



ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
ที่ได้รับประทานยากกลุ่มโอปิออยด์ (OPIOIDS)

OUTCOMES OF CONSTIPATION PREVENTION AND MANAGEMENT
GUIDELINE IN PATIENTS WITH ADVANCED CANCER
RECEIVING ORAL OPIOIDS

โดย

จิรภา ปรารมภ์

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2560



**OUTCOMES OF CONSTIPATION PREVENTION AND MANAGEMENT
GUIDELINE IN PATIENTS WITH ADVANCED CANCER
RECEIVING ORAL OPIOIDS**

BY

JIRAPA PRAROM

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT

OF THE REQUIREMENTS FOR

THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE IN ADULT NURSING

SCHOOL OF NURSING

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2017

วิทยานิพนธ์เรื่อง

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
ที่ได้รับประทานยากลุ่มโอปิออยด์ (OPIOIDS)

โดย

จิรภา ประรามภ์

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2560

ผศ.ดร.ศากุล ช่างไม้
ประธานกรรมการสอบ

ผศ.ดร.วารินทร์ บินโฮเซ็น
กรรมการ

ผศ.ดร. อำภาพร นามวงศ์พรหม
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ผศ.ร.ต.หญิง ดร.วรรณิ์ สุขสาตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
7 มิถุนายน พ.ศ. 2561

Thesis entitled

**OUTCOMES OF CONSTIPATION PREVENTION AND MANAGEMENT PRACTICE
GUIDELINE IN PATIENTS WITH ADVANCED CANCER
RECEIVING ORAL OPIOIDS**

by

JIRAPA PRAROM

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Nursing Science in Adult Nursing

Rangsit University
Academic Year 2017

Asst.Prof. Sakul Changmai, Ph.D.
Examination Committee Chairperson

Asst.Prof. Varin Binhosen, Ph.D.
Member

Asst.Prof. Ampaporn Namvongprom, Ph.D.
Member and Advisor

Asst.Prof. Nam-oy Pakdevong, Dr.P.H.
Member and Co-Advisor

Approved by Graduate School

(Asst.Prof.Plт.Off. Vannee Sooksatra, D.Eng.)

Dean of Graduate School

June 7, 2018

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงจากความกรุณาของคณาจารย์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ทุกท่าน ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ศากุล ช่างไม้ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร. อำภาพร นามวงศ์พรหม อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาสละเวลาเอาใจใส่ ให้กำลังใจเสมอมา และตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและเนื้อหาของงานวิจัยที่นำมาอ้างอิงในงานวิจัยครั้งนี้ และ ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้ความช่วยเหลือด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่นำมาใช้ในการวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาภรณ์และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ และข้อเสนอแนะที่นำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการได้มาซึ่งข้อมูล ได้แก่ หน่วยงานเวชระเบียน หน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยงานเภสัชกรรม หน่วยงานเคมีบำบัด และที่สำคัญ หัวหน้าหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานคลินิกประเมินความเสี่ยงเป็นอย่างยิ่ง ที่เอื้ออำนวยจัดการการทำงานให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

ขอขอบคุณผู้ปวยมะเร็งระยะลุกลามทุกท่านที่มาตรวจตามนัดหมาย ของหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ และผู้ดูแลทุกท่าน ที่ร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนและคอยเป็นกำลังใจ ขอบคุณพี่น้อง เพื่อนสหายที่เข้าใจและให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี ตั้งแต่เริ่มศึกษาค้นคว้าจนถึงสิ้นสุดการทำวิจัยครั้งนี้

จิรภา ปราบมภ์
ผู้วิจัย

5607761 : สาขาวิชาเอก: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
 คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูก, OPIOID INDUCED
 CONSTIPATION, ท้องผูกและมะเร็งระยะลุกลาม

จรรยา ปรารมภ์: ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการท้องผูกในผู้ป่วย
 มะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับประทานยา กลุ่มโอปิออยด์ (OPIOIDS) (OUTCOMES OF
 CONSTIPATION PREVENTION AND MANAGEMENT PRACTICE GUIDELINE IN
 PATIENTS WITH ADVANCED CANCER RECEIVING ORAL OPIOIDS) อาจารย์ที่
 ปรึกษา: ผศ.ดร. อำภาพร นามวงศ์พรหม, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 73
 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ แบบวัดก่อนและหลังและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Before and After Intervention with Comparison group) เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการ
 ท้องผูก ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ต่อระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก การรับรู้อาการ
 ท้องผูกและการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยา
 บรรเทาปวดกลุ่ม Opioids ชนิดรับประทาน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
 จำนวน 30 ราย และกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 30 ราย ซึ่งได้รับการแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและ
 จัดการท้องผูก เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและแบบบันทึก
 การขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก การรับรู้อาการ
 ท้องผูก และการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติและ
 ระหว่างกลุ่มที่ได้การดูแลปกติ และกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact
 Test

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก การรับรู้อาการท้องผูกและการรับรู้
 อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติและระหว่างกลุ่มที่ได้การดูแลปกติและ
 กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ
 ลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับต่ำจำนวน 4 คน ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย คือ ควรป้องกัน
 ท้องผูกโดยการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 โดย การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยที่เพียงพอ การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การมีกิจกรรมเคลื่อนไหว
 ฝึกการขับถ่าย และบันทึกการขับถ่ายอุจจาระด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ลายมือชื่อนักศึกษา ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

5607761 : MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

**KEYWORDS : CONSTIPATION PREVENTION AND MANAGEMENT
GUIDELINE, OPIOID INDUCED CONSTIPATION, ADVANCED
CANCER**

**JIRAPA PRAROM: OUTCOMES OF CONSTIPATION PREVENTION AND
MANAGEMENT PRACTICE GUIDELINE IN PATIENTS WITH ADVANCED CANCER
RECEIVING ORAL OPIOIDS. THESIS ADVISOR: ASST.PROF. AMPAPORN
NAMVONGPROM, Ph.D. THESIS CO-ADVISOR : ASST.PROF. NAM-OY
PAKDEVONG, Dr.P.H., 73 p.**

The objectives of this before and after intervention research with comparison group were to investigate the outcomes of constipation prevention and management practice guideline on risk of constipation, perceived constipation, and symptoms with constipation. Systematic sampling of 60 patients with advanced cancer receiving oral opioids were recruited and divided into two groups; 30 received a usual care and 30 received an evidenced-based practice guideline for constipation prevention and management. Risk of constipation, perceived constipation and symptoms with constipation were collected before and 4 weeks after the guideline. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square and Fisher’s Exact Test.

The findings showed that risk of constipation, perceived constipation and symptoms with constipation before and after and between intervention group were not significantly difference (p=.076). However risk of constipation of 4 patients in the intervention group was decreased from moderate level to low level. Laxative used and lifestyle modification with high fiber, adequate fluid intake, increase physical activity, bowel habit training, and regular bowel diary recording are suggested.

Student’s Signature Thesis Advisor’s Signature
Thesis Co-Advisor’s Signature

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูป	ช
บทที่ 1	
บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมุติฐาน	5
กรอบแนวคิดของการวิจัย	5
นิยามเชิงปฏิบัติการ	6
บทที่ 2	
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องงานวิจัย	8
นิยามท้องผูก	8
สาเหตุและกลไกการเกิดท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	8
การประเมินท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	9
เครื่องมือในการประเมินท้องผูก	10
แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูก	12
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
บทที่ 3	
วิธีการวิจัย	16
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	16
เกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก	16

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	17
พื้นที่การศึกษา	17
แผนการวิจัย	18
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	21
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	24
การเก็บรวบรวมข้อมูล	24
การวิเคราะห์ข้อมูล	25
บทที่ 4 ผลการวิจัย	26
ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	26
ส่วนที่ 2 ตอบคำถามการวิจัยและทดสอบสมมุติฐาน	30
บทที่ 5 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	35
สรุปผลการวิจัย	35
การอภิปรายผลการวิจัย	36
ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ	38
เอกสารอ้างอิง	40
ภาคผนวก	43
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	44
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	62
ภาคผนวก ค ผลการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติม	68
ประวัติผู้วิจัย	73

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 แสดงแผนการวิจัย	19
3.2 แสดงการดูแลกลุ่มตัวอย่างตามแนวปฏิบัติ	19
4.1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Chi-square	27
4.2 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย โดยใช้สถิติ Chi-square	29
4.3 เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Chi-square	30
4.4 เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Fisher's Exact test	31
4.5 เปรียบเทียบการรับรู้อาการท้องผูกระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's Exact test	32
4.6 เปรียบเทียบการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก โดยใช้สถิติ Chi-square	33

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่

1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

6



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งระยะลุกลาม (Advanced Cancer) เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้จะต้องเผชิญกับอาการของโรคที่รุนแรงร่วมกับอาการข้างเคียงของการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Treatment) ที่ได้รับ ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามคือ อาการปวด (Pain) อาการอ่อนล้า (Fatigue) อาการอ่อนเพลีย (Weakness) เบื่ออาหาร (Anorexia) คลื่นไส้ (Nausea) และท้องผูก (Constipation) ตามลำดับ อาการเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วพบว่า เป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานและส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Shoemaker, Estfann, Induru & Walsh, 2011) ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Treatment) จึงจำเป็นเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆที่เกิดขึ้น และให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2015)

อาการปวดเป็นอาการที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความรุนแรงจะแตกต่างกันตามชนิดและระยะของโรคมะเร็ง ซึ่งแนวทางในการจัดการอาการปวดโดยทั่วไปมีทั้งการจัดการ โดยการให้ยาและไม่ให้ยา (ASCO, 2015) การจัดการ โดยการไม่ให้ยา เช่น การให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านอารมณ์ การนวดคลึงบริเวณที่ปวด การประคบร้อนหรือเย็นบริเวณที่ปวด การพักผ่อน การผ่อนคลายหรือการทำสมาธิ เป็นต้น วิธีการเหล่านี้จะได้ผลดีเมื่อใช้ร่วมกับการบรรเทาปวดด้วยการให้ยา (ASCO, 2015) ส่วนการจัดการอาการปวดโดยการให้ยา ในเบื้องต้นต้องมีการประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด และการตรวจร่างกายเพิ่มเติม เพื่อเป็นเกณฑ์ในการเลือกให้ยาบรรเทาปวดตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1996) ที่ได้กำหนดบันไดของการให้ยาตามความรุนแรงของอาการปวด คือ ขั้นตอนที่หนึ่ง ถ้าปวดน้อย ให้ยาในกลุ่ม Non-Opioids เช่น Paracetamol, Aspirin และ NSAIDs เป็นต้น หากอาการปวดยังไม่ดีขึ้นหรือมีความรุนแรงมากขึ้น จะใช้ขั้นตอนที่สอง คือ ให้ยาในกลุ่ม Weak Opioids เช่น Codeine และ Tramadol เป็นต้น และหากผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้น และไม่สามารถระงับปวดได้ด้วย Weak

Opioids ในขนาดที่เหมาะสมแล้ว จะเปลี่ยนมาใช้ ยาในกลุ่มที่สาม คือ Strong Opioids เช่น Morphine, Fentanyl หรือ Methadone เป็นต้น

ปัจจุบันยาบรรเทาอาการปวดที่ใช้มากในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม คือ มอร์ฟีน (Morphine) ซึ่งเป็นกลุ่ม Strong Opioids พบว่าให้ผลดีในการบรรเทาอาการปวด (Kumar, Barker, & Emmanuel, 2014) ซึ่งผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยากกลุ่ม Strong Opioids คือ กดการหายใจ ง่วง สะลึมสะลือ คับ และส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดภาวะ Opioids Induced Constipation (OIC) และภาวะ Opioids-Induced Bowel Dysfunction (OIBD) ซึ่งจะพบการบีบหดตัวของลำไส้ ลดลง ส่งผลให้เกิดกรดไหลย้อน ภาวะอาหารว่างช้าลง เกิดการดูดซึมน้ำกลับมากขึ้น อุจจาระอยู่ในลำไส้ใหญ่นานขึ้นทำให้อุจจาระเป็นก้อนแข็ง (Fecal Impaction) ส่งผลให้เกิดลำไส้อุดตัน (Bowel Obstruction) ทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารตามมา นอกจากนี้ทำให้มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อช่องท้อง (Abdominal cramping) และหูดของทวารหนักเพิ่มขึ้น (Kumar et al., 2014; McMillan, 2004; Woolery et al., 2008) จากการทบทวนวิจัยพบว่าท้องผูกเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดถึงร้อยละ 74-92 และทำให้การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง (Aurilio, Pace, Pota & Sansone, 2012; Panchal, Muller-Schwefe, & Wurzemann, 2007) ทำให้เกิดความรำคาญและไม่สบาย ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (Aurilio et al., 2012) รวมทั้งทำให้อุจจาระมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในเรื่องการขับถ่าย (National Cancer Institute [NCI], 2014a; National Institute for Health and Care Excellent [NICE], 2012; Woolery et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบ แนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย การจัดการท้องผูกทั้งโดยการไม่ใช้ยาและใช้ยา โดยการให้ยา พบว่า แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ยาระบายแก่ผู้ป่วยทุกครั้งที่ให้รับประทานยากกลุ่ม Opioids กลุ่มของยาระบายที่ใช้บ่อยในปัจจุบันมีหลายกลุ่ม เช่น Bulk Producers, Fecal Softeners, Stimulant Laxatives, Lubricant Laxatives, Osmotic Laxatives, Saline Laxatives และ Opioids Antagonists (NCI, 2014a) ส่วนแนวทางการป้องกันและจัดการท้องผูกโดยการไม่ใช้ยา พบว่าการป้องกันการเกิดท้องผูกเป็นวิธีการที่ดีที่สุด (NCI, 2014a) ซึ่งแนวปฏิบัตินี้ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง ร่วมกับผักที่สามารถหาได้ง่ายในแต่ละมื้ออาหาร หรือเพิ่มผลไม้ในทุกมื้อ การดื่มน้ำ

เพิ่มขึ้น ฝึกการขับถ่ายอุจจาระ และการออกกำลังกายเคลื่อนไหว โดยเดินหลังมื้ออาหาร 5-10 นาที (NCI, 2014a; McKay, Fravel, & Scanlon, 2010)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตาม แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของอาการท้องผูก โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินอาการที่ถึงแสดงภาวะท้องผูก รวมทั้งการสอนผู้ป่วยเพื่อให้สามารถประเมินด้วยตนเอง ได้ นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในด้านการป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงของอาการ ท้องผูก โดยการสอนผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของวิธีการป้องกันท้องผูก ทั้งโดยการใช้ยา ระบาย เพื่อป้องกันและรักษาอาการท้องผูกตามแผนการรักษา รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย และการฝึกการขับถ่าย ซึ่งการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ร่วมกับการใช้ยา ระบาย จะลดความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการ ท้องผูก (National Clinical Effectiveness Committee, 2015) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวน งานวิจัยทางการแพทย์ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันท้องผูก ใน ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาบรรเทาปวด โดยใช้ Strong Opioids พบว่ามีอยู่อย่างจำกัด (NCI, 2014a; NICE, 2012; Shoemaker et al., 2011; Woolery et al., 2008)

โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการวิจัยและรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งใน แผนกผู้ป่วยนอก มีผู้เข้ารับบริการ ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ เดือนละประมาณ 2,000-2,500 ราย ซึ่งข้อมูลจากการใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่ม Strong Opioids ระยะเวลา 3 เดือนย้อนหลัง (กันยายน 2559 - พฤศจิกายน 2559) ในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า มีการสั่งใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่ม Strong Opioids ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 378 ครั้ง จากผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 332 คน ซึ่งจำแนกตาม ระยะของโรคมะเร็ง คือ ผู้ป่วยระยะลุกลามจำนวน 145 คน และผู้ป่วยระยะสุดท้าย 187 คน จำแนก ตามยาที่ได้รับ กลุ่มยาแบบรับประทาน คือ Morphine ร้อยละ 75.30 (ขนาด 10 mg ร้อยละ 75, 30 mg ร้อยละ 20, 60 mg ร้อยละ 5) และชนิดอื่นๆ ได้แก่ Kapanol ร้อยละ 18.94 (ขนาด 20 mg, 50 mg, 100 mg) Methadone ร้อยละ 2.44 (ขนาด 5 mg) และชนิดแปะผิวหนัง คือ Durogesic ร้อยละ 3.32 (ขนาด 12 mg, 25 mg, 50 mg) และมีข้อมูลของการให้ยา ระบายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ ได้รับยาบรรเทาอาการปวดกลุ่ม Opioids พบว่า ร้อยละ 71.03 (103 คน) ได้รับยา ระบายกลุ่มเพิ่มการ บีบตัวของลำไส้ (Stimulant laxative) คือ Senokot Bisacodyl เป็นต้น ร้อยละ 26.21 (38 คน) กลุ่มที่ ดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ลำไส้ (Osmotic laxative) คือ MOM และยา ระบายแบบสวน ร้อยละ 2.75 (4 คน) (หน่วยงานเภสัชกรรม, 2559)

กระบวนการดูแลตามปกติของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาบรรเทาอาการปวด กลุ่ม Strong Opioids จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และเภสัชกร เกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นของยา รวมทั้งผลข้างเคียงของยาและให้ยาระบายแก่ผู้ป่วยทุกราย พยาบาลมีบทบาทในการอธิบายเกี่ยวกับการนัดหมาย การเตรียมตัวมาตรวจครั้งถัดไป เช่น การตรวจเลือด การตรวจเอกซเรย์ปอด ก่อนพบแพทย์ และอธิบายวิธีการจัดการและดูแลอาการต่างๆของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะนั้น ตามระยะเวลาที่จำกัดและประสบการณ์ของแต่ละคน ทำให้ไม่ครอบคลุมถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการที่จะนำแนวปฏิบัติในการป้องกันท้องผูกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของ (NCI, 2014A) ร่วมกับแนวปฏิบัติของ BC Cancer Agency (as cited in Buduhan, Cashman, Cooper, Levy, & Syme, 2010, 2013) มาปรับใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับยา กลุ่ม Strong Opioids ร่วมกับการให้ยาระบายตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีเป้าหมายเพื่อที่บรรเทาความรุนแรงของท้องผูกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการท้องผูก ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีผลต่อ ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก การรับรู้อาการท้องผูกและการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

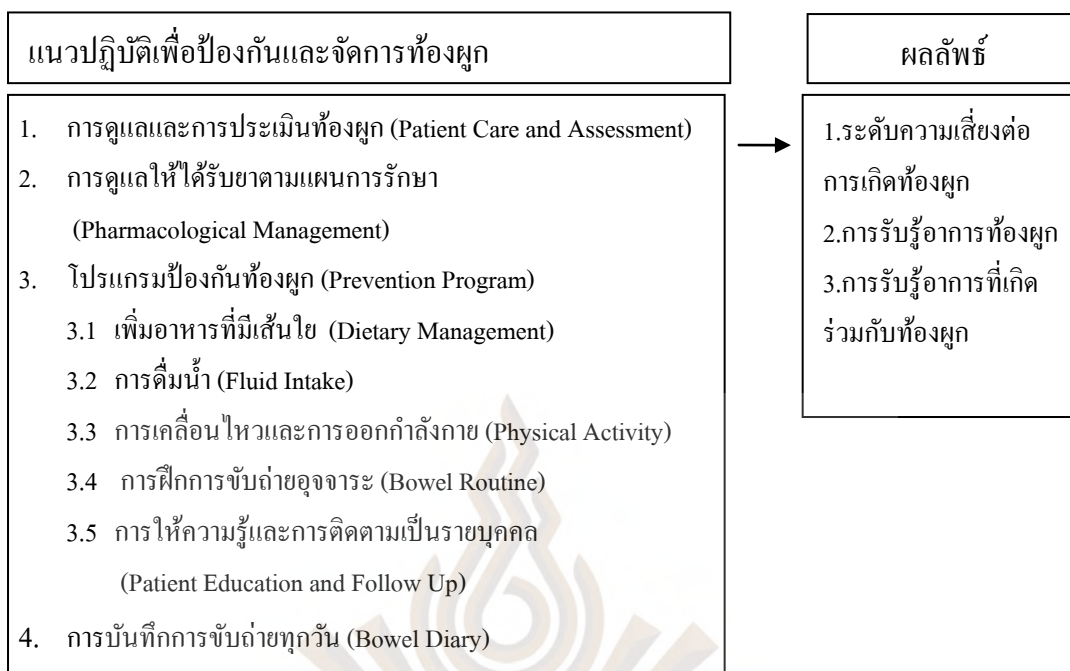
- 1) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับประทานยา กลุ่ม Opioids ระหว่างก่อนและหลังกลุ่มในใช้แนวปฏิบัติป้องกันท้องผูก
- 2) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับประทานยา กลุ่ม Opioids ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ
- 3) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้อาการท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ
- 4) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานงานวิจัย

- 1) ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับประทานยา กลุ่ม Opioids ระหว่างก่อนและหลังกลุ่มในใช้แนวปฏิบัติป้องกันท้องผูก แตกต่างกัน
- 2) ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับประทานยา กลุ่ม Opioids ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ แตกต่างกัน
- 3) การรับรู้อาการท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ แตกต่างกัน
- 4) การรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูก ที่พัฒนามาจาก หลักฐานเชิงประจักษ์ ของ National Cancer Institute และของ BC Cancer Agency “Symptom Management Guidelines: Constipation” (Buduhan et al., 2010, 2013) ประกอบด้วย (1) การดูแลผู้ป่วยและการประเมินท้องผูก ซึ่งการดูแลประกอบด้วย การดูแลและค้นหาสาเหตุท้องผูก (NCI, 2014a) การดูแลและการประเมินท้องผูก (Patient Care and Assessment) (Buduhan et al., 2010, 2013) การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา (Pharmacological Management) (Buduhan et al., 2010, 2013) การจัดการโดยการให้ยาบรรเทาและการจัดการโดยไม่ใช้ยา (NCI, 2014a) และการบันทึกการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน (NCI, 2014a; Buduhan et al., 2010, 2013) ส่วนการประเมินท้องผูกประกอบด้วย การซักประวัติและการตรวจร่างกาย (NCI, 2014a; Buduhan et al., 2010, 2013) (2) ส่วนการประเมินท้องผูก ผู้วิจัยใช้การดูแลและการประเมินท้องผูก (Patient Care and Assessment) การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา (Pharmacological Management) (Buduhan et al., 2010, 2013) (3) โปรแกรมการป้องกันท้องผูก ประกอบด้วย การเพิ่มอาหารที่มีเส้นใย (Dietary Management) การดื่มน้ำ (Fluid Intake) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Physical Activity) และการฝึกการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Routine) (NCI, 2014a; Buduhan et al., 2010, 2013) ซึ่งคัดแปลงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ของการใช้แนวปฏิบัติ จากระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก การรับรู้อาการท้องผูก และการรับรู้อาการแสดงที่เกิดร่วมกับท้องผูก กรอบแนวคิดการวิจัย ดังรูปที่ 1.1



รูปที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการท้องผูก ในการวิจัยครั้งนี้พัฒนามาจากแนวปฏิบัติที่มีมาก่อนของ NCI (2014a) ร่วมกับ BC Cancer Agency (Buduhan et al., 2010, 2013) ประกอบด้วย

- 1) การดูแลและการประเมินอาการท้องผูก (Patient Care and Assessment)
- 2) การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา (Pharmacological Management)
- 3) โปรแกรมป้องกันการเกิดท้องผูก (Prevention Program) ประกอบด้วย เพิ่มอาหารที่มีเส้นใย (Dietary Management) การดื่มน้ำ (Fluid Intake) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Physical Activity) การฝึกการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Routine) การให้ความรู้และการติดตามเป็นรายบุคคล (Patient Education and Follow Up)

- 4) การบันทึกการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน (Bowel Diary) โดยผู้ป่วย เป็นตารางบันทึกจำนวนครั้ง ของอาการท้องผูกและการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูกในแต่ละวัน

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก วัดโดยใช้เครื่องมือวัดระดับความเสี่ยงต่อท้องผูก Constipation Risk Assessment Scale (CRAS) ของคุณ โบตัน แสนสุขสวัสดิ์ (2007) ที่แปลเป็นภาษาไทย ซึ่งแบ่งระดับความเสี่ยงจากคะแนนรวมที่ได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ซึ่งค่า

คะแนนที่น้อย หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก และค่าคะแนนที่มาก หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกสูง

การรับรู้อาการท้องผูก ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประเมินจากการมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ จาก 6 อาการ ต่อไปนี้ คือ 1) ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) ต้องเบ่งมากกว่าปกติ 3) อุจจาระเป็นก้อนแข็ง 4) รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด 5) มีความรู้สึกถ่ายไม่ออกเนื่องจากมีสิ่งอุดกั้นบริเวณทวารหนัก และ 6) ต้องใช้นิ้วมือช่วยในการถ่ายอุจจาระ วัดจากการบันทึกการขับถ่ายประจำวัน (Bowel Diary) ต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์

การรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประเมินจากอาการร่วมที่เกิดขณะมีอาการท้องผูก 5 อาการ ต่อไปนี้ 1) ไม่อยากอาหาร 2) ท้องอืดแน่นท้อง 3) คลื่นไส้พะอืดพะอม 4) เรอแสบขอดอก และ 5) รีดสีดวงมีอาการบวมแดง เป็นต้น วัดจากการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น โดยการบันทึกขับถ่ายประจำวัน (Bowel Diary) ของผู้ป่วย ต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวัดก่อนและหลังและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Before and After Intervention with Comparison Group) ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้
อาการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids)
การประเมินการเกิดท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็ง
แนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็ง
การจัดการท้องผูกโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา

อาการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids)

การวิจัยครั้งนี้ใช้นิยามอาการท้องผูกของสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) ปี 2552 ซึ่งใช้เกณฑ์ของ Rome III criteria ในการวินิจฉัยภาวะท้องผูก คือ ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ คือ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด มีความรู้สึกถ่ายไม่ออกเนื่องจากมีสิ่งอุดกั้นบริเวณทวารหนัก หรือต้องใช้นิ้วมือช่วยในการถ่ายอุจจาระ

สาเหตุและกลไกของการเกิดท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่ม Opioids

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านพื้นฐานและพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย อายุ อาหารที่รับประทาน การได้รับน้ำอย่างเพียงพอ การเคลื่อนไหวที่น้อยลง และความเป็นส่วนตัวในการขับถ่ายอุจจาระ 2) ปัจจัยด้านการทำงานของลำไส้ที่ผิดปกติ เช่น ลำไส้อุดตัน มีก้อนในอุ้งเชิง

กราน พังผืดจากการฉายแสง เป็นต้น ผลของเมตาบอลิซึมต่างๆที่ผิดปกติ เช่น ภาวะ Dehydration, Hypercalcemia, Hyperglycemia, Hypothyroidism เป็นต้น รวมถึง โรคเมเร็งที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท เช่น ก้อนที่ไขสันหลัง เป็นต้น 3) ปัจจัยด้านผลจากยาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น Opioids Therapy, Cytotoxic Agent (Vinca Alkaloid, Oxalipatin, Thalidomide), Diuretic, Antiarrhythmics, Aluminum Antacids, Anticonvulsant, Antihistamine, Anti-Parkinsonian Agent, Barbiturates, Calcium Channel Blockers, Iron เป็นต้น (NCI, 2014a; Woolery et al., 2008)

การออกฤทธิ์และกลไกการทำงานของ Opioids ที่สัมพันธ์กับการเกิดท้องผูก (OIC: Opioid Induced Constipation) พบว่า มอร์ฟีนออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง และส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร โดยกลไก คือ μ - receptor ของ Opioid จะจับ μ Receptor ของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ส่งผลทำให้การบีบรัดตัวของลำไส้ลดลง กระเพาะอาหารว่างช้าลง อุจจาระค้างในลำไส้ นานมากขึ้น เกิดการดูดซึมน้ำและเกลือแร่กลับเข้ามาในลำไส้เล็กมากขึ้น อุจจาระจึงมีลักษณะแข็ง เพิ่มการหดเกร็งหูรูดและทวารมีการบีบรัดตัวมากขึ้น เพิ่มการหดเกร็งของช่องท้อง และส่งผลถึงทางเดินอาหารส่วนบน ทำให้เกิดกรดไหลย้อน (Gastrointestinal Reflux) (Aurilio et al., 2012; Buduhan et al., 2010, 2013; Kumar et al., 2014; McMillan, 2004; NICE, 2012; Panchal et al., 2007; Woolery et al., 2008)

การประเมินท้องผูกในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบวิธีการประเมินท้องผูกในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตามแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูก จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การซักประวัติและการตรวจร่างกายและจิตใจ

การซักประวัติจะมุ่งเน้น ประวัติการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะอุจจาระ ความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระ การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายอุจจาระ (Buduhan et al., 2010, 2013; NCI, 2014a) การรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ได้รับในแต่ละวัน (Buduhan et al., 2010, 2013; McMillan, 2004; NCI, 2014a) การกลืนและการเคี้ยวที่ผิดปกติ (McMillan, 2004) ประวัติการรักษาที่เคยได้รับ เช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด เป็นต้น (Buduhan et al., 2010, 2013) โรคประจำตัว ระยะของโรค และยาที่ได้รับ เช่น ยากลุ่ม Opioids (Buduhan et al., 2010, 2013; NCI, 2014a) การผ่าตัดเกี่ยวกับทางเดิน

อาหาร (NCI, 2014a) การประเมินด้านจิตใจ (Buduhan et al., 2010, 2013) กิจกรรมการเคลื่อนไหว และออกกำลังกายในแต่ละวัน (Buduhan et al., 2010, 2013; NCI, 2014a)

การตรวจร่างกายเพื่อประเมินท้องผูก ประกอบด้วย การฟังเสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ (ปกติ ลำไส้เคลื่อนไหวมากกว่า 3 ครั้ง/นาที) (Buduhan et al., 2010, 2013; NCI, 2014a) การตรวจช่องท้อง โดยการเคาะ และการดูหน้าท้อง รวมถึงการคลำหน้าท้อง เพื่อค้นหาลักษณะผิดปกติและ อุจจาระอัดแน่น (Fecal Impact) (Buduhan et al., 2010, 2013; NCI, 2014a) การตรวจช่องปาก ดูช่องปาก ฟัน เพื่อประเมินการกลืนร่วมด้วย (McMillan, 2004) และการตรวจทางทวารหนัก (ในกรณีที่ ไม่ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 วัน) (Buduhan et al., 2010, 2013; McMillan, 2004; NCI, 2014a)

เครื่องมือในการประเมินท้องผูก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีเครื่องมือประเมินท้องผูก 3 ชนิด คือ 1) แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก (Constipation Risk Assessment Scale, CRAS) สร้างโดย Karam and Nies (1994) ปรับปรุงโดย Hinrich and Hueboe (2001) แปลเป็นภาษาไทย โดย โบตัน แสนสุขสวัสดิ์ (2007) โดยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย ในกลุ่มประชากรทั่วไป กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระบบประสาทที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็ง และโรคระยะลุกลามอื่นๆ (Advanced Illness) 2) แบบวัดอาการท้องผูก (Constipation Assessment Scale, CAS) 3) แบบวัดระดับความรุนแรงท้องผูก (Constipation Grading Scale) NCI (2014a) ใช้ในเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้

แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก (Constipation Risk Assessment Scale, CRAS)

แบบประเมินนี้แปลเป็นภาษาไทย โดย โบตัน แสนสุขสวัสดิ์ (2007) ประกอบด้วย การประเมิน 2 ส่วน คือ การซักประวัติและการตรวจร่างกายและจิตใจ ดังนี้ ส่วนที่ 1) การซักประวัติทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายและจิตใจจะซักประวัติเกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่าย อุจจาระ ความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะอุจจาระ การแก้ไขปัญหาท้องผูก เช่น การใช้ยาระบาย เป็นต้น ประวัติเกี่ยวกับการผ่าตัดที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร สอบถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และน้ำดื่มที่ผู้ป่วยได้รับใน 3 วันที่ผ่านมา ทางด้านจิตใจ ควรซัก

ประวัติเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น การเป็นโรคซึมเศร้าหรือสมองเสื่อมหรือไม่ กิจกรรมการเคลื่อนไหวและการพักผ่อน และข้อมูลเกี่ยวกับการได้ยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูก 2) การตรวจร่างกาย โดยการฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้ และการคลำหน้าท้อง เพื่อค้นหาลักษณะผิดปกติและอุจจาระอัดแน่น

