางเดินหายใจใหญ่หลัก จากทางเดินหายใจ อย่างไรก็ตามเนื่องจากการผู้ป่วยดื้อ สามารถสอดคล้องทางเดินหายใจออกไปใน 14 วัน หลังจากเกิดการสิ้นเสื้อน้ำและแข็งของผู้ป่วย

จากการนี้ด้วยการจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงสิ้นเสื้อน้ำในภาวะหัวใจสั่น ร่วมกับมีการสิ้นส_already transcribed_ading ของการหายใจ ทำให้การทำงานของหัวใจลด จึงเกิดการหายใจ เสียหายพนันและถึงขั้นรุนแรง cardiogenic shock มีผล กระทำที่รุนแรงถึงการขาดอากาศหายใจทำให้การสิ้นเสื้อน้ำเกิดขึ้นใน CCU นานนี้ การเปลี่ยนสิ้นเสื้อน้ำจะทำให้มีการหายใจความเหลื่อมตั้งต่ำลงในกรณีนี้อาจเกิด เนื่องจากการหายใจลดลงอีกครั้งของการทำงานของระบบประสาทในสมอง การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ รักษาสมดุลด้วยการมีการเปลี่ยนสิ้นเสื้อน้ำกลับมาในช่วงที่หายใจไม่มีการสิ้นเสื้อน้ำ การหายใจ复(structure, 2520) การเปลี่ยนสิ้นเสื้อน้ำเกิด จากการสูบกลับออกภายนอกในการทำงานของสมองจะเป็นกลไกอันหนึ่งที่ช่วยให้มี การสูบกลับออกภายนอก การเปลี่ยนสิ้นเสื้อน้ำทำให้เกิดการหายใจได้ ช่วยให้ระบบสมดุลดังกล่าวมาในช่วงที่หายใจ ไม่ใช่สิ้นเสื้อน้ำได้ที่มีการสูบกลับออกภายนอก การเปลี่ยนสิ้นเสื้อน้ำเกิดจากวิธีการสูบกลับออกภายนอกนี้ ที่ใช้ในการหายใจและการเห็นต่างกลับแล้วเนื่องจากท้อง การให้ความดันในช่องย่าน้ำและช่องท้องเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ความดันนี้ก็จะลดลงปั๊มน้ำสไลด์อย่างแรง ทำให้สิ้นเสื้อน้ำมากขึ้น

การเปลี่ยนสิ้นเสื้อน้ำนั้นเป็นการทำ Valsalva maneuver คือในระยะเวลาที่สิ้นเสื้อน้ำบริภาร ความดันในช่องย่าน้ำและช่องท้องเพิ่มสูงทำให้เป็นการปรับปรุงที่กลับสู่หน้า (venous return) จะลดลงอย่างมาก เมื่อสูบกลับปรับปรุงความดันในช่องย่าน้ำและช่องท้องลดลง จะทำให้ปรับปรุงการสอดคล้องสู่หัวใจอย่างมาก (venous pooling) ซึ่งเป็นการเพิ่ม preload ขึ้นอย่างรวดเร็ว และหลังจากนั้นเมื่อสูบกลับการหายใจจะสามารถเห็นต่างกลับของลำไส้ได้เป็นการเพิ่ม Preload (Braunwald et al., 2001) การเพิ่ม preload และ afterload มีผลทำให้หัวใจที่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นหลักกลับเนื่องหัวใจที่ได้ทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพอยู่กันแน่แล้ว
ภาวะท้องเสียในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดท้องเสีย

ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลมีโอกาสเกิดท้องเสียได้บ่อยเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้ (Hinrichs & Huseboe, 2001)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุที่มากกว่า 55 ปี ในผู้ที่มีโรคเกิดท้องเสีย ผู้ที่มีประวัติท้องเสียเรื้อรังมาก รวมทั้งผู้ที่มี
   ประวัติการรับยาบางประเภทที่มีถ่ายออกด่วนมาก ผู้ที่ดื่มน้ำน้อยกว่า 1,000 มล. รวมทั้งผู้ที่มี
   อาการอ่อนเพลีย นอนที่ต่ำอ่อนเพลียหรือพิการ ทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย
   จึงเกิดปัญหาท้องเสียตามมา