เกณฑ์ในการให้คะแนนแบบประเมินนี้จะมีส่วนที่คิดคะแนนและส่วนที่ไม่คิดคะแนน ในข้อที่ได้คะแนนจะมีการระบุค่าคะแนน ระหว่าง -2 ถึง $+2$ เมื่อทำการประเมินเสร็จสิ้นให้นำส่วนคะแนนทั้งหมดรวมกัน ซึ่งแบ่งกลุ่มระดับความเสี่ยงต่อการเกิด ดังนี้

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ -19 แสดงว่า ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิด

คะแนนระหว่าง -18 ถึง -6 แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง -5 ถึง $+7$ แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ $+8$ แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดระดับสูง

แบบวัดอาการท้องผูก Constipation Assessment Scale (CAS)

Constipation Assessment Scale (CAS) เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยถามตอบกับผู้ป่วยโดยตรง มีทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 1) มีอาการท้องอืด 2) มีลมในช่องท้อง 3) มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง 4) มีอุจจาระเหลว 5) มีแรงดันในช่องท้องหรือทวารหนัก 6) มีอาการปวดขณะถ่ายอุจจาระ 7) มีอุจจาระก้อนเล็กกล และ 8) มีความรู้สึกถ่ายอุจจาระไม่ออก กำหนดคะแนนไว้คือ “ไม่มีอาการ=0 คะแนน” “มีอาการบ้าง=1 คะแนน” “มีอาการมาก=2 คะแนน” เกณฑ์ในการให้คะแนนรวมตั้งแต่ 0-16 คะแนน และให้คะแนนแต่ละข้อมารวมกัน ถ้าคะแนน 0 คือ ไม่มีท้องผูก และถ้าคะแนนเท่ากับ 16 คือ มีอาการท้องผูกมาก (McMillan, 2004)

แบบวัดระดับความรุนแรงท้องผูก Constipation Grading Scale (CGS)

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะอุจจาระ ความถี่ในการขับอุจจาระ (Victoria Bowel Performance Scale) รวมทั้งสอบถามอาการผิดปกติอื่นร่วมด้วย เช่น มีอาการปวดท้องมาก คลื่นไส้ อาเจียน มีท้องผูกสลับท้องเสีย มีเลือดออกทางทวารหนัก และการตรวจร่างกาย เช่น การฟังและคลำช่องท้อง การตรวจทางทวารหนัก การตรวจผิวหนังเพื่อดูภาวะขาดน้ำ (Skin turgor) น้ำหนัก และค่าสัญญาณชีพ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับปกติ (Normal) หมายถึง การขับถ่ายปกติอุจจาระ

เกรด 1 (Mild) หมายถึง มีอาการท้องผูกบางครั้ง ใช้ยาระบายกลุ่ม Softener ช่วยให้อุจจาระนุ่มขึ้น และปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทานหรือการใช้ยาระบายแบบสวนทางทวารหนัก

เกรด 2 (Moderate) หมายถึง มีอาการท้องผูกเป็นประจำ และใช้ยาระบายหรือการใช้ยาระบายแบบสวนทางทวารเป็นประจำ หรือมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง

เกรด 3 (Severe) หมายถึง มีอุจจาระอุดตันต้องใช้นิ้วช่วยในการถ่ายอุจจาระ และมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง

เกรด 4 (Life-threatening) หมายถึง มีอาการที่รุนแรงและต้องให้การช่วยเหลือแบบ Urgent” เช่น มีอาการปวดท้องแบบเฉียบพลัน คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ (Temperature \geq 38 องศาเซลเซียส) เป็นต้น (NCI, 2014a)

โดยสรุป เครื่องมือในการประเมินอาการท้องผูก 3 ชนิด ข้างต้นมีเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อระดับการเกิดท้องผูก คือ CRAS และเครื่องมือซึ่งประเมินความรุนแรงท้องผูกในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่นอนรักษาในโรงพยาบาล คือ CAS และ CGS โดยการวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูก ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือสำหรับประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก คือ CRAS ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามนัดหมายที่แผนกผู้ป่วยนอก และพัฒนาเครื่องมือแบบบันทึกอุจจาระด้วยตนเอง (Bowel Diary) จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีมาก่อน เพื่อประเมินการรับรู้อาการท้องผูก และการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูกของกลุ่มตัวอย่าง

แนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูก ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มระยะลุกลามและระยะสุดท้าย (Advanced Cancer และ Palliative Care) (ASCO, 2015) ประกอบด้วย การจัดการท้องผูกโดยการใช้ยาและการป้องกันท้องผูกโดยการไม่ใช้ยา ดังนี้

- 1) แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูก โดยใช้ยา

กลุ่มยาระบายที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ Bulk Producers, Fecal Softeners, Stimulant Laxatives, Lubricant Laxatives, Osmotic Laxatives, Saline Laxatives และ Opioids Antagonists (NCI, 2014a) มีรายละเอียดดังนี้คือ

1.1) Bulk Producers กลุ่มนี้ทำให้มีปริมาณอุจจาระมากขึ้นโดยการช่วยดูดซึมน้ำกลับในลำไส้ ทำให้ก้อนอุจจาระไม่แข็ง ทำให้ถ่ายอุจจาระง่ายขึ้น เช่น เม็ดแมงลัก เป็นต้น การออกฤทธิ์ 12-24 ชั่วโมง (อาจนานถึง 72 ชั่วโมง) ข้อควรระวัง ในกรณีที่ดื่มน้ำไม่เพียงพอหรือน้อยกว่าปริมาณ 480 มิลลิลิตร จะทำให้เกิด Bowel Obstruction ได้

1.2) Fecal Softeners มีกลไกช่วยคืนน้ำกลับสู่อุจจาระ ทำให้อุจจาระอ่อนนุ่ม ใช้ร่วมกับกลุ่ม stimulant laxative เช่น Docusate Sodium, Docusate Potassium, Poloxamer เป็นต้น การออกฤทธิ์ช้า 1-3 วัน ข้อควรระวัง อาจเพิ่มการดูดซึมยาระบายกลุ่ม Mineral oil

1.3) Stimulant Laxatives ออกเพิ่มการบีบตัวของลำไส้ใหญ่มากขึ้น ลดการดูดซึมน้ำและเพิ่มสารคัดหลั่งของเยื่อเมือก อุจจาระจึงอ่อนนุ่ม ขับถ่ายง่าย เช่น Senna, Bisacodyl, Danthron เป็นต้น การออกฤทธิ์ 6-10 ชั่วโมง ข้อควรระวังการใช้ระยะยาว มีผลทำให้การทำงานของลำไส้ผิดปกติ Bisacodyl ซึ่งอยู่ในรูป Enteric Coated จึงห้ามเคี้ยว ให้รับประทานโดยการกลืนยา และไม่ควรรับประทานร่วมกับยาลดกรด หรือนมภายใน 1 ชั่วโมง

1.4) Lubricant Laxatives ช่วยลดการดูดซึมน้ำบริเวณลำไส้ให้ช้าลง ทำให้อุจจาระลื่น อ่อนนุ่ม ขับถ่ายง่าย เช่น Mineral Oil, Paraffin, Olive Oil เป็นต้น ออกฤทธิ์ภายใน 6-8 ชั่วโมง ข้อควรระวัง ไม่ควรใช้บ่อยครั้งเพราะอาจทำให้ขาดวิตามินที่ละลายในไขมันได้ ระวังการใช้ในผู้สูงอายุ เพราะอาจเกิดสำลักเอายาเข้าสู่หลอดลมทำให้เกิดปอดบวม (Lipid pneumonia) ได้

1.5) Saline laxatives กลุ่มนี้จะดูดน้ำจากเนื้อเยื่อของลำไส้เข้ามาในลำไส้ ทำให้อุจจาระอ่อนนุ่ม ขับถ่ายได้ง่าย เพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ เช่น Milk Of Magnesium, Lactulose เป็นต้น ข้อควรระวัง คือ อาจทำให้ท้องเสีย สูญเสียอิเล็กโตรไลต์ ผู้ป่วยอาจเกิดอาการปวดท้อง อุจจาระอุดตันแบบฉับพลันได้

1.6) Polyethylene Glycol and Electrolytes ออกฤทธิ์โดยการดึงน้ำเข้าสู่ลำไส้ ทำให้อุจจาระนิ่มขึ้นและทำให้อุจจาระเคลื่อนตัวได้ง่ายขึ้น เหมาะสำหรับผู้ที่มีอาการท้องผูกเรื้อรัง เช่น Golytely, Colyte เป็นต้น ข้อควรระวัง หากมีการใช้ยาระบายในรูปแบบนี้ติดต่อกันเกิน 1 สัปดาห์ ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร

1.7) Opioids Antagonists ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยยับยั้ง Opioids Receptor ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ได้แก่ ยา Naloxones, Methylnaltrex (MNTX) เป็นต้น ข้อควรระวัง ห้ามใช้ผู้ป่วยที่มีลำไส้อุดตัน

2) แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูก โดยการไม่ใช้ยา

การป้องกันการเกิดท้องผูก คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันและแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเกิดท้องผูก ควบคู่กับการได้รับยาระบาย (NCI, 2014a) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดท้องผูก ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยมะเร็ง ของ NCI (2014a) ประกอบด้วยกิจกรรมการป้องกันท้องผูก ดังนี้ คือ (1) การบันทึกการขับถ่ายทุกวัน (2) การรับประทานอาหารที่มีเส้นใย 20-35 กรัม/วัน หรือเพิ่มผลไม้ 1 ผล ในมื้ออาหารทุกมื้อ (3) การดื่มน้ำอย่างเพียงพอ 1500-2000 มิลลิลิตรต่อวัน หรือ 8-12 แก้ว/วัน (4) การออกกำลังกายที่เน้นกล้ามเนื้อหน้าท้อง หลังการรับประทานอาหาร 5-10 นาที หรือ การเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายตามความเหมาะสม (5) การดื่มน้ำอุ่นก่อนเข้าห้องน้ำ 30 นาที-1 ชั่วโมง หรือการฝึกการขับถ่ายเข้าห้องน้ำหลังรับประทานอาหาร 30-60 นาที (6) การจัดห้องน้ำแนะนำให้มีความเป็นส่วนตัวและสงบในช่วงเวลาขับถ่ายอุจจาระ โดยมีกิจกรรมที่เพิ่มเติมจาก BC Cancer Agency (Buduhan et al., 2010, 2013) คือ การให้ความรู้เพื่อป้องกันและติดตาม และการจัดการท้องผูกโดยการไม่ใช้ยาระบายร่วมด้วย และมีโปรแกรมป้องกันการเกิดท้องผูก (Prevention Program) มีกิจกรรมที่สอดคล้องกับของ NCI (2014a) ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้และปรับตามความเหมาะสมในทางปฏิบัติและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการดูแลท้องผูก ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

จากการสืบค้นไม่พบเป็นงานวิจัยที่ นำแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูกโดยการไม่ใช้ยา มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่ม Opioid อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นที่พบงานวิจัยทางเภสัชกรรมที่ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ยาระบายชนิดต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การวิเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ ดังนี้

Lee-Robichaud, Thomas, Morgan, and Nelson (2010) ทำ Meta-analysis เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยาระบายระหว่าง Polyethylene Glycol และ Lactulose พบงานวิจัย Randomized controlled trials ทั้งหมด 10 เรื่อง มีผลการศึกษา 5 เรื่องที่ พบว่า Polyethylene Glycol ช่วยทำให้ความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระในสัปดาห์มากกว่า Lactulose มี 3 เรื่อง ช่วยบรรเทาอาการปวดท้อง และมี 2 เรื่องที่ช่วยให้อุจจาระรวมกันเป็นก้อน ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำให้พิจารณาการใช้ยาระบายกลุ่ม Polyethylene Glycol ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกเรื้อรัง

Candy, Jones, Goodman, Drake, and Tookman (2011) ทำการวิเคราะห์งานวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบ การใช้ Laxatives กับ Methynaltrexone (MNTX) โดยรวบรวมผลการวิจัย RCT ที่มีการทดลองใช้ยา Methynaltrexone (MNTX) รักษาการเกิดท้องผูก เปรียบเทียบกับกลุ่มยาหลอก (Placebo) ผลการศึกษาพบว่า ยังมีงานวิจัยที่เป็น RCT และหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอ ในการแนะนำให้ใช้ ยา Methynaltrexone (MNTX) รักษาการเกิดท้องผูก พบว่าเป็นเพียงหนึ่งข้อควรปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ซึ่งยา Methynaltrexone (MNTX) ช่วยเพิ่มการทำงานของลำไส้ให้บีบตัวเพิ่มมากขึ้น แต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียง คือ อาการเวียนศีรษะและมีแก๊สมากขึ้น ข้อสรุปคือ การเลือกใช้ยาระบายควรคำนึงถึงประโยชน์และผลข้างเคียงของยาด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีแต่การทดลองที่ใช้ยาในการป้องกันท้องผูก ยังไม่พบงานวิจัยที่นำแนวปฏิบัติการป้องกันท้องผูกไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้ด้วยยาบรรเทาปวดกลุ่ม Strong Opioid รับชนิดรับประทาน แต่พบแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยมะเร็ง ของ NCI (2014a) และสถาบัน BC Cancer Agency (Buduhan, et al., 2010, 2013) ซึ่งเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดท้องผูกเป็นคำแนะนำที่ควรปฏิบัติ (Recommendations) ในแนวปฏิบัติ สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจจะนำแนวปฏิบัติการป้องกันท้องผูกจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานและการให้ยาระบายตามแผนการรักษาของแพทย์

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

แบบของการวิจัยปฏิบัติการ (Intervention Research) นี้เป็นแบบวัดก่อน-หลัง และมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Before and After Intervention with Comparison group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเข้าถึง (Accessible population) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (Advanced cancer) ที่มาตรวจตามนัดในคลินิกมะเร็งทั่วไป ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่ ที่รับประทานยา กลุ่ม Strong Opioid ชนิด MST 10 mg

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เลือกจากประชากรเข้าถึงที่มาตรวจติดตาม ในระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

- 1) เพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป
- 2) เป็นผู้ป่วยมะเร็งรายเก่าและรายใหม่ อยู่ในระยะลุกลามตามการวินิจฉัยของแพทย์
- 3) รับประทานยา กลุ่ม Strong Opioid ชนิด MST 10 mg
- 4) สามารถเขียน อ่าน ภาษาไทย และบันทึกข้อมูลได้
- 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- 1) โรคมะเร็งระยะสุดท้าย (End of Life) ตามการวินิจฉัยของแพทย์
- 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเกี่ยวกับลำไส้ เช่น ลำไส้อุดตัน มีก้อนในช่องท้อง เป็น

ต้น

- 3) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคที่มีข้อจำกัดในการดื่มน้ำ เช่น โรคหัวใจ และโรคไต เป็นต้น
- 4) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรกระบบประสาทและไขสันหลัง ที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว เช่น Spinal cord involvement, Sacral nerve infiltration, Autonomic dysfunction เป็นต้น
- 5) มีข้อจำกัด อื่นๆ เช่น ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองและใส่สายให้อาหารยา
- 6) ได้รับการผ่าตัดน้อยกว่า 1 เดือน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนด Effect size .30 เนื่องจากไม่มีงานวิจัยที่มีตัวแปรตรงกับที่จะศึกษาแต่มีแนวปฏิบัติในการป้องกันท้องผูก ที่มีข้อแนะนำ (Recommendation) ให้ปฏิบัติ ของ NCI (2014a) กับ BC Cancer Agency (as cited in Buduhan et al., 2010, 2013) ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจในการทดสอบ .80 เปิดตารางของ (Norwood, 2000) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ จำนวน 34 คน โดยสุ่มตัวอย่างจากประชากร อย่างมีระบบ (Systematic Sampling) ตามลำดับการเข้าร่วมวิจัย คือ เลขคู่ เป็นกลุ่มตัวอย่างใช้แนวปฏิบัติ และเลขคี่ แทนกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้วยระยะเวลาในการเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างที่มีการเลื่อนนัดหมาย ระหว่างเข้าร่วมวิจัย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดยุติการเข้าร่วมวิจัย