2. โรคและภาวะที่สัมพันธ์กับการเกิดท้องเสีย
   ได้แก่
   * โรคติด เช่น ไตวาย ภาวะรูดเมีย
   * โรคทางระบบประสาท เช่น โรคพาร์คิน
   ซินส์ โรคหลอดเส้นสมอง multiple sclerosis
   * โรคระบบต่อมไร้ เหงื่อ เช่น ผู้ป่วย
   hypothyroidism ผู้ป่วยเบาหวานะเบาะผู้ที่มี
   ปัญหา diabetic neuropathy
   * โรคหัวใจ ที่ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย
   การจำกัดการเคลื่อนไหว และการจำกัดน้ำ
   * ความไม่เสถียรของอัลไซเมอร์ เช่น
   ภาวะ acidosis, hypokalemia, hypercalcemia
   * โรคที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดบริเวณ
   ไตและท้องทวาร เช่น วิสตอสตาห์ทร แอลคาลิน
   บริเวณทวารหนัก โรคประสาทหนัก Diverticular
disease มะเร็งไต

3. การได้รับการยัดดื้อรักษาของท้องและ
   บริเวณอื่น ๆ ทหารหนัก รวมถึงการใช้ยาระม
   ยา

4. ภาวะพยาบาลและการแพทย์ เช่น การเปลี่ยน
   นอกจากนี้การรับประทานยาบางชนิดทำให้เกิดอาการ
   ท้องเสียได้ เช่น ยาแก้ปวด โดยเฉพาะพวก narcotics
   ยาตกคอ ที่มีส่วนประกอบของ aluminum และ calcium
   ยาต้านความดันโลหิตสูง ยา calcium channel blocker
   ยาต้านโรค Parkinson ยา antispasmodic ยาต้าน
   ความชื้นสำหรับ (antidepressant) ยาเสริมธาตุเหล็ก
   (iron supplements) ยาขับน้ำหนัก (diuretic drugs)
   ยากระตุ้น (anticonvulsant drugs) (Camm, 1998)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดท้องเสียในผู้ป่วยที่เป็นกรณี
ตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว คือ
เบาหวาน และมีอาการที่ทำให้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความ
มีปัญหาในระบบประสาท (Neuropathy) การรับประ
ทานยาเป็นการเปลี่ยนจากกล้ามที่ทำให้
การ
นอนที่ต่ำอ่อนเพลีย เช่น เป็นท่าที่นิยมรายวันของการ
ถ่ายถ่ายหรือ การที่ผู้ป่วยต้องนอนพักบนเตียง (Bed rest)
และเป็นโรคหัวใจทำให้มีการจำกัดน้ำ รวมทั้งการ
รับประทานยาผัก และผลไม้เมื่อถึง ที่ผู้ป่วยรายนี้
มีผู้ป่วย ตามปกติเมื่อผู้ป่วยท้องเสียจะหยุดกินไม่ได้มี
ปัญหาท้องเสีย แต่เมื่อมีอาการท้องท้องท้องท้อง
ด้วยการ 3 วัน การรับประทานยาผักไม่ดี
อุจจาระม 3 วัน การมีความต้องการให้รับประทานยาท้อง
อยู่ก่อนถ่ายถ่ายอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเก่ง่ายได้
(Staab & Hodges, 1996)

การประเมินภาวะท้องเสีย

การประเมินภาวะท้องเสียมีความสำคัญในการดูแล
ปัญหาท้องเสีย ป้องกัน และการแก้ไขภาวะท้องเสียใน
ระยะเวลาแรก การประเมินภาวะท้องทุกกระจกต่อวัน
(Hinrichs & Huseboe, 2001)

Rama Nurs J • January – April 2006
1. การใช้ประวัติการขับถ่ายจุกกระรุกของผู้ป่วย

2. การตรวจร่างกายเพื่อประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้โดยการใช้ทุจริตวิเคราะห์ท้องของผู้ป่วย

3. การประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตหรือมีการทดลองที่แสดงถึงการสมองเสื่อม

4. การประเมินเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและวัตถุที่ผู้ป่วยได้รับใน 3 วัน ที่ล่าสุด

5. การประเมินกิจกรรมการเคลื่อนไหวและการพักผ่อน

6. การประเมินเกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งเป็นยาที่ทำให้เกิดห้องสุขภาพ

สำหรับผู้ที่มีการขัดขวางดูดของยา และผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแสดงการอุจจาระและการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรืออย่างต่อเนื่อง ควรทำการวิจัยเพิ่มเติมโดยเฉพาะผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ควรทำการตรวจในที่ควรทำการเพิ่มเติมได้แก่ การทำ Barium enema, Sigmoidoscopy หรือ Colonoscopy (Camm, 1988)

แบบประเมินความเสี่ยงและการจัดการกับภาวะท้องสุขภาพ

อินิชิลิชและอิปกรี (Hinrichs & Huseboe, 2001) ได้สร้างแนวปัญญาโดยตัดแปลงจากการประเมินความเสี่ยงและการจัดการกับภาวะท้องสุขภาพของผู้ป่วยของความรู้และโอกาส (Karam & Nies, 1994) แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะท้องสุขภาพจากอาการปวดและสมองเสื่อม พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาท้องสุขภาพในเวลา 3 วัน ระยะ ๒ คือ ระยะที่มีความเสี่ยงสูงสุด หลังกลืนสูง ประมาณ 3-5 ถึง 7 แสดงว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาท้องสุขภาพ และมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากกว่า 8 พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาท้องสุขภาพ คาดว่าการมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากกว่า 8 จะพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาท้องสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการวิจัยอย่างต่อเนื่องและเลือกที่เหมาะสมกับที่มีปัญหาในเรื่องการใช้เวลา ดังแสดงใน ภาคผนวก ช.

การจัดการปัญหาท้องสุขภาพ

การประเมินปัญญางั้นและดั้งๆจะทำการประเมินภาวะท้องสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะท้องสุขภาพหรือมีปัญหาท้องสุขภาพแล้วอินิชิลิชและอิปกรี (Hinrichs & Huseboe, 2001) ได้เสนอแนวทางการจัดการกับปัญหาท้องสุขภาพเป็นด้านต่อไปนี้
ภาวะทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่รับไวโนเรียบาง

ขั้นที่ 1 ขั้นการป้องกัน โดยการออกกำลังกายที่มีน้ำหนัก (Exercise - Fluid - Fiber) การออกกำลังทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายจะเผื่อมองไม่ได้กินอาหาร เหลือกินทุกราย ให้ดื่มน้ำเกลือหรือดื่มเครื่องดื่มและ 2 ครั้ง สำหรับผู้ที่จัดการออกกำลังกายให้มีได้กินอาหารเป็นกลุ่มใหญ่ของผู้ป่วยตายของและทำให้ผู้ป่วยมัก มักหมดัน หรือหยุดทำงาน ดูแลให้เด็กน้อยจะดื่มน้ำได้ 1,000 มล. ต่อวัน ถ้าไม่มีข้อห้าม ตามดื่มให้รับประทานอาหารที่มีหนักต่ำลง เลือกอาหารเหมือนไปนั่งเตียงใส่ซึ่งจะทำ หวั่นที่คล้ายตายผู้ป่วยที่รับน้ำไม่ได้ ทำให้เกิดการกระดับ ตัวของอาหารและทำให้ผู้ป่วยมีการละลาย ซึ่งอาจ ทำการขับถ่ายถึงการเป็นอนุรักษ์เป็นการป้องกันการ เกิดห้องนอก นอกจากนี้ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ประทานเด็กที่เป็นแคลอรี่ประทานอยู่เป็นประจำ เช่น ผลไม้ น้ำผึ้งพู่กัน แบบที่ 1 เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาห้องนอก