พื้นที่ศึกษา

แผนกผู้ป่วยนอกชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ประกอบด้วยจำนวน 10 ห้องตรวจ ห้องสอน สุขศึกษา 1 ห้อง แพทย์เฉพาะทาง 15 คน พยาบาลจำนวน 9 คน ผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 9 คน และเจ้าหน้าที่ธุรการจำนวน 3 คน ให้บริการและนัดหมายการมาติดตามรักษาของผู้รับบริการ ประมาณวันละ 180-250 คน ซึ่งการมารับบริการแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะทำการตรวจสอบสิทธิการรักษาก่อนและนำบัตรนัดมาติดต่อกับแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลจะทำการประเมิน ชักประวัติและจัดลำดับในการพบแพทย์เฉพาะทางแต่ละคลินิก ซึ่งหลังจากพบแพทย์แล้ว เจ้าหน้าที่จะนำแฟ้มประวัติมาให้พยาบาลซึ่งทำหน้าที่ในการนัดหมาย โดยมีการจัดตำแหน่งหมุนเวียน และอธิบายการนัดหมายครั้งถัดไป อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีผู้รับบริการค่อนข้างมาก จึงทำให้พยาบาลมีเวลาจำกัดในการอธิบายข้อมูลรวมทั้งการให้ความรู้/คำแนะนำ เพื่อป้องกันการเกิดท้องผูกไม่ต่อเนื่อง และการให้ข้อมูลเป็นไปตาม

ทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.67 (6 คน) มีประสบการณ์ทำงาน 3-4 ปี และมีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยนี้ 1-2 ปี จำนวน 2 คน และมีประสบการณ์ทำหน่วยงานในหน่วยงานนี้ 10 ปี จำนวน 1 คน ซึ่งเมื่อคุณสมรรถนะพยาบาลกับจำนวนปีของการทำงาน พบว่า กลุ่มที่ประสบการณ์ทำงานมากที่สุด คือ 3-4 ปี ร้อยละ 50 ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้าน การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (เคมีบำบัดระยะสั้น 10 วัน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง) และร้อยละ 100 ได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (ทักษะการดูแลแผลและถุง colostomy การจัดการอาการต่างที่พบในผู้ป่วยมะเร็ง การดูแลอาหารและโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง)

แผนการวิจัย

เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสุ่มเข้ากลุ่มใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ได้รับการอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับ แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการท้องผูกจะได้รับการดูแลเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (28 วัน) ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 (wk1) วันแรก (D1) ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ครั้งที่ 1 (O1.1) ประกอบด้วยซักประวัติและการตรวจร่างกาย และฟังการบรรยายด้วย Power Point และอธิบายการใช้คู่มือป้องกันการเกิดท้องผูก สาธิตวิธีการบันทึกข้อมูลการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) ขณะอยู่ที่บ้าน และในสัปดาห์ที่ 2 (wk2) และสัปดาห์ที่ 3 (wk3) คือ วันที่ 7, 14 และ 21 ได้รับการติดตามสอบถามทางโทรศัพท์ (Tel 1 -Tel 3) สัปดาห์ที่ 4 (วันที่ 28) ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดครั้งที่ 2 (O1.2) และเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) ที่ผู้ป่วยบันทึกไว้เมื่ออยู่ที่บ้าน

กลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหน่วยงาน คือ ดูแลการทำบัตรนัดหมายครั้งต่อไป และตรวจสอบเอกสารใบสั่งยาตามแผนการรักษา (ยาบรรเทาอาการปวดและยาระบาย) เมื่อเข้าร่วมงานวิจัย วันที่ 1 (D1) จะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ครั้งที่ 1 (O2.1) ประกอบด้วยซักประวัติและการตรวจร่างกาย และให้เอกสารการบันทึกข้อมูลการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) ขณะอยู่ที่บ้านเป็นเวลา 30 วัน ซึ่งวันสุดท้ายจะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ครั้งที่ 2 (O2.2) รวมทั้งรวบรวมข้อมูลเอกสารการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) ที่ผู้ป่วยบันทึกไว้เมื่ออยู่ที่บ้าน ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงแผนการวิจัย

กลุ่ม	Wk1	Wk2	Wk3	Wk4
กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ	D1 — D7	D8 — D14	D15 — D21	D22 — D28
	T Tel1	Tel2	Tel3	Tel4
	O 1.1			O 1.2
		BD		
กลุ่มเปรียบเทียบ	O 2.1	Routine	Care	O 2.2
		BD		

Wk1-Wk4 หมายถึง สัปดาห์ของการใช้แนวปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 1 ถึง สัปดาห์ที่ 4
D1 หมายถึง วันแรก (Day 1) ของสัปดาห์ที่ 1 คือ วันที่เริ่มต้นดำเนินการวิจัย
D28 หมายถึง วันที่ 28 (Day 28) ของสัปดาห์ที่ 4 คือ วันสุดท้ายของการดำเนินการวิจัย
O หมายถึง การประเมินท้องผูก (Constipation Risk Assessment Scale) ทำการประเมิน
ครั้งที่ 1 ในวันแรก สัปดาห์ที่ 1 (O1.1, O2.1) และครั้งที่ 2 ในวันที่ 28 ในสัปดาห์ที่ 4 (O1.2, O2.2)
BD หมายถึง การประเมินลักษณะของอุจจาระด้วยตนเองของผู้ป่วย การจดบันทึกการถ่าย
อุจจาระทุกวัน (Bowel Diary) เป็นตารางบันทึกจำนวนครั้ง ลักษณะอุจจาระในแต่ละวัน และการ
รับรู้อาการแสดงที่เกิดร่วมกับท้องผูก บันทึกเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์
T หมายถึง การได้รับแนวปฏิบัติการป้องกันท้องผูก (Practice Guideline)
Tel1- Tel 4 หมายถึง คือ ติดตามให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและการประเมินอาการ
ผิดปกติ สัปดาห์ที่ 1- 4 คือ ในวันที่มาติดตามการตรวจ ในวันที่ 7, 14, 21, 28 (เฉพาะกรณีกลุ่ม
ตัวอย่างที่ไม่มีนัดตรวจนัดหมายในสัปดาห์ดังกล่าว)

ตารางที่ 3.2 แสดงการดูแลกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ	กลุ่มเปรียบเทียบ
สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1)	1) ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาล ประจำหน่วยงาน คือ ดูแลให้ได้รับบัตรนัด หมายครั้งต่อไป และตรวจสอบใบสั่งยาที่ให้ ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการปวดและยา	1) ได้รับการดูแลตามปกติจาก พยาบาลประจำหน่วยงาน คือ ดูแลให้ได้รับบัตรนัดหมายครั้ง ต่อไป และตรวจสอบใบสั่งยาให้

ตารางที่ 3.2 แสดงการดูแลกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

สัปดาห์	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ	กลุ่มเปรียบเทียบ
	<p>ระบายนตามแผนการรักษา</p> <p>2) เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย</p> <p>2.1) เก็บข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (เก็บจากเวชระเบียน) ใช้เวลาประมาณ 3 นาที ต่อคน</p> <p>2.2) ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ครั้งที่1 ประกอบด้วยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาทีต่อคน</p> <p>2.3) อธิบายชี้แจงวิธีการบันทึกข้อมูลการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) ขณะอยู่ที่บ้าน 3-5 นาที</p> <p>2.4) ใ้รับคู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูก ตามคู่มือ โดยการบรรยาย ด้วย Power point และสาธิตประกอบ ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-15 นาทีต่อคน ในเรื่องดังต่อไปนี้</p> <p>2.4.1) รับประทานอาหารที่มีเส้นใย 20-35 กรัม/วัน เช่น ข้าวซ้อมมือ หรือข้าวกล้อง 1 ถ้วย ร่วมกับผักที่สามารถหาได้ง่าย เช่น ผักปวยเล้ง ผักคะน้า ผักบรอกโคลี แครอท ผักโขม เป็นต้น ในแต่ละมื้ออาหาร หรือเพิ่มผลไม้ 1 ผล ในมื้ออาหารทุกมื้อ</p> <p>2.4.2) การดื่มน้ำ 8-12 แก้ว/วัน (1,500 ซีซี- 2,000 ซีซี /วัน)</p> <p>2.4.3) แนะนำการออกกำลังกาย</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการปวดและยาระบายตามแผนการรักษา</p> <p>2) เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย</p> <p>2.1) เก็บข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (เก็บจากเวชระเบียน) ใช้เวลาประมาณ 3 นาที ต่อคน</p> <p>2.2) ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ครั้งที่1 ประกอบด้วยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาทีต่อคน</p>

ตารางที่ 3.2 แสดงการดูแลกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

สัปดาห์	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ	กลุ่มเปรียบเทียบ
	เคลื่อนไหวและเดินหลังมื้ออาหาร 5-10 นาที 2.4.4) ฝึกการจับถ่ายหลังรับประทานอาหาร 30-60 นาที และการจัดสิ่งแวดล้อมขณะจับถ่ายอุจจาระให้เงียบสงบ	
สัปดาห์ที่ 2-4 (วันที่ 7, 14, 21)	1) ให้การดูแลตามปกติ 2) ติดตามปัญหาพร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแนวปฏิบัติ รวมทั้งประเมินอาการท้องผูกประมาณ 3-5 นาที ต่อคน หรือ กรณีที่ไม่มีนัดตรวจในวันดังกล่าวใช้การสอบถามทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที ต่อคน	
สัปดาห์ที่ 4 (วันที่ 28)	1) ให้การดูแลตามปกติ 2) ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการท้องผูกครั้งที่ 2 ประกอบด้วยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-15 นาทีต่อคน และเก็บรวบรวมข้อมูลจากการบันทึกของผู้ป่วย	1) ให้การดูแลตามปกติ 2) ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการท้องผูก ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยการซักประวัติและการตรวจร่างกาย ใช้ระยะเวลาประมาณ 10-15 นาทีต่อคน และเก็บรวบรวมข้อมูลจากการบันทึกของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในงานวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เก็บจากเวชระเบียน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส จังหวัดภูมิลำเนา จังหวัดที่อยู่ปัจจุบัน สิทธิการรักษา ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค ประวัติการรักษาที่ได้รับ ชื่อยา Opioids ที่ได้รับ และระยะเวลาที่ได้รับ Opioids ชนิด MST 10 mg

1.2) แบบสอบถามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือวัดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก Constipation Risk Assessment Scale (CRAS) แปลเป็นไทย โดย โปต้น แสนสุขสวัสดิ์ (2007) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การซักประวัติและการตรวจร่างกาย ส่วนที่ (1) การซักประวัติ เกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ความถี่ของการขับถ่าย ลักษณะอุจจาระ การแก้ไขปัญหาท้องผูก เช่น การใช้ยาระบาย เป็นต้น ประวัติเกี่ยวกับการผ่าตัดที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การประเมินเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และน้ำดื่มที่ผู้ป่วยได้รับใน 3 วันที่ผ่านมา การประเมินด้านจิตใจผู้ป่วย การประเมินกิจกรรมการเคลื่อนไหวและการพักผ่อน การประเมินเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับทุกชนิด ที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดภาวะท้องผูก และส่วนที่ (2) การตรวจร่างกายโดยการฟังและการคลำหน้าท้อง

เกณฑ์การคิดคะแนนและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก โดยคำตอบแต่ละส่วนทั้งที่คิด คะแนน และที่ไม่คิดคะแนน ในส่วนที่คิดคะแนนจะมีการระบุค่าคะแนน ระหว่าง -2 ถึง +2 เมื่อทำการประเมินเสร็จสิ้นให้นำส่วนคะแนนทั้งหมดรวมกัน ซึ่งแบ่งกลุ่มระดับความเสี่ยงต่อการเกิด ดังนี้

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ -19 แสดงว่า ไม่เกิดความเสี่ยงต่อท้องผูก
 คะแนนระหว่าง -18 ถึง -6 แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อท้องผูกระดับต่ำ
 คะแนนระหว่าง -5 ถึง +7 แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อท้องผูกระดับปานกลาง
 คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ +8 แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อท้องผูกระดับสูง

1.3) แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับอาการของท้องผูกและอาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ในแต่ละวัน โดยให้บันทึกด้วยตนเอง (หรือญาติ) ช่วยเหลือ ประเมินวันละ 1 ครั้ง ช่วงเวลาใดก็ได้ โดยแบบบันทึกมีรายการให้เลือกอาการที่เกิดขึ้น คือ เกิดและไม่เกิด เป็นระยะเวลา 30 วัน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1) คู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูกและการจัดการท้องผูก ซึ่งจัดทำด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและในรูปแบบ Power point เพื่อใช้การให้ความรู้ (ภาคผนวก ก)

2.2) บันทึกรายการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) ขณะอยู่ที่บ้าน (ภาคผนวก ก)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา แบบสอบถามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ของ โบตัน แสตนสุขสวัสดิ์ (2007) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การซักประวัติและการตรวจร่างกาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์มะเร็งวิทยา 1 ท่าน แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) ได้เท่ากับ 95%

2) ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ของคู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูก ของ NCI (2014) และ BC Cancer Agency (Buduhan et al., 2010, 2013) ซึ่งประยุกต์และปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำเป็นคู่มือให้ความรู้และป้องกันการเกิดท้องผูก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์มะเร็งวิทยา 1 ท่าน แพทย์อายุรกรรม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) ได้เท่ากับ 100%

3) แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผลข้างเคียงของยากกลุ่ม Opioids ที่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร ประกอบด้วย การรับรู้อาการท้องผูก 6 อาการ คือ ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง รู้สึกถ่ายไม่สุด รู้สึกถ่ายไม่ออกเนื่องจากมีสิ่งอุดกั้น และต้องใช้นิ้วช่วยในการถ่ายอุจจาระ และการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก 5 อาการ คือ ไม่อยากอาหาร ท้องอืดแน่นท้อง คลื่นไส้พะอืดพะอม เรอเสบยอคอกและริดสีดวงมีอาการบวม แดง เป็นต้น ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) ได้เท่ากับ 95%

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยผ่านการรับรองของ คณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิตและคณะกรรมการจริยธรรมในคนของ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ซึ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนต้องได้รับการอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกหรือปฏิเสธได้ตลอดการวิจัย ไม่มีผลต่อการรักษาและการบริการที่ได้รับ และได้รับการปกปิดข้อมูลเป็นความลับ และการเซ็นเอกสารยินยอมเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ภายหลังจากได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ขออนุญาตการเก็บข้อมูลจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ หน่วยงานคลินิกประเมินความเสี่ยง คลินิกมะเร็งทั่วไปแผนกผู้ป่วยนอก แผนกเคมีบำบัด และแผนกเวชระเบียน

2) หลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูล ทำการสำรวจรายชื่อประชากรที่มาตรวจคัดกรองตามนัดหมายในแต่ละวัน และใช้เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) เลือกลุ่มตัวอย่าง โดยตรวจสอบและบันทึกรายชื่อไว้

3) หลังจากที่ได้รายชื่อ กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่เหมาะสม ตรวจสอบประวัติจากข้อมูลเวชระเบียน และรอกกลุ่มตัวอย่างมาโรงพยาบาล และสุ่มอย่างมีระบบตามลำดับการเข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งสถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ หน่วยงานเคมีบำบัด (Day care)

4) เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมร่วมการวิจัย สุ่มจนกว่าได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

5) หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัย จะได้รับการดูแลดังนี้

5.1) กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ครั้งที่ 1 วันแรก (D1) เก็บข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (จากเวชระเบียน) และประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิด ครั้งที่ 1 และอธิบายการใช้คู่มือป้องกัน โดยการบรรยายจากแฟ้มข้อมูล และสาธิตวิธีการบันทึกข้อมูลการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) ขณะอยู่ที่บ้าน ต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ทุกวัน (ในวันที่ 7, 14, 21 และ 28) เมื่อครบวันที่ 28 (D28) จะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ครั้งที่ 2 และเก็บรวบรวมเอกสารการจดบันทึกอุจจาระทุกวัน (Bowel Diary)

5.2) กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้รับการเก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (เก็บจากเวชระเบียน) และประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิด ครั้งที่ 1 เมื่อครบวันที่ 28 (D28) จะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ครั้งที่ 2 และเก็บรวบรวมเอกสารการจดบันทึกอุจจาระทุกวัน (Bowel Diary)