ขั้นที่ 2 ขั้นการแก้ไขภาวะห้องนอก ในการที่ จัดการตามขั้นที่ 1 แล้วยังเกิดปัญหาห้องนอก ใช้ จัดการโดยใช้สารละลายนาตูโลซีด 70% liquid solution 30 – 34 คิว. วันละ 2 ครั้ง หรือ sorbital liquid 15 คิว. วันละ 3 ครั้ง แล้วให้ magnesium sulfate 10 – 30 คิว. วันละ 4 ครั้ง ยาบางชนิดอาจมีผลผ่าตัดเด็ก ไอเป็นยอดยอดใหญ่เกินไปสำหรับผู้ป่วยที่จัดการมี ลักษณะอยู่นานสำหรับการขับถ่าย ควรเลือกยาที่ มีการประกอบของเคลือบลดและแก้ไขกิจกรรมใน ผู้ป่วยห้องนอกเนื่องจากจะทำให้เกิดการตนเองของยาใน และยาบางชนิดจะแยกออกจากผู้ป่วยที่มีการขับถ่ายในปีที่ผ่านมาและใช้ในบริเวณสุขภาพที่ อาจทำให้เกิดฮีปีทำให้ห้องถ่ายซึ่งกัน (ชื่อจิต การแย่ง, 2544)

ขั้นที่ 3 ใช้ยาอาหารชนิด stool softeners เช่น docusate sodium (ชื่อทางการค้า เช่น Colace, Dialose, Surfak) ให้ 100 – 400 มล. ต่อวัน ยาบางชนิดนี้มีกลุ่มสำหรับผู้ป่วยห้องนอกเนื่องจากยาบางชนิดนี้จะให้ความมันเสียก่อนถ่าย ทำให้ผู้ป่วยมีการผ่าตัดเด็กอย่างมั่นคง แต่ควร หลีกเลี่ยงยาบางชนิดที่มีการผสมกันในกลุ่มเด่น และผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดเด็กและผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดเด็กสมัยที่ ผู้ป่วยห้องนอกเท่านั้นจะทำให้เกิดการตนเองของยาใน ผู้ป่วยห้องนอกเนื่องจากจะทำให้เกิดการตนเองของยาใน และยาบางชนิดจะแยกออกจากผู้ป่วยที่มีการขับถ่ายในปีที่ผ่านมาและใช้ในบริเวณสุขภาพที่ อาจทำให้เกิดฮีปีทำให้ห้องถ่ายซึ่งกัน (ชื่อจิต การแย่ง, 2544)

ขั้นที่ 4 ใช้ยาอาหารชนิด Osmotic Laxatives ได้แก่ ได้แก่ lactulose 70% liquid solution 30 – 34 คิว. วันละ 2 ครั้ง วันละ 3 ครั้ง แล้วให้ methylcellulose, 2544) แล้วให้ magnesium sulfate 10 – 30 คิว. วันละ 4 ครั้ง ยาบางชนิดอาจมีผลผ่าตัดเด็ก ไอเป็นยอดยอดใหญ่เกินไปสำหรับผู้ป่วยที่จัดการมี ลักษณะอยู่นานสำหรับการขับถ่าย ควรเลือกยาที่ มีการประกอบของเคลือบลดและแก้ไขกิจกรรมใน ผู้ป่วยห้องนอกเนื่องจากจะทำให้เกิดการตนเองของยาใน และยาบางชนิดจะแยกออกจากผู้ป่วยที่มีการขับถ่ายในปีที่ผ่านมาและใช้ในบริเวณสุขภาพที่ อาจทำให้เกิดฮีปีทำให้ห้องถ่ายซึ่งกัน (ชื่อจิต การแย่ง, 2544)