5.3) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) บรรยายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติเชิงบรรยาย และเชิงอ้างอิง ได้แก่ เพศ สถานะภาพสมรส ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับร่วมกับเคมีบำบัด ระยะเวลาที่ได้รับ MST 10 mg ยาระบายที่ได้รับ ความถี่ของการใช้ยาระบาย โดยใช้สถิติ Chi-square
- 3) เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติป้องกันท้องผูก วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square
- 4) เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มที่เปรียบเทียบ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's Exact test
- 5) เปรียบเทียบการรับรู้อาการท้องผูก ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's Exact test
- 6) เปรียบเทียบการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยแบบวัดก่อนและหลังและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Before and After Intervention with Comparison Group) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับยาบรรเทาปวด กลุ่ม Strong Opioids ชนิดรับประทาน ของผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์จากผู้ป่วยที่เข้ามาตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกและได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างเดือน มกราคม- ตุลาคม 2560 และดุ่มเช้า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดท้องผูกจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และ Chi-square ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และ ส่วนที่ 2 ตอบคำถามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่มีนัดตรวจติดตามแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมารับการตรวจตามนัดหมาย ที่เป็นไปตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 30 คน และกลุ่มใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดท้องผูกโดยจำนวน 30 คน ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (63.33%) มีสถานภาพสมรสคู่ (76.67%) อายุระหว่าง 30-77 ปี อายุเฉลี่ย 57 ปี (SD=10.02) และมากที่สุด ร้อยละ 33.33 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (76.67 %) มีสถานภาพสมรสคู่ (80 %) อายุระหว่าง 30-72 ปี อายุเฉลี่ย 54.77 ปี (SD=11.98) และครึ่งหนึ่ง (50%) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อทดสอบความเท่าเทียมกันของ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ และการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและเปรียบเทียบความเท่าเทียมกัน ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มเปรียบเทียบ		สถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	19	63.33	23	76.67	$\chi^2=1.270$	.260
ชาย	11	36.67	7	23.33		
รวม	30	100.00	30	100.00		
สถานภาพสมรส						
โสด หม้าย หย่า	7	23.33	6	20.00	$\chi^2=.098$	.754
คู่	23	76.67	24	80.00		
รวม	30	100.00	30	100.00		
อายุ						
วัยผู้ใหญ่ (35-60ปี)	20	67.67	19	63.33	$\chi^2=.073$	.787
วัยสูงอายุ (>60ปี)	10	33.33	11	36.67		
อายุสูงสุด-ต่ำสุด	30-77		30-77			
$\bar{X} \pm SD$	57 \pm 10.02		54.77 \pm 11.98			
สิทธิการรักษา						
เบิกจ่ายตรง	10	33.33	10	33.33		
ประกันสังคม	2	6.67	2	6.67		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	10	33.33	15	50.00		
ชำระเงินเอง	8	26.67	3	10.00		
รวม	30	100.00	30	100.00		

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มใช้แนวปฏิบัติพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.33 (21 คน) เป็นมะเร็งที่ไม่มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และพบว่า มากกว่าครึ่ง (53.33%) มีการรักษาวิธีอื่นร่วมด้วยคือ การฉายแสง (50.00%) และนอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 67.67 (23 คน) ได้รับยาบรรเทาปวดชนิดรับประทานอื่นๆร่วมกับ MST 10 mg แบ่งเป็น 1) ยาบรรเทาปวด strong opioids 1 ชนิด ร้อยละ 86.95 (20 คน) 2) ยาบรรเทาปวด 2 ชนิด ร้อยละ 13.05 (3 คน) ร้อยละ 56.67 (17 คน) มีระยะเวลาที่ได้รับประทานยาบรรเทาปวดกลุ่ม Opioid ชนิด MST 10 mg น้อยกว่า 8 สัปดาห์ เมื่อศึกษาประวัติการใช้ยาพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 (21 ราย) กินยาต่อเนื่องทุกวัน

กลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.33 (19 คน) เป็นมะเร็งที่ไม่มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และพบว่า มากกว่าครึ่ง (53.33%) มีการรักษาวิธีอื่นร่วมด้วยคือ การฉายแสง (50.00%) ส่วนใหญ่ร้อยละ 67.67 (23 คน) ได้รับยาบรรเทาปวดชนิดรับประทานอื่นๆ ร่วมกับ MST 10 mg แบ่งเป็น 1) ยาบรรเทาปวด strong opioids 1 ชนิด ร้อยละ 86.95 (20 คน) 2) ยาบรรเทาปวด 2 ชนิด ร้อยละ 8.70 (2 คน) และมีร้อยละ 4.35 (1 คน) ที่ได้รับยาบรรเทาปวด 3 ชนิด และกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่(83.33%) มีระยะเวลาที่ได้รับประทานยาบรรเทาปวด MST 10 mg น้อยกว่า 8 สัปดาห์ เมื่อศึกษาประวัติการใช้ยาพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.67 (17 ราย) กินยาต่อเนื่องทุกวัน

เมื่อทดสอบความเท่าเทียมกันของชนิดของโรคมะเร็งและระยะเวลาที่ได้รับยาบรรเทาปวด Opioids ชนิด MST 10 mg ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ชนิดของโรคมะเร็ง ไม่มีความแตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระยะเวลาที่ได้รับยาบรรเทาปวด Opioids ชนิด MST 10 mg แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ จำนวนคนในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติมีระยะเวลาได้รับยาบรรเทาปวด MST 10 mg มากกว่า 8 สัปดาห์ ถึงร้อยละ 43.33 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีเพียงร้อยละ 16.67 ดังตารางที่ 4.2

แต่เมื่อทดสอบคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดระดับท้องผูกครั้งที่ 1 และความเสี่ยงต่อการเกิดระดับท้องผูกครั้งที่ 2 ต่อระยะเวลาที่ได้รับยาบรรเทาปวด Opioids ชนิด MST 10 mg พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p=.837$, $p=.336$) (ภาคผนวก ค) ดังนั้นผู้วิจัยไม่นำระยะเวลาที่ได้รับยาบรรเทาปวด Opioids ชนิด MST 10 mg เป็น Covariate ในการทดสอบความแตกต่างของเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 4.2 ลักษณะของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มเปรียบเทียบ		สถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชนิดของมะเร็ง						
มะเร็งที่มีผลต่อการเกิดท้องผูก	8	26.67	11	36.67	$\chi^2=.693$	.405
มะเร็งที่ไม่มีผลต่อท้องผูก	22	73.33	19	63.33		
การรักษาที่ได้รับรวม CMT						
ไม่มี	14	46.67	9	30.00	$\chi^2=1.998$	.573
มี	16	53.33	21	70.00		
RT	8	50.00	12	57.14		
OR	4	25.00	5	23.81		
RT OR	4	25.00	4	19.05		
ได้รับ Opioid ชนิดอื่นๆ ร่วมด้วย						
ไม่มี	7	23.33	7	23.33	$\chi^2=.047$	.024
มี	23	67.67	23	67.67		
1 ชนิด	20	86.95	20	86.95		
2 ชนิด	3	13.05	2	8.70		
3 ชนิด	0	0.00	1	4.35		
ระยะเวลาที่ได้รับ MST 10 mg						
< 8 สัปดาห์	17	56.67	25	83.33	$\chi^2=.047$	.024
≥ 8 สัปดาห์	13	43.33	5	16.67		
รวม	30	100.00	30	100.00		
ยาระบายที่ได้รับ						
Senokot (Stimulant laxative)	19	63.34	17	56.67	$\chi^2=2.114$	.539
MOM (Osmotic laxative)	1	3.33	3	10.00		
2 ชนิด ร่วมกัน	9	30.00	10	33.33		
Senokot และชาสวน	1	3.33	0	0.00		
รวม	30	100	30	100		
ความถี่ของการใช้ยาระบาย						
กินยาระบายตามจำเป็น (PRN)	9	30.00	13	43.33	$\chi^2=2.070$	.355
กินยาระบายต่อเนื่องทุกวัน	21	70.00	17	56.67		
รวม	30	100.00	30	100.00		

ส่วนที่ 2 ตอบคำถามการวิจัยและทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัย พบว่าระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก การรับรู้อาการท้องผูก และการรับรู้อาการที่เกิดร่วมท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม พบว่าระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ก่อนและหลัง ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น คือความเสี่ยงจากระดับปานกลางเป็นระดับต่ำ จำนวน 4 คน

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก

ก่อนเข้าโปรแกรม กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด (100%) ภายหลังได้รับแนวปฏิบัติ พบว่า มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกระดับปานกลาง ร้อยละ 76.67 (26 คน) และมีความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกลดลงเป็นระดับต่ำ ร้อยละ 13.33 (4 คน)

เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ก่อนและหลังกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ตารางที่ 4.3

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าโปรแกรม พบว่า ร้อยละ 96.67 (29 คน) มีความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกอยู่ในระดับปานกลางและร้อยละ 3.33 (1 คน) มีความเสี่ยงระดับสูง หลังเข้าโปรแกรม พบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ทดสอบความแตกต่างของระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Fisher's Exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ หลังติดตาม 4 สัปดาห์ (n=30)

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ		สถิติ	P-value
	เกิด	ไม่เกิด	เกิด	ไม่เกิด		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
ต่ำ	0	0.00	4	13.33	$\chi^2=5.164$	.076
ปานกลาง	30	100.00	26	87.67		
สูง	0	0.00	0	0.00		

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังติดตาม 4 สัปดาห์ (n=60)

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มเปรียบเทียบ		สถิติ	P-value
	เกิด	ไม่เกิด	เกิด	ไม่เกิด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ต่ำ						
ก่อน	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	-	-
หลัง	4 (13.33)	26 (0.00)	0 (0.00)	30 (100.00)	Fisher's Exact test	.112
ปานกลาง						
ก่อน	30 (100.00)	0 (0.00)	29 (96.67)	1 (3.33)	Fisher's Exact test	.100
หลัง	26 (76.67)	4 (13.33)	29 (96.67)	1 (3.33)	Fisher's Exact test	.353
สูง						
ก่อน	0 (0.00)	30 (100.00)	1 (3.33)	29 (96.67)	Fisher's Exact test	.100
หลัง	0 (0.00)	30 (100.00)	1 (3.33)	29 (96.67)	Fisher's Exact test	.100

การรับรู้อาการท้องผูก

กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ไม่เกิดอาการท้องผูกร้อยละ 30.00 (9 คน) และเกิดอาการท้องผูก ร้อยละ 70.00 (21 คน) โดยอาการท้องผูกที่พบ แบ่งตามลักษณะของท้องผูก คือ (1) พบอาการใด อาการหนึ่ง ร้อยละ 46.7 (14 คน) ในจำนวนนี้ ร้อยละ 64.29 (9 คน) ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/ สัปดาห์ และร้อยละ 35.71 (5 คน) อุจจาระเป็นก้อนแข็ง (2) ลักษณะท้องผูกเกิด 2 อาการร่วมกัน ร้อยละ 20.00 (6 คน) และ (3) พบลักษณะอาการท้องผูก 3 อาการร่วมกัน คือ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/ สัปดาห์และมีเบ่งมากกว่าปกติร่วมด้วย ร้อยละ 3.33 (1 คน) นอกจากนี้ ไม่พบอาการท้องผูกลักษณะอื่น

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่เกิดอาการท้องผูกร้อยละ 36.67 (11 คน) เกิดอาการท้องผูก ร้อยละ 63.33% (19 คน) โดยอาการท้องผูกที่พบ แบ่งตามลักษณะของท้องผูก คือ (1) พบอาการใด อาการหนึ่ง ร้อยละ 30.00 (9 คน) ในจำนวนนี้ ร้อยละ 66.67 (6 คน) ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/ สัปดาห์ ร้อยละ 33.33 (3 คน) อุจจาระเป็นก้อนแข็ง (2) ลักษณะท้องผูกเกิด 2 อาการร่วมกัน ร้อยละ 36.70 (10 คน) นอกจากนี้ไม่พบอาการท้องผูกลักษณะอื่น

เมื่อทดสอบความแตกต่างของการรับรู้อาการท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้อาการท้องผูก ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังติดตาม 4 สัปดาห์ (n=60)

ลักษณะอาการท้องผูก	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มเปรียบเทียบ		สถิติ	P-value
	เกิด		ไม่เกิด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เกิด 1 อาการ ถ่ายอุจจาระ < 3 ครั้ง/ สัปดาห์ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง	14	46.7	9	30	$\chi^2=1.776$	.412
เกิด 2 อาการ ถ่ายอุจจาระ < 3 ครั้ง/ สัปดาห์ และอุจจาระเป็นก้อนแข็ง	6	20.00	10	36.7	Fisher's Exact test	.252
เกิด 3 อาการ ถ่ายอุจจาระ < 3 ครั้ง/ สัปดาห์ และอุจจาระเป็นก้อนแข็ง และ เบ่งถ่ายมากกว่าปกติ	1	3.33	0	0	Fisher's Exact test	1.000
เกิดท้องผูก	21	70	19	63.30	$\chi^2=0.300$	.584
ไม่เกิดท้องผูก	9	30	11	36.7		
รวม	30	100	30	100		

การรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก

กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ร้อยละ 93.33 (28 คน) มีการรับรู้อาการร่วมที่เกิดกับท้องผูก โดยอาการร่วมกับท้องผูกที่พบ แบ่งตามการรับรู้ 1 อาการ (1) ร้อยละ 13.30 (4 คน) ในจำนวน 4 คนนี้ คือ ร้อยละ 75 (3 คน) มีอาการท้องอืดและร้อยละ 25 (1 คน) อาการคลื่นไส้พะอืดพะอม (2) ร้อยละ 50 (15 คน) รับรู้อาการท้องผูกร่วมกัน 2 อาการ คือ มีอาการท้องอืดและอาการคลื่นไส้พะอืดพะอม และ (3) ร้อยละ 30 (9 คน) มีอาการ 3 อาการร่วมกัน คือ อาการไม่อยากอาหาร อาการ

ท้องอืดและอาการคลื่นไส้พะอืดพะอม โดยที่ไม่พบอาการอื่น คือ เรอเสบยอดอกและริดสีดวง
 อักเสบบวมแดง

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ร้อยละ 93.33 (28 คน) มีการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก โดย
 อาการที่พบ แบ่งตามการรับรู้ คือ 1อาการ (1) ร้อยละ 13.30 (4 คน) ในจำนวนนี้ คือ ร้อยละ 75 (3
 คน) อาการคลื่นไส้พะอืดพะอม และร้อยละ 25 (1 คน) อาการท้องอืด (2) ร้อยละ 43.30 (13 คน)
 รับรู้อาการที่เกิดร่วมกัน 2อาการ คือ มีอาการท้องอืดและอาการคลื่นไส้พะอืดพะอม และ (3) ร้อยละ
 36.7 (11 คน) มีอาการ 3 อาการร่วมกัน คือ อาการไม่อยากอาหาร อาการท้องอืดและอาการคลื่นไส้
 พะอืด พะอม โดยที่ไม่พบอาการอื่น คือ เรอเสบ ยอดอกและริดสีดวงอักเสบบวมแดง

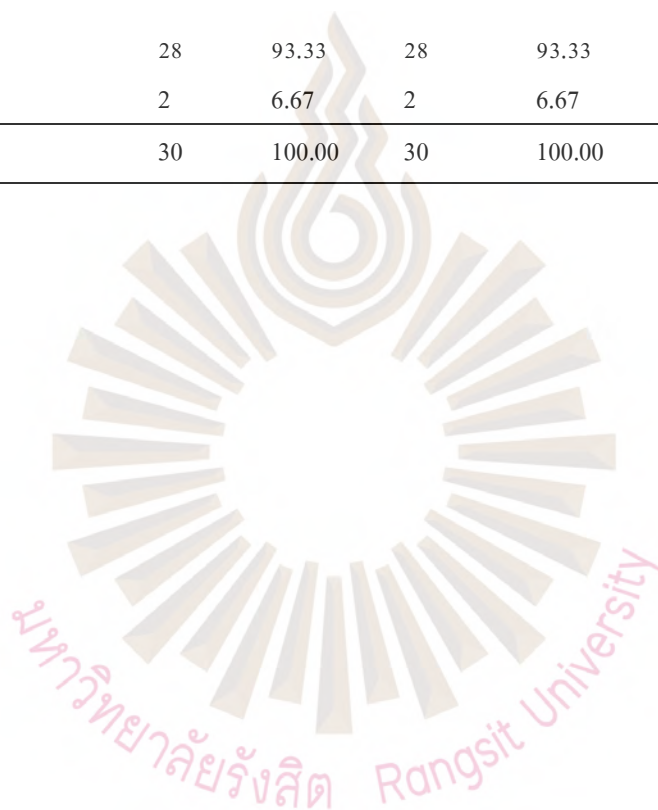
เมื่อทดสอบการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่ม
 เปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ของกลุ่มใช้แนว
 ปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังติดตาม 4 สัปดาห์ (n=60)