ขั้นที่ 5 ใช้ยาอาหารชนิด stool softeners เช่น สมุนไพร (Senna) 0.5 – 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง จะกระทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ผ่านมาและขับ ได้ที่ระทึกรับยอมก่อน (ชื่อจิต การแย่ง, 2544)

ขั้นที่ 6 ใช้ยาอาหารชนิด Suppository Enema เช่น ใช้ Glycerine suppository เนื่องจากเกิดความปวดครั้ง หรือใช้ Bisacodyl 5 – 10 มก. เนื่องจากเกิดความปวดครั้ง
ห้องลูกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ต้องพักผ่อนตัวในโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตและผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งการเกิดภาวะห้องลูกอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บปวดที่รุนแรงขึ้น เกิดความไม่สบายและต้องพักผ่อนตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นและเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉิน ปัญหาห้องลูกสามารถป้องกันหรือจัดการได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงด้วยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดห้องลูกอย่างเป็นระบบและการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน การออกกำลังกาย ด้วยการฝึกเพื่อเพิ่มพลังงานและร่างกาย พร้อมทั้งการใช้ระบบการอยู่เหมาะสมตามลำดับขั้น นอกจากนี้ อาการที่มีบทบาทในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายจากการเปลี่ยน รวมไปถึงการจัดสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับผู้ป่วยได้อย่างลูกเล่นอย่างปลอดภัยและเป็นส่วนตัว

กิจกรรมประผสม

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พรรณวีร์ พริยะวิชิต ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการพิมพ์เอกสารที่มีอยู่ในเอกสารมัลติมีเดียสำหรับโปรแกรมการจัดการกับผู้ที่มีภาวะเฉียดต่อการเกิดห้องลูก ในภาคตะวันตก ช.
ภาวะท้องผูกในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

ภาคผนวก ก.

การประเมินความเสี่ยงและการจัดการกัดภาวะท้องผูกของผู้ป่วย

ข้อมูลจากการชันประวิติ ( จำนวนคะแนนที่ได้ คือตัวเลขและเครื่องหมายในวงเล็บ )

1. แผนแผนการขับถ่ายที่ผ่านมา (+2)....ถ่าย 1 ครั้ง/วัน; (+1)....ถ่าย 1 ครั้ง/ทุกวัน; (0)....ถ่ายน้อยกว่า 1 ครั้ง/ทุกวัน

2. ลักษณะของการขับถ่าย (ไม่มีคัดคะแนน)
   ลักษณะ .....................แข็งมาก ...............เป็นก้อนแห้ง ...............เป็นก้อนลักษณะนั้น ..................เพลงส .........ต่ำ .........ไม่ตลาดแห้ง .................สีดำสด .................สีดำคลอรอน
   จำนวน .....................เล็กน้อย .................ปานกลาง .................มาก
   กลิ่นเมื่อมีผลิตภัณฑ์ ..................ไม่มี .............มี(อีกบาง)

3. ชนิดของอาหารที่กิน
   ............น้ำผลไม้ ............ผัก ผลไม้ ............ อาหารมื้อ ............อาหารเย็น

4. ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นคนมีการล้างอุจจาระอย่างเดียว .................................

5. ประวัติของการเกิดท้องผูกหรือการมีอุจจาระอุดตัน ( fecal impaction )
   (-2) ..........ไม่เคย; (0) ...........บางครั้ง; (+1) ...........มีอาการท้องผูกเรื้อรัง;
   (+2) ...........มีอุจจาระอุดตัน

6. ประวัติการใช้ยาประชัน
   (-2) .........น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน; (0) .........เดือนละ 1 ครั้ง; (+1) .........เดือนละครั้ง;
   (+2) .........ใช้ทุกวัน
   ระบายและขับถ่ายเกี่ยวกับการใช้ยาประชัน ............................................................

7. ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหารหรือไม่
   (-1) ..........ไม่เคย; (+1) ..........เคย

8. ถ่ายอุจจาระครั้งสุดท้ายเมื่อไร
   (-1) ...... < 3 วัน; (+1) ......> 3 วัน; (+2) ......> 5 วัน

Rama Nurs J  ●  January – April 2006
การประเมินที่ได้จากการตรวจร่างกาย (จานวนคะแนนที่ได้ คือตัวเลขและเครื่องหมายในวงเล็บ)
1. การเคลื่อนไหวของล่างใต้
   (-1) .......มีการเคลื่อนไหวของล่างใต้ปกติ (ประมาณ 5 ครั้ง/นาที);
   (+1) .......มีการเคลื่อนไหวของล่างใต้บ่อยกว่าหรือมากกว่าปกติ
   (น้อยกว่าปกติ หยุดยั้ง น้อยกว่า 5 ครั้ง/นาที; มากกว่าปกติ หยุดยั้ง มากกว่า 30 ครั้ง/นาที)
2. ตรวจพบความแตกต่างในช่องห้อง (ความผิดแปลง) (-1) .......ไม่มีความแตกต่าง
   (+1) .......มีความแตกต่าง
3. ตรวจพบบก่อนในช่องห้อง (-1) .......ไม่มี; (+1) .......มีก่อนในช่องห้อง
4. ตรวจพบอุจจาระอัตน์ (-1) .......ไม่มี; (+2) .......มีลักษณะการอัตน์ของอุจจาระ

การประเมินสภาพทางจิตใจของผู้ป่วย
1. ในปัจจุบันผู้ป่วยมีลักษณะเครียดหรือไม่ (-1) .......ไม่มี; (+1) .......มี
2. ผู้ป่วยมีอาการของสมองเสื่อม (dementia) หรือไม่ (-1) .......ไม่มี; (+1) .......มี

ข้อมูลของการรับประทานอาหารและการได้รับน้ำ
1. การรับประทานอาหารเมื่อ 3 วันที่ผ่านมา
   (+2) .........อาหารเหล่านี้
   (0) .........อาหารที่มีกลิ่นเสิร์ฟ (เช่น ผัก ผลไม้ที่มีกลิ่นหอม)
   (-2) .........อาหารที่มีกลิ่นต่าง (เช่น นมปีกที่เลือกจากข้าวบด การ์เด้น ผัก ผลไม้)
2. การใส่ร้อนน้ำในแต่ละวัน (น้ำที่ไม่ใช้เครื่องดื่มที่อาจเป็นสาเหตุการขับปัสสาวะ เช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์)
   (+2) .........น้อยกว่า 1,500 ซีซี ทุกวัน
   (0) .........มากกว่า 1,500 ซีซี ต่อวัน
   (-2) .........มากกว่า 2,000 ซีซี ต่อวัน
3. การมีกิจกรรมทางกายและกิจกรรมพักผ่อน
   (+2) .........ต้องให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการเคลื่อนไหว (Passive Range of Motion)
   (+1) .........เดินเองได้มากกว่า 50 ฟุตต่อวัน
   (0) .........เดินเองได้น้อยกว่า 50 ฟุตต่อวัน
   (-2) .........มีกิจกรรมทางกายการได้เดินที่
การท้องถิ่นมัวเรียกว่าเป็นการแก้ปัญหาท้องถิ่น

1. รายการยาที่ป้องกันท้องถิ่น

<table>
<thead>
<tr>
<th>ผลการวิจัย</th>
<th>ตัวอย่าง (Iron salts)</th>
<th>ยากระบอก (Thiopurines)</th>
<th>ยาสิทธิ์</th>
<th>ยาเดิมและยาคลอฟินีลิด (Phenothiazines)</th>
<th>ยาสแตติก (Sedative)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ยาเหล็กที่มีส่วนผสมของเดียโนน</td>
<td>ยาเหล็ก</td>
<td>ยาตราตัน</td>
<td>ยาสารสิทธิ์</td>
<td>ยาเดิมและยาคลอรีนีลิด</td>
<td>ยาสแตติก</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2. รายการยาที่ป้องกันได้ (ถ้าได้วัตถุ 2 ชนิด หรือมากกว่า ตกเพื่อ 2 คะแนน)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ผลการวิจัย</th>
<th>ตัวอย่าง (Iron salts)</th>
<th>ยากระบอก (Thiopurines)</th>
<th>ยาสิทธิ์</th>
<th>ยาเดิมและยาคลอรีนีลิด (Phenothiazines)</th>
<th>ยาสแตติก (Sedative)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ยาเหล็กที่มีส่วนผสมของเดียโนน</td>
<td>ยาเหล็ก</td>
<td>ยาตราตัน</td>
<td>ยาสารสิทธิ์</td>
<td>ยาเดิมและยาคลอรีนีลิด</td>
<td>ยาสแตติก</td>
</tr>
</tbody>
</table>

คะแนนรวมทั้งหมด : 

การแปลงคะแนน :

คะแนน -18 ถึง -6 ให้เปลี่ยนเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์
คะแนน -5 ถึง +7 ให้เปลี่ยนเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์
คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ +8 ให้เปลี่ยนเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์มาก

แบบประเมินนี้ ฮินริกส์และฮิสเบอเปอร์ (Hinrichs & Huseboe, 2001) ได้ตัดแปลงมาจากแบบ
ประเมินของความและไอส์ (Karam & Nies, 1994)
ภาคหน้า ข.

โปรแกรมการจัดการกันยี่ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะห้องสุข
โปรแกรมสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงน้อย ให้ปฏิบัติดังนี้

เครื่องพิมพ์ในบริเวณ 1,000 - 2,000 ซีซี.ต่อน้ำเงิน (รวมเครื่องพิมพ์ย้อนตัว)
ผลกําลังกาย: กําลังกายออกกําลังกาย ยอกสะโพก อย่างละ 10 ครั้ง วันละ 2 ครั้ง
รับประมาณอาหารที่มีปริมาณโอ๊ตมันใน 1 วัน: ลั่วแผล 1 ผล ฝัก หรือมะละกอ 100 กรัมต่อถ้วย (หรือ相当โทษ, กล้วยน้ำว้า, กล้วยหอม มีละ 1 ผล หรือมะละกอ 1 ขัน) เลือกอย่างใดอย่างหนึ่งต่อ 1 ถ้วย ถ้ามี
ต้นมะละกอเปียก 1 แก้วหรือ น้ำหวานผสมเม็ดแป้งลัก 1 แก้ว หรือน้ำสูกุลพรุ 1 แก้ว ต่อวัน เลือกอย่างใดอย่าง
หนึ่งใน 1 ถ้วยต่อวันกลับกัน

ฝึกการนอนอุจจาระ: นับแก้วต่อสําหรับนอนอุจจาระซักต่อประมาณ 5 - 10 นาที หลังอาหารเมื่อมี
ถ้าไม่ลื่นไปให้ปฏิบัติในเวลาต่อไป

ทักษะการเคลื่อนไหว: เดินด้วยตนเองหรือมีผู้คอยช่วยเหลืออย่างน้อย 5 - 10 เมตร หรือเดิน
รอบเส้นผู๊ป่า 2 ครั้งต่อวัน

โปรแกรมสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงปนกลาง ให้ปฏิบัติดังนี้