อาการแสดงร่วมท้องผูก	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มเปรียบเทียบ		สถิติ	P-value
	เกิด		เกิด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เกิด 1 อาการ	4	13.3	4	13.3	-	-
ไม่อยากอาหาร	0	0.00	3	75.00		
อาการท้องอืด	3	75.00	1	25.00		
อาการคลื่นไส้พะอืดพะอม	1	25.00	0	0.00		
เกิด 2 อาการ	15	50.00	13	43.40	$\chi^2=.268$	.605
อาการท้องอืด และอาการ คลื่นไส้ พะอืดพะอม						
เกิด 3 อาการ	9	30.00	11	36.70	$\chi^2=.300$	.584
อาการไม่อยากอาหาร และ อาการท้องอืดและอาการ คลื่นไส้พะอืดพะอม						

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ของกลุ่มใช้
แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังติดตาม 4 สัปดาห์ (n=60) (ต่อ)

อาการแสดงร่วมท้องผูก	กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มเปรียบเทียบ		สถิติ	P-value
	เกิด		เกิด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สรุป						
มีอาการ	28	93.33	28	93.33	-	
ไม่มีอาการ	2	6.67	2	6.67		
รวม	30	100.00	30	100.00		



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบวัดก่อนและหลังและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Before and After Intervention with Comparison Group) เพื่อศึกษาการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการท้องผูกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาบรรเทาปวดชนิดรับประทาน กลุ่ม Strong Opioids ในผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดท้องผูก จำนวนกลุ่มละ 30 คน ซึ่งผลการศึกษาสรุปตามวัตถุประสงค์ ดังนี้คือ

- 1) ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน
- 2) ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ระหว่างก่อนและหลัง ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามพบว่ามีเปลี่ยนแปลงความเสี่ยงของระดับการเกิดท้องผูกไปในทางที่ดีขึ้น คือ ความเสี่ยงจากระดับปานกลาง เป็นระดับต่ำ จำนวน 4 คน
- 3) การรับรู้อาการท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน
- 4) การรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ก่อนเข้าโปรแกรม ทุกคน (100%) มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการเกิดท้องผูก วัดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ครั้งที่ 2 พบว่า ร้อยละ 13.33 (4 คน) มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดลดลง โดยลดจากระดับความเสี่ยงปานกลางเป็นระดับความเสี่ยงต่ำ ยังมีร้อยละ 76.67 (26 คน) อยู่ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกปานกลางเหมือนเดิม เมื่อทดสอบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ Fisher's Exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติลดลง อาจเป็นได้ว่า แนวปฏิบัติที่ป้องกันการเกิดท้องผูก มีส่วนทำให้ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกลดลง ซึ่งกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ตามแนวปฏิบัติ คือ 1) การเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยให้เพียงพอ 2) การดื่มน้ำที่เพียงพอ 3) การเคลื่อนไหว การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม การเดินหลังการรับประทานอาหาร 5-10 นาที 4) ฝึกการขับถ่ายและเข้าห้องน้ำเป็นเวลา 5) การจذبบันทึกการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน จะเป็นผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงระดับท้องผูกลดลง ซึ่งเป็นไปตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่แนะนำไว้ในแนวปฏิบัติ ระดับ Grade D (Level 5) ของสถาบัน National Guideline Clearinghouse (as cited in McKay et al., 2010) และ SIGN (2017) ผลการศึกษาข้อมูลของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ที่มีระดับความเสี่ยงที่ลดลง จำนวน 4 คน มีพฤติกรรมปฏิบัติตน ตามคู่มือป้องกันและการจัดการท้องผูก พบว่า ร้อยละ 100 (4 คน) สามารถเพิ่มการดื่มน้ำประมาณวัน 1,500 -2,000 มิลลิลิตรต่อวัน หรือการดื่มน้ำ 8-12 แก้วต่อวัน (รวมน้ำผลไม้ น้ำชูปต่างๆ) และร้อยละ 100 (4 คน) สามารถบันทึกการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน โดยทุกคนให้ญาติช่วยบันทึก และร้อยละ 100 (4 คน) กินยาระบายเป็นทุกวัน ซึ่งยาระบายที่ได้รับเป็นกลุ่ม Stimulant laxative (Senokot) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross, Gretton, Welsh, Sato, and Riley (2008) ที่ศึกษาเรื่องท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับยามอร์ฟิน ในโรงพยาบาลเฉพาะทางของเมืองลอนดอน ประเทศอังกฤษ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 274 คน พบว่า ร้อยละ 72 ของกลุ่มตัวอย่างที่ท้องผูกได้รับการจัดการท้องผูกไม่ดี ร้อยละ 89 ได้รับยาระบายไม่เพียงพอกับอาการท้องผูก เมื่อศึกษาข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่มีประสบการณ์

ท้องผูกจึงไม่ต้องการกินยาระบาย ผู้ป่วยบางรายไม่มีประสบการณ์ท้องผูกเพราะกินยาระบาย และผู้ป่วยบางรายมีประสบการณ์ท้องผูกดังนั้นจึงต้องการยาระบายในปริมาณที่มากขึ้นด้วย

การรับรู้อาการท้องผูก

ในการศึกษาครั้งนี้ พบลักษณะอาการของท้องผูก 3 อาการมากที่สุด ซึ่งพบทั้งในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ อุจจาระเป็นก้อนแข็งและต้องเบ่งมากกว่าปกติ เหล่านี้เป็นผลจากกลไกของยากลุ่ม Strong opioids ที่ได้รับซึ่งมี μ Receptor ของ Opioid ที่ไปแทนที่ μ - receptor ในเยื่อของลำไส้ กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ทำให้เกิดอาการ ดังนี้ การบีบรัดตัวของลำไส้ลดลง ทำให้อุจจาระค้างในลำไส้เวลานานมากขึ้น เกิดการดูดซึมน้ำและเกลือแร่กลับเข้ามาในลำไส้เล็กมากขึ้น อุจจาระจึงมีลักษณะแข็ง (Buduhan et al., 2010, 2013; Kumar et al., 2014; McMillan, 2004; NICE, 2012; Woolery et al., 2008) และไม่พบลักษณะอาการท้องผูกอื่น คือ รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด มีความรู้สึกว่าถ่ายไม่ออกเนื่องจากมีสิ่งอุดกั้นบริเวณทวารหนัก และต้องใช้นิ้วมือช่วยในการถ่ายอุจจาระ

ผลจากการวิจัยพบว่า การรับรู้อาการท้องผูกระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน ($\chi^2=0.300$, $p=.584$) ถึงแม้ว่าในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่จะสามารถปฏิบัติตามโปรแกรม เช่น การดื่มน้ำมากขึ้น (93.33%) การจดบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ (86.67%) อย่างไรก็ตาม พบว่า การฝึกขับถ่ายอุจจาระ การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่มีเส้นใย พบว่า มีผู้ปฏิบัติได้เพียง ร้อยละ 60, 53.33 และ 46.67 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มใช้แนวปฏิบัติถึงแม้ว่าจะได้รับยาระบายทุกคน แต่มีร้อยละ 30 ที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 43.33 ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติได้รับยาบรรเทาปวด ชนิด MST 10 mg เป็นระยะเวลา มากกว่า 8 สัปดาห์ ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ (83.33%) ได้รับยาบรรเทาปวด ชนิด MST 10 mg เป็นระยะเวลา น้อยกว่า 8 สัปดาห์ สอดคล้องกับผลการศึกษา Aurilioet และคณะ (2012) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Opioid ชนิดรับประทาน ที่มีระยะเวลา มากกว่า 8 สัปดาห์ขึ้นไป เกิดท้องผูก (OIC : Opioid Induced Constipation และ OBD: Opioid Bowel Dysfunction) ประมาณ 41%

การรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 93 ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอาการแสดงที่เกิดร่วมกับท้องผูก คือ อาการไม่ย่อยอาหาร อาการท้องอืด และอาการคลื่นไส้พะอืดพะอม และไม่พบอาการแสดงอื่น คือ เรอเสບยอดอกและริดสีดวงอักเสบบวมแดง ในทั้ง 2 กลุ่ม สอดคล้องกับรายงานวิจัยที่มีมาก่อนนี้ ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับยา Strong Opioids จะเกิดภาวะ Opioids Induced Constipation (OIC) และภาวะ Opioids-Induced Bowel Dysfunction (OIBD) พบการบีบหดตัวของลำไส้ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการแสดงดังนี้ 1) เกิดกรดไหลย้อน 2) กระเพาะอาหารว่างช้าลงอุจจาระอยู่ในลำไส้ใหญ่นานขึ้น 3) เกิดลำไส้อุดตัน (Bowel Obstruction) 3) มีอาการท้องอืด 4) คลื่นไส้ อาเจียน 5) เบื่ออาหาร (Kumar, et al., 2014, McMillan, 2004; Woolery et al., 2008)

ข้อจำกัด

- 1) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาในช่วงเวลา 13-16 น. วันจันทร์-ศุกร์ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพบกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลล่าช้า
- 2) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการคำนวณไว้ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามบางรายเลื่อนการตรวจนัดหมาย ทำให้การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างมีความล่าช้าไปด้วย
- 3) คู่มือเพื่อการป้องกันและจัดการท้องผูก ออกแบบให้มีส่วนที่บันทึกการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นภาพรวม ซึ่งควรมีการพัฒนาและปรับปรุงในการบันทึกรายละเอียดเป็นรายวัน เพื่อข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำต่อไป
- 4) การวิจัยครั้งนี้ มีการติดตามกลุ่มตัวอย่างให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ไม่เพียงพอ จึงทำให้ผลของการวิจัยไม่เป็นไปตามที่ตั้งสมมุติฐานไว้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- 1) แนวปฏิบัติที่นำมาใช้ในการทำโปรแกรมนี้ เป็นข้อสรุปของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นระดับที่ควรทำเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับต่ำ (Grade D / Level 5) (NCI, 2014a; BC Cancer Agency (2013) (as cited in Buduhan, et al.,2010; 2013); McKay, Fravel, &

Scanlon, 2010) ถึงแม้แนวปฏิบัติจะไม่ทำให้อาการท้องผูกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกลดลง

2) มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับประทานยาบรรเทาปวดกลุ่ม Strong Opioids เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ควรคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย เพื่อป้องกันอาการท้องผูกและอาการที่เกิดร่วมกับท้องผูกได้

ด้านการวิจัย

1) ระยะเวลาในดำเนินการตามโปรแกรมอาจมีระยะเวลาที่สั้นเกินไป รวมทั้งการจัดกระทำกับตัวแปรในแนวปฏิบัติไม่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลต่อความตรงภายในของงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการวัดกระทำที่พอเพียงและควบคุมบางปัจจัยให้มากขึ้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2) จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ได้รับยากลุ่ม Strong Opioid (MST 10mg) มีผลต่อการเกิดท้องผูก ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรจะนำมาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้งานวิจัยที่แม่นยำต่อไป

3) จากผลการศึกษา สามารถนำปัญหาที่พบ เป็นแนวทางในการทำงาน การดูแลผู้ป่วย Self-Management ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต่อไปในอนาคต





ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ก.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 คู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูกและจัดการท้องผูก



มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

จัดทำโดย

นางสาวจิรภา ปราบมภ์

คลินิกประเมินความเสี่ยง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

หมายเลขโทรศัพท์ 091-1429642

1.1 คู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูกและจัดการท้องผูก (ต่อ)

อ้างอิง

ประกอบด้วยเนื้อหา

1. ท้องผูกกับโรคมะเร็ง
2. ผลกระทบของการเกิดท้องผูก
3. การประเมินท้องผูก
4. การจัดการท้องผูก
5. แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ

อ้างอิง

- 1.Lalit Kumar, Chris Barker & Anton Emmanuel. "Review Article Opioids-Induced Constipation: Pathophysiology, Clinical Consequences, and Management" Hindawi Publishing Corporation Gastroenterology Research and Practice Volume 2014.
- 2.McMillan Susan C. "Assessing and Managing Opiate-Induced Constipation in Adult With Cancer." May/June 2004, vol. 11, No. 3.
- 3.National Cancer Institute "Guideline Management Constipation" Available from: <http://www.cancer.gov/canceropics/pdq/supportivecare/gastrointestinalcomplications/HealthProfessionals>.
- 4.NICE "Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong Opioids for pain in palliative care of adults" full guideline. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG140>. Developed for NICE by the National Collaborating Centre for Cancer. National Collaborating Centre for Cancer (May 2012).
- 5.Vanessa Boddhan et al., 2010. "Symptom Management Guidelines: constipation" BC Cancer Agency. Available from: <http://www.bccancer.bc.ca/legal/htm>. Page 1-7
- 6.WHO. "Cancer Pain Relief." World Health Organization. Geneva, 1986. Available from: <http://www.who.int/painrelief/publications/documents/WHO%20adder.pdf>.
- 7.Woolery Myra et al., "Putting Evidence Into Practice : Evidence-Based Interventions for the Prevention and Management of Constipation in Patients With Cancer." Clinical Journal of Oncology Nursing * Volume 12, Number 2, Page 317-337.
- 8.สมาคมประสาทวิทยาและกายวิภาคศาสตร์แห่งประเทศไทย. "แนวทางทางดูแลภาวะท้องผูกเรื้อรัง." PDF file, 2552.
9. www.the-thai.com/health/1/4.html.
10. www.haamor.com

1.1 คู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูกและจัดการท้องผูก (ต่อ)

การประเมินผลกิจกรรมป้องกันท้องผูก

กิจกรรม	ทำได้	ทำไม่ได้ (เพราะเหตุใด)
1.เพิ่มการรับประทาน อาหารที่มีเส้นใยสูง (high fiber)
2.เพิ่มการดื่มน้ำอย่าง เพียงพอ
3.การออกกำลังกาย สม่ำเสมอ หรือเคลื่อนไหว ร่างกายให้มากขึ้น
4.สีการขับถ่ายให้ขี้ถ่าย เป็นเวลา
5.การจัดบันทึกการขับถ่าย ดูภาวะ

1. ท้องผูกกับโรคมะเร็ง

อาการปวดเรื้อรังเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมะเร็ง (1) และในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามคือ มอร์ฟีน (Morphine) ซึ่งเป็นกลุ่ม Strong Opioids (6) ซึ่งผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) คือ ง่วง สับสน ลึบ คั้น และส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดภาวะการทำงานของลำไส้ผิดปกติ (Opioids-induced bowel dysfunction (OIBD)) (2,3,4,5,7) เช่น อาการคลื่นไส้และท้องผูก

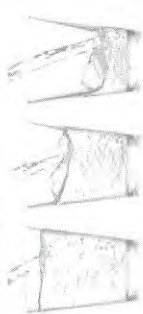

พบปัจจัยสาเหตุของการเกิดท้องผูกในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 3 ปัจจัย คือ

- 1.1 ผลจากยาต่างๆ ที่ได้รับ เช่น ยาลดอาการปวด กลุ่มโอปิออยด์ (Opioids therapy) , ยาเคมีบำบัด Cytotoxic agent (เช่น ยากลุ่ม vinca alkaloid, oxalipatin, thalidomide), ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) , ยาลดการหลังกรด (Aluminum antacids) , ยากันชัก (Anticonvulsant), ธาตุเหล็ก (Iron) เป็นต้น (2,3,4,5,7)

1.1 คู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูกและจัดการท้องผูก (ต่อ)

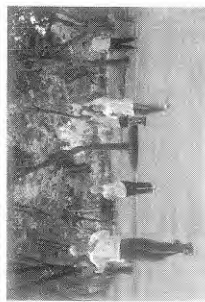
ตัวอย่าง อาหารที่มีใยอาหาร 25-30 กรัม ต่อวัน (๑๐)

		ใยอาหาร (กรัม)
อาหารเช้า	ข้าวต้มปลา 1 ชาม	0.2
	นมพร่องไขมัน 1 แก้ว (240 ซี.ซี.)	0
	แอปเปิ้ล 1 ผล	3.5
สาย ๆ	ผลไม้ 250 มิลลิกรัม (ซี.ซี.)	
	ผลไม้ 250 มิลลิกรัม (ซี.ซี.)	
	ผลไม้ 250 มิลลิกรัม (ซี.ซี.)	
อาหารเที่ยง	เส้นใหญ่ 1 ชาม	0.8
	ฝรั่ง 1 ผล	8.2
	ผลไม้ 250 - 500 มิลลิกรัม (ซี.ซี.)	
บ่าย	นมผง 1 แก้ว (180 ซี.ซี.)	4.8
	ผลไม้ 250 - 500 มิลลิกรัม (ซี.ซี.)	
	ข้าวกล้อง 2 ทัพพีเล็ก	1.7
เย็น	น้ำผลไม้ปั่น 1 แก้ว	0
	เค้ก 2 ก้อน (ขนาด = 2-3 ก้อน)	5
	ผลไม้ 250 มิลลิกรัม (ซี.ซี.)	0.8
รวม		25 กรัม

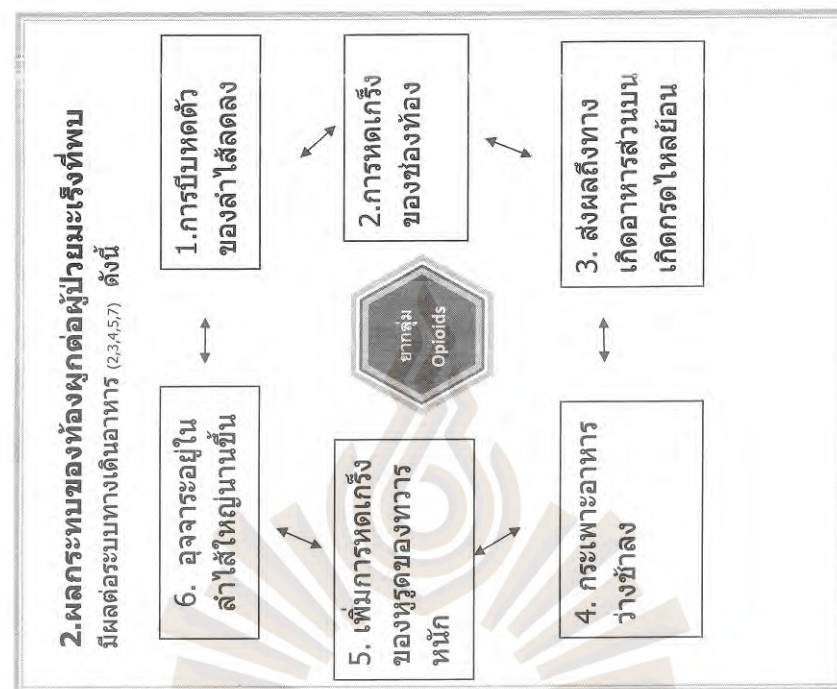
1.2 ภาวะสุขภาพร่างกาย พฤติกรรมทั่วไป เช่น อายุ ที่มากขึ้น ภาวะโภชนาการ การได้รับน้ำอย่างเพียงพอ การ เคลื่อนไหวน้อยลง และความเป็นส่วนตัวของการขับถ่าย

อุจจาระ (2,3,4,5,7)



1.3 การทำงานของลำไส้ที่ผิดปกติ เช่น ลำไส้อุดตัน ก่อนในอุ้งเชิงกราน พังพืดจากการฉายแสง เป็นต้น ผล ของเมตาบอลิซึมต่างๆที่ผิดปกติ เช่น ภาวะขาดน้ำ (Dehydration) มีแคลเซียมในกระแสเลือดมากกว่าปกติ (Hypercalcemia) น้ำตาลในกระแสเลือดมากกว่าปกติ รวมถึงโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท เช่น ก้อนที่ไขสันหลัง เป็นต้น (2,3,4,5,7) สาเหตุอื่นๆ เช่น ระดับความรู้สึกลด (Altered cognition, sedation) เป็นต้น (๕)

1.1 คู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูกและจัดการท้องผูก (ต่อ)



*ตารางแสดงตัวอย่าง อาหารและปริมาณเส้นใยเทียบกับ ปริมาณ 100 กรัม (1 ชีด) (๑)

เมล็ดพืช		ผลไม้		ผัก		ธัญพืช	
ชื่อ	ปริมาณเส้นใย (กรัม/100 กรัม)	ชื่อ	ปริมาณเส้นใย (กรัม/100 กรัม)	ชื่อ	ปริมาณเส้นใย (กรัม/100 กรัม)	ชื่อ	ปริมาณเส้นใย (กรัม/100 กรัม)
ข้าว	2.8	ทุเรียน	4.1	กะหล่ำปลี	1.6	ข้าวกล้อง	1.8
ข้าวกล้อง	2.1	มะละกอ	1.3	กะหล่ำดอก	2.2	มะเขือเทศ	1.7
ข้าวขาว	0.7	ฝรั่ง	3.7	แตงกวา	1.3	มะเขือ	2.9
						บรอกโคลี	2.9
ถั่วเขียว	26.0	ลธุด	8.1	ถั่วออก	2.2	มะเขือยาว	2.3
ถั่วแดง	27.7	กล้วยน้ำว้า	2.5	บรอกโคลี	2.9	มะระจีน	2.8
ถั่วแดง	26.9	มะม่วงน้ำดอกไม้สีดก	2.1	บรอกโคลี	2.4	พริกไทยดำ	2.8
หลวง							
ถั่วลิสง	19.6	มะม่วงแสดดก	3.6	ผักกวางตุ้ง	2.3	มะเขือพวง	13.6
ถั่วเหลือง	21.7	ลิ้นจี่	1.2	ผักกาดขาว	1.6	สะเต๊ะ	11.6
งาขาว	21.4	ส้มเขียวหวาน	1.6	ผักกาดหอม	1.8	พริกขี้หนู	9.9
งาดำ	10.2	เงาะโรงเรียน	2.4	ถั่วลิสง	2.2	ผักกระเจต	5.3
		องุ่น	1.1	ถั่วเขียว	2.4	แครอท	4.0
		แตงโม	0.3	ผักเขียว	1.7	ขมิ้น	3.9
				ถั่วลิสง	3.3	ถั่วพิสตาชิโอ	3.8

1.1 คู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูกและจัดการท้องผูก (ต่อ)

วิธีการ	เหตุผล	วิธีการอย่างไร
3. การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้น	การเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ลำไส้เกิดการขยับและเคลื่อนไหว เคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น	1. เคลื่อนไหวได้ตามปกติ แนะนำ เดิน 15-20 นาที วันละ 1-2 ครั้ง/วัน 2. กรณีจำกัดการเคลื่อนไหว แนะนำ การเดินอย่างน้อย 50 ฟุต (15 เมตร) วันละ 2 ครั้ง
4. ฝึกการขับถ่ายให้ขยับถ่ายเป็นเวลา	เพื่อที่ลำไส้จะได้เกิดความเคยชินกับการขับถ่ายเป็นเวลา	ฝึกเข้าห้องน้ำหลังรับประทานอาหาร 5-15 นาที หลังมื้ออาหาร เพราะเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมทางเดินอาหารทำงานได้ดีที่สุด
5. การจดบันทึกการขับถ่าย	เพื่อติดตามและประเมินท้องผูกอย่างต่อเนื่อง	บันทึกจำนวนการขับถ่ายและลักษณะอุจจาระ รวมถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นร่วมกับท้องผูกในแต่ละวัน

**การจัดการที่การขับถ่ายของภาวะเรื้อรังมีความเป็นส่วนตัว และมีควมเป็นส่วนตัว 10

3. การประเมินท้องผูก ประกอบด้วย 2 วิธี คือ จากประวัติทั่วไปและการตรวจร่างกาย (3.1, 3.2)

3.1 ประวัติทั่วไป โดยการสังเกตและการบันทึก เน้นประวัติการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่

- ลักษณะอุจจาระ
- ความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระ
- การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายอุจจาระ
- การรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่ดื่มในแต่ละวัน
- การรบกวนที่เคยได้รับ เช่น การฉายแสง ยาเคมีบำบัด เป็นต้น
- โรคประจำตัว ระยะของโรคว่าได้รับ เห็น ยากลุ่ม

โอปิออยด์ (Opioids) (3.3)

3.2 การตรวจร่างกายด้วยตนเอง โดยการสังเกต ดังนี้

- การเคี้ยวเคลื่อนไหวของลำไส้
- การแน่นท้อง ท้องอืด และการคลำท้องเพื่อค้นหาลักษณะผิดปกติ (3.3)
- การตรวจช่องปาก ดูช่องปาก ฟัน เพื่อประเมินการกลืนร่วมด้วย (3.3)

1.1 คู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูกและจัดการท้องผูก (ต่อ)

มาตรการสอบกันว่า ท่านท้องผูกหรือไม่
มีลักษณะการขับถ่ายและอุจจาระ ดังนี้ต่อไปหรือไม่
<input type="checkbox"/> ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
<input type="checkbox"/> ต้องเบ่งมากกว่าปกติ
<input type="checkbox"/> อุจจาระเป็นก้อนแข็ง
<input type="checkbox"/> รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด
<input type="checkbox"/> มีความรู้สึกถ่ายถ่ายไม่ออก เนื่องจากมีสิ่งอุดตันบริเวณทวารหนัก
<input type="checkbox"/> ต้องใช้นิ้วมือช่วยในการถ่ายอุจจาระ

วิธีการ	เหตุผล	วิธีการอย่างไร
1. เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง (high fiber) แนะนำประมาณ 20-35 กรัม/วัน	เส้นใย ช่วยเพิ่มปริมาณอุจจาระ และในการดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่อุจจาระ	โดยเพิ่มสัดส่วนใยในมื้ออาหารทุกมื้อเน้น กลุ่มผักและผลไม้ที่มีเส้นใยมาก (High fiber) หรือการเพิ่มผลไม้ 1 ผล ในมื้ออาหารทุกมื้อ (6)
2. เพิ่มการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ประมาณวัน 8-12 แก้ว หรือ 1,500 -2,000 ซีซี / วัน (รวมน้ำผลไม้ น้ำซุปต่างๆ หรือน้ำเหลวที่สารอาหาร)	น้ำ ช่วยทำให้อุจจาระอ่อนนุ่ม	ดึงน้ำไปใส่ภาชนะ หรือแก้วที่ทราบปริมาณ เพื่อสะดวกในการจดปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน และจำกัดเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ดื่มแอลกอฮอล์

1.1 คู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูกและจัดการท้องผูก

4. วิธีการจัดการท้องผูก

4.1 การจัดการด้วยการใช้ยา คือ กลุ่มยาระบายที่มีกลุ่มการ ทำงานและออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน (2,3,4,5,7) ได้แก่

กลุ่มยาระบาย	การออกฤทธิ์และตัวอย่างยาร
กลุ่ม Bulk producers (กลุ่มธรรมชาติ)	ช่วยดูดซึมน้ำในลำไส้ และทำให้การขับถ่ายอุจจาระมากขึ้น ได้แก่ เม็ดแมงลัก เป็นต้น
กลุ่ม Fecal softeners (กลุ่มทำให้ให้อุจจาระนุ่ม)	ช่วยดูดน้ำกลับสู่อุจจาระ ทำให้อุจจาระอ่อนนุ่ม
**กลุ่ม Stimulant laxatives (ริยงใช้) (กลุ่มกระตุ้นการเคลื่อนไหวลำไส้)	เพิ่มการบีบตัวของลำไส้ให้มากขึ้น ลดการดูดซึมน้ำ เช่น Senna (มะขามแขก) หรือ Bisacodyl เป็นต้น
กลุ่ม Lubricant laxatives (กลุ่มหล่อลื่น)	ช่วยลดการดูดซึมน้ำบริเวณลำไส้ที่ลดลง ทำให้อุจจาระอ่อนนุ่ม ขับออกง่าย
*กลุ่ม Osmotic laxatives (กลุ่มดูดซึมน้ำกลับ)	ดูดซึมน้ำทำให้อุจจาระอ่อนนุ่ม ถ่ายอุจจาระบ่อยขึ้น เช่น Milk of magnesium หรือ MOM, Lactulose เป็นต้น
กลุ่ม Saline laxatives	ดูดน้ำจากเนื้อเยื่อของลำไส้ อุจจาระอ่อนนุ่ม ขับถ่ายง่าย
กลุ่ม Opioids antagonists	ยากดฤทธิ์ต้องระวังในการใช้ ต้องพิจารณาถึงโทษการให้ยาก็จริง ได้แก่ Naloxone และ Methylnaltrexone

**แพทย์สามารถส่งยาระบายให้ผู้ป่วยมากกว่า 1 กลุ่ม เช่น เพิ่มขนาดกลุ่มกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ร่วมกับยากดกลุ่มอุจจาระอ่อนนุ่ม เป็นต้น

4.2 การจัดการโดยการใช้ยา

จากการศึกษา แนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการท้องผูกที่เป็นเลิศในผู้ป่วยมะเร็ง การรักษาท้องผูกที่ดีที่สุด คือ การป้องกันอาการท้องผูก (3)

ซึ่งมุ่งเน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน และแก้ปัญหาคือเป็นสาเหตุของการเกิดท้องผูก ควบคู่กับการได้รับยาระบาย เพื่อป้องกันท้องผูกอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ดังนี้



กลุมยาระบาย

1.2 แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary)

1.2 แบบประเมินการขับถ่ายอุจจาระประจำวัน (Bowel diary)

ให้ใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องแสดงอาการที่ตรงกันมากที่สุด

ลักษณะอุจจาระ / วันที่ประเมิน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1. ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์																															
2. คือขี้เบ่งมากกว่าปกติ																															
3. อุจจาระเป็นก้อนแข็ง																															
4. ถ่ายอุจจาระไม่สุด																															
5. รู้สึกว่าถ่ายไม่ออก																															
6. ต้องใช้วิธีอื่นช่วยในการถ่ายอุจจาระ																															
อาการแสดงที่เกิดร่วมท้องผูก																															
1. ไม่อยากอาหาร																															
2. ท้องแข็งแน่นท้อง																															
3. คลื่นไส้ อาเจียน																															
4. แสบแสบอุจจาระ																															
5. วิดีสีดวงมีลักษณะ บวม แดง																															

ผู้ประเมิน (ผู้ป่วย)

วันที่ประเมิน วันที่สิ้นสุดการประเมิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล (เก็บจากเวชระเบียน)

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพ 1.โสด 2.แต่งงาน 3.หม้าย 4.หย่าร้าง
4. จังหวัดภูมิลำเนา.....จังหวัดที่อยู่ปัจจุบัน.....
5. สิทธิการรักษา 1.สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2.ข้าราชการรัฐวิสาหกิจ
 3.ประกันสังคม 4.ชำระเงินเอง
6. ชนิดของโรคมะเร็ง.....
7. ประวัติการรักษาโรคมะเร็งที่ได้รับ
 1.การผ่าตัด.....
 2.การฉายแสง
- 3.การได้รับยาเคมีบำบัด
8. ยาบรรเทาปวดกลุ่ม Opioids ชนิดอื่น (MST 10 mg) ที่ได้รับ มีอะไรบ้าง (โปรดระบุ)
1).....ระยะเวลาที่ได้ยากกลุ่ม Opioids สัปดาห์ / เดือน/ ปี
2).....ระยะเวลาที่ได้ยากกลุ่ม Opioids สัปดาห์ / เดือน/ ปี
3).....ระยะเวลาที่ได้ยากกลุ่ม Opioids สัปดาห์ / เดือน/ ปี
4).....ระยะเวลาที่ได้ยากกลุ่ม Opioids สัปดาห์ / เดือน/ ปี
9. ระยะเวลาที่ได้ยากกลุ่ม Opioids สัปดาห์ / เดือน/ ปี

ตอนที่ 2 การประเมินที่ได้จากการตรวจร่างกาย (จำนวนคะแนนที่ได้ คือตัวเลขและเครื่องหมายในวงเล็บ)

1. การเคลื่อนไหวของลำไส้
 (-1).....มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ (ประมาณ 5 ครั้ง/นาที)
 (+1)มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ น้อยกว่าปกติ หรือมากกว่าปกติ
 (น้อยกว่า หมายถึง น้อยกว่า 5 ครั้ง/นาที; มากกว่าปกติ หมายถึง มากกว่า 3 ครั้ง/นาที)
2. ตรวจพบความแตกต่างในช่องท้อง (ความนุ่มแข็ง) (-1) ไม่มีความแตกต่าง
 (+1) มีความแตกต่าง
3. ตรวจพบก้อนในช่องท้อง (-1)..... ไม่มี; (+1) มีก้อนในช่องท้อง
4. ตรวจพบอุจจาระอัดแน่น (-1)..... ไม่มี; (+2) มีลักษณะการอัดแน่นของอุจจาระ

การประเมินสถานะทางจิตใจของผู้ป่วย (ข้อมูลจากเวชระเบียน)

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

ข้อมูลของการรับประทานอาหารและการได้รับน้ำ

1. การรับประทานอาหารเมื่อ 3 วันที่ผ่านมา
 (+2).....อาหารเหลวเท่านั้น
 (0).....อาหารที่มีเส้นใยเล็กน้อย
 (-2).....อาหารที่มีเส้นใยสูง (เช่น ขนมปังที่ผลิตจากเมล็ดข้าว ธัญพืช ผัก ผลไม้)
2. การได้รับน้ำในแต่ละวัน (น้ำที่ไม่ใช่เครื่องดื่มที่อาจเป็นสาเหตุของการขับปัสสาวะ เช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์)
 (+2).....น้อยกว่า 1,500 ซีซี ทุกวัน (0).....มากกว่า 1,500 ซีซี ต่อวัน
 (-2).....มากกว่า 2,000 ซีซี ต่อวัน
3. การมีกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน
 (+2).....ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว (Passive Range of Motion)
 (+1).....เดินเองได้มากกว่า 50 ฟุตต่อวัน
 (0).....เดินเองได้น้อยกว่า 50 ฟุตต่อวัน
 (-2).....มีกิจกรรมทางกายเองได้เต็มที่

การได้รับยา

1. รายการยาในปัจจุบันที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดท้องผูก

- | | |
|---|-----------------------------------|
| ยาแอนตาซิดที่มีส่วนผสมของอลูมิเนียม | เกลือไอออน (Iron salts) |
| ยาต้านโคลิเนอร์จิก | ยาระบาย(ที่ใช้ผิดวิธี) |
| แคลเซียมคาร์บอเนต | ยากลุ่มโอปิออยด์ |
| ยาต้านแคลเซียม | ฟีนโทอะซีน (Phenothiazines) |
| ยาขับปัสสาวะ | ยากล่อมประสาท (Sedative) |
| ยาต้านอาการต้านเศร้ากลุ่มไตรโซคลิก | อื่นๆ |

2. รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ (ถ้าได้รับ 2 ชนิด หรือมากกว่า, บวกเพิ่ม 2 คะแนน)

.....
 รายการยาที่ทำให้มีอาการอ่อนตัว และยาระบายที่ผู้ป่วยได้รับ เมื่อ 3 วันที่แล้ว (ไม่คิดคะแนน)

.....
 การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

.....
 คะแนนทั้งหมด

การแปลผลคะแนน :

คะแนน -18 ถึง -6 ให้เริ่มใช้โปรแกรมสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงน้อย

คะแนน -5 ถึง +7 ให้เริ่มใช้โปรแกรมสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ +8 ให้ใช้โปรแกรมสำหรับผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูง ได้

ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ Karam และ Nies (1994)

การตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC)

1. แบบสอบถามระดับความถี่ของการเกิดท้องผูก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) ดังนี้

เนื้อหา	ผู้ทรงคุณวุฒิ			Item IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1. แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระที่ผ่านมา (0)..... ถ่าย 1 ครั้ง/วัน ; (+1) .....ถ่าย 1 ครั้ง ทุก 3 วัน (+2) .....ถ่ายน้อยกว่า 1 ครั้ง ทุก 3 วัน	0	1	1	0.67
2. ลักษณะของการขับถ่าย (ไม่คิดคะแนน) ลักษณะ.....แข็งมาก...เป็นก้อนแข็ง...เป็นก้อนลักษณะ นุ่ม.....เหลว สี ...ดำ...น้ำตาลเข้ม.....สีน้ำตาล.....สีน้ำตาลอ่อน จำนวน .....เล็กน้อย.....ปานกลาง.....มาก กลิ่นเหม็นผิดปกติ.....ไม่มี .....มี (อธิบาย).....	1	1	1	1.00
3. ชนิดของยาระบายที่ใช้ (ไม่คิดคะแนน) ...ยาเม็ด .....ยาสวน.....ยาเหน็บ	1	1	1	1.00
4. ท่านคิดว่าตนเองเป็นคนมีการถ่ายอุจจาระบ่อยแค่ไหน	1	1	1	1.00
5. ประวัติของการเกิดท้องผูกหรือการมีอุจจาระอัด แน่น (Fecal impaction) (-2).....ไม่เคย; (0) .....บางครั้ง; (+1)..... มีอาการท้องผูกเรื้อรัง;(+2) .....มีอุจจาระอัดแน่น	1	1	1	1.00
6. ประวัติการใช้ยาระบาย (-2).....น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน; (0) เดือนละ 1 ครั้ง(+1).....สัปดาห์ละครั้ง; (+2) .....ใช้ทุกวัน ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา ระบาย.....	1	1	1	1.00

เนื้อหา	ผู้ทรงคุณวุฒิ			Item
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	IOC
7. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหารหรือไม่ (-1).....ไม่เคย; (+1) .....เคย	1	1	1	1.00
8. ถ่ายอุจจาระครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่ (-1).....< 3 วัน; (+1)> 3 วัน (+2)> 5 วัน	1	1	1	1.00
9. ฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้	1	1	1	1.00
10. ตรวจพบความแตกต่างในช่องท้อง	1	1	1	1.00
11. ตรวจพบก้อนในช่องท้อง	1	1	1	1.00
12. ตรวจพบอุจจาระอัดแน่น	1	1	0	1.00
13. ในปัจจุบันท่านมีลักษณะซีมเซ้าหรือไม่ (ข้อมูลจากเวชระเบียน)	1	1	1	1.00
14. ผู้ป่วยมีอาการของสมองเสื่อม (dementia) (ข้อมูลจากเวชระเบียน)	0	1	1	0.67
15. การรับประทานอาหารเมื่อ 3 วันที่ผ่านมา	1	1	1	1.00
16. การได้รับน้ำในแต่ละวัน	1	1	1	1.00
17. การมีกิจกรรมทางกายและการพักผ่อน	1	1	1	1.00
18. รายการยาในปัจจุบันที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดท้องผูก	1	1	1	1.00
19. ประมวลผล รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ	1	1	1	1.00
20. การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ	1	1	1	1.00

คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC)

$$\text{สูตรคำนวณ IOC} = \frac{\text{คะแนนรวม}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ}} = \frac{\sum R}{N} = \frac{285}{3} = 95\%$$

2. คู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูก แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูก จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา

(Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) ดังนี้

เนื้อหา	ผู้ทรงคุณวุฒิ			Item IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
แนวปฏิบัติป้องกันท้องผูก ประกอบด้วย 1.เพิ่มอาหารที่มีเส้นใย (Dietary management) ปริมาณที่แนะนำ 20-35 กรัม/วันหรือการเพิ่มผลไม้ 1 ผล ในมื้ออาหารทุกมื้อ	1	1	1	1.00
2. การดื่มน้ำ (Fluid Intake) การดื่มน้ำประมาณวัน 1,500 -2,000 ซีซี / วัน หรือ การดื่มน้ำ 8-12 แก้วต่อวัน (รวมน้ำผลไม้ น้ำชูปต่างๆ)	1	1	1	1.00
3.การเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย (Physical Activity) เช่น การเดินหลังการรับประทานอาหาร 5-10 นาที หรือเดินประมาณ 50 ฟุต (15 เมตร) เป็นต้น	1	1	1	1.00
4.การฝึกการขับถ่ายอุจจาระ(Bowel Routine) การดื่มน้ำอุ่น 30 นาที- 1 ชั่วโมงก่อนเวลาถ่ายอุจจาระ หรือฝึกเข้าห้องน้ำหลังรับประทานอาหาร 30นาที -60 นาที หลังมื้ออาหาร การจัดสถานที่ให้เหมาะสม และเงียบสงบ	1	1	1	1.00

คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC)

$$\text{สูตรคำนวณ IOC} = \frac{\text{คะแนนรวม}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ}} = \frac{\sum R}{N} = \frac{300}{3} = 100$$

3.แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) เป็นตารางบันทึกจำนวนครั้ง ของอาการท้องผูกใน แต่ละวัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) ดังนี้

เนื้อหา	ผู้ทรงคุณวุฒิ			Item CVI
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	
1.ลักษณะอาการท้องผูก ประกอบด้วย 6 ประการ ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องเบ่งมากกว่าปกติ อุจจาระเป็นก้อนแข็ง รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด มีความรู้สึกถ่ายไม่ออก ต้องใช้นิ้วมือช่วยในการถ่ายอุจจาระ	1	1	1	1.00
2. อาการแสดงที่เกิดร่วมท้องผูก มี 5 อาการ ไม่อยากอาหาร ท้องอืดแน่นท้อง คลื่นไส้ พะอืดพะอม เรอเสບขอดอก รีดสีดวงมีอาการ บวม แดง	1	1	1	1.00

คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC)

$$\text{สูตรคำนวณ IOC} = \frac{\text{คะแนนรวม}}{\text{จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ}} = \frac{\sum R}{N} = \frac{300}{3} = 100$$

ก.3 รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. พญ. อัจฉรา สุภาวเวช แพทย์เฉพาะทางมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬารัตน์
2. พญ. ณัฐาภิญญา ธนินรัฎฐภัทร์ แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬารัตน์
3. นส.ศุขาวดี รุ่งแจ้ง พยาบาลวิชาชีพ แผนกคลินิกประเมินความเสี่ยง





ข.1 เอกสารของคณะกรรมการ มหาวิทยาลัยรังสิต



Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
School of Nursing, Rangsit University, Pathumthani, Thailand

No. 002/2016

Title of Project Outcomes of Constipation Prevention and Management in
Patients with Advanced Cancer Receiving Oral Opioids

Protocol Number ID 58-361-011

Principal Investigator Miss Jirapa Prarom

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on
Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the
Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman *Somchit Hanucharurnkul*
Committee on Human Rights Related to Prof. Dr. Somchit Hanucharurnkul
Research Involving Human Subjects

Signature of Dean *Ampaporn*
Assist. Prof. Dr. Ampaporn Namvongprom

Date of Approval 31 January 2016

ข.2 เอกสารของคณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลจุฬารัตน์

แบบเอกสารที่ ECF 20



Human Research Ethics Committee Chulabhorn Research Institute

Title of Project	Outcomes of Constipation Prevention and Management in Patients with Advanced Cancer receiving Oral Opioids
Project Code	016/2559
Principal Investigator	Miss Jirapa Prarom
Affiliation	Chulabhorn Hospital
Date of approval	August 17, 2016
Approval Period	1 Year

The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by Human Research Ethics Committee, based on the Declaration of Helsinki.

Signature

(Professor Emeritus Chaivej Nuchprayoon, M.D.)

Chairperson

Human Research Ethics Committee

3. เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

แบบเอกสารที่ ECF 15



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (PARTICIPANT INFORMATION SHEET)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนที่ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ผลลัพธ์ของการป้องกันและจัดการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับประทานยา กลุ่มโอปิออยด์ (Opioids)

หัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวจิรภา พรารมภ์

สถานที่วิจัย สถานที่ทำงาน และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

หน่วยงานคลินิกประเมินความเสี่ยง โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (ในเวลาราชการ) 02-576-6142 ถึง 6143

(นอกเวลาราชการ) 080-1345003

ผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ไม่มี

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย โครงการวิจัยนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษา ผลของการนำแนวปฏิบัติการป้องกันท้องผูกและการจัดการท้องผูก ไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่รับประทานยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ โดยผู้วิจัยจะประเมินความเสี่ยงต่อการท้องผูก โดยการซักประวัติเน้นเกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระและการตรวจร่างกาย และสอนเกี่ยวกับการประเมินอาการท้องผูกและการจัดการท้องผูก รวมทั้งให้ออกสารคู่มือประกอบการความรู้เรื่องท้องผูกและบันทึกการขับถ่ายขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งหากอาสาสมัคร ยินยอมเข้าร่วม โครงการจะต้องปฏิบัติตามคู่มือป้องกันและการจัดการท้องผูกที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (28 วัน)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จะได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการท้องผูก จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถป้องกันและจัดการท้องผูก รวมทั้งรับรู้อาการแสดงที่เกิดขึ้นร่วมกับท้องผูกได้ นอกจากนี้ผลการวิจัยจะได้แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูกที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามรายอื่นได้ที่ได้รับประทานยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มด้วยการสุ่มแบบง่าย คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติ กลุ่มละ 34 คน ซึ่งหากอาสาสมัคร ยินยอมเข้าร่วมโครงการจะต้องปฏิบัติตามคู่มือป้องกันและการจัดการท้องผูกที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (28 วัน) มีกิจกรรมดังนี้ คือ ในสัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1) จะได้รับการประเมินความเสี่ยงท้องผูกครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีต่อราย ฟังอธิบายการใช้คู่มือป้องกัน ด้วย Power point บรรยาย และสาธิตประกอบ 5-7 นาที และวิธีการบันทึกข้อมูลการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel diary) ขณะอยู่ที่บ้าน 3-5 นาที ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถใช้เวลาว่างในช่วงเวลาใดก็ได้บันทึกจำนวนการขับถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน ครั้งละ 3-5 นาที และจะได้รับการติดตามอาการท้องผูก ทางโทรศัพท์หรือมาตามนัดหมายของแพทย์ ครั้งละ 3-5 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (วันที่ 7, 14 และ 21) และจะได้รับการประเมินความเสี่ยงท้องผูกครั้งที่ 2 ในวันสิ้นสุดโครงการ (วันที่ 28) ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีต่อราย

อนุมัติโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
	สถาบันวิจัยจุฬารัตน์
รหัสโครงการ	016/2559
วันที่อนุมัติ	17 ส.ค. 2559

3. เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน ได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ และยาระบายจากแพทย์และเภสัชกรก่อนกลับบ้าน

ความเสี่ยงหรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย โครงการวิจัยนี้ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและการจัดการท้องผูกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ ร่วมกับการรับประทานยาระบายที่ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นการรักษาตามมาตรฐานของแพทย์ จึงสามารถกล่าวได้ว่า จะก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ ผู้เข้าร่วมโครงการ อย่างไรก็ตาม การตอบแบบสอบถามและการทำแบบประเมินท้องผูกอาจทำให้ผู้ป่วยเสียเวลา ผู้วิจัยจะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และสามารถให้ญาติช่วยในกรณีที่ไม่สามารถเขียนหนังสือและกรอกข้อมูลได้

หากมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือมีอาการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจากการวิจัย สามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่ชื่อ นางสาวจิราภา ปรามภักดิ์ หน่วยงานคลินิกประเมินความเสี่ยง โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (ในเวลาราชการ) 02-576-6142 ถึง 6143 (นอกเวลาราชการ) 080-1345003

คำตอบแทนที่จะได้รับ ไม่มี


ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบด้วยตนเองมีอะไรบ้าง ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบังข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะกรรมการกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์ของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬารัตน์ ทราบได้ที่ ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ โทรศัพท์ 0-2576 6840 หรือ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬารัตน์ ชั้น 12 อาคารโรงพยาบาลจุฬารัตน์ โทร 0-2576 6871, 6874 (ในเวลาราชการ)

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

	อนุมัติโดย	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
	รหัสโครงการ	สถาบันวิจัยจุฬารัตน์ 016/2559
	วันที่อนุมัติ	17 ส.ค. 2559

(ลงนาม)

(.....)

วันที่

หมายเหตุ:

- “กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์)
1. ให้ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้อ่านเอกสารชี้แจงนี้
 2. ให้เปลี่ยนสรรพนาม “ท่าน” เป็น “บุคคลในปกครองของท่าน”

3.เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)



แบบเอกสารที่ ECF 16

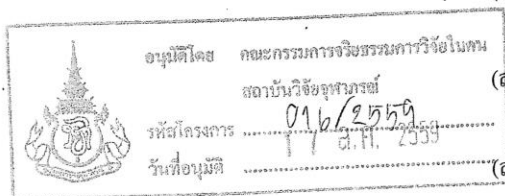
หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย INFORMED CONSENT FORM

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
 ที่อยู่.....
 บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ เลขที่.....
 ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย/ค้นคว้าเรื่อง ผลลัพธ์ของการป้องกันและจัดการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่
 ได้รับประทานยา กลุ่ม โอปิออยด์ (Opioids)
 ซึ่งผู้วิจัย ได้แก่ นางสาวจิรภา ปรารมภ์
 ได้อธิบายต่อข