สิ่งนำในบริเวณ 1,000 - 2,000 ซีซี.ต่อน้ำเงิน เช่นเดียวกับโปรแกรมแรก
ผลกําลังกาย: ปฏิบัติเช่นเดียวกับโปรแกรมแรก
รับประมาณอาหารที่มีปริมาณโอ๊ตมันใน 1 วัน: รักษา 1 ถ้วย และน้ำหวานเปียกหรือ น้ำหวาน
ผสมเม็ดแป้งลัก 1 แก้วหรือน้ำสูกุลพรุ 1 แก้วต่อวัน อายุเพิ่มเติบ (กล้วยน้ำว้า, กล้วยน้ำว้า,
กล้วยหอม ) มีละ 1 ผล หรือมะละกอ 1 ขัน อย่างใดอย่างหนึ่งต่อ 1 ถ้วย รับประมาณได้ทั้ง 3 มื้อ
ฝึกการนอนอุจจาระ: ปฏิบัติเช่นเดียวกับโปรแกรมแรก
ทักษะการเคลื่อนไหว: ปฏิบัติเช่นเดียวกับโปรแกรมแรก

โปรแกรมสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงมาก ให้ปฏิบัติดังนี้

สิ่งนำในบริเวณ 1,000-2,000 ซีซี. ใน 1 วัน เช่นเดียวกับโปรแกรมแรก
ผลกําลังกาย: ปฏิบัติเช่นเดียวกับโปรแกรมแรก
รับประมาณอาหารที่มีปริมาณโอ๊ตมันใน 1 วัน: ตั้งชัย, ตั้งแต่ง, ตั้งแต่งดังนั้นมา.forNameให้เปียก
1 ถ้วยและน้ำหวานเปียก 1 แก้ว หรือ น้ำหวานผสมเม็ดแป้งลัก 1 แก้ว หรือน้ำสูกุลพรุ 1 แก้ว ต่อ 1 วัน
เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง หรืออาจเพิ่มเติมไม่ เช่น กล้วย มะละกอ หรือ มะละกอ อายุเดียวกัน รับประมาณได้ทั้ง
3 มื้อต่อวัน

Vol. 12 No. 1 21
ภาวะท้องสุดในผู้ป่วยที่รับไวในโรงพยาบาล

มีการรายงานว่า ปฏิบัติแยกระหว่างกับโปรแกรมแรก
ทำกิจกรรมการเคลื่อนไหว : ปฏิบัติแยกระหว่างกับโปรแกรมแรก
โปรแกรมนี้ติดแปลงจาก Protocols for bowel management program ของ คาเรมและไนส์ (Karam & Niles, 1994) และปรับปรุงมาจากและขัดข้อจากโคลิฟฟ์สำนักิ ศัพท์อิทธิยา (ประเทศไทย ภูมิเสียร์ อุรุวรรณ วงศ์พิภพ และรัษฎี คงคุณ, 2533)
เอกสารอ้างอิง


Jarunee Plaiyod* R.N., M.S.N. (Adult Nursing)
Orasa Panpakdee** R.N., DNS.

Abstract: Constipation is a common clinical problem of hospitalized patients. Constipation can aggravate patients’ condition to be worse, especially in patients with heart disease. Contributing factors of constipation are aging, disease condition, fluid intake restriction, mobility limitation, pain, depression, and some medications. Nurses should concern about constipation of each patient. However, in the clinical settings, there is no guideline for assessment and management of the patients with constipation. Assessment of the risk of constipation is comprised of assessing a patient’s pattern of bowel movement, examining a patient’s abdomen and bowel sound, assessing mental status, and medications associated with constipation condition. The patients should be evaluated a level of constipation which is mild, moderate, or severe level in order to select a proper intervention. Management of constipation includes having adequate fluid intake, increasing physical activity and exercise, having toilet training like the previous patient’s pattern, having a high fiber diet, and using laxatives if necessary. In addition, arrangement of patients environment to facilitate bowel movement and encouragement of patients’ participation in preventing constipation should be performed for constipation management in hospitalized patients.

Keywords: assessment, constipation, guideline, management, prevention

* Registered Nurse, Inburi Hospital
** Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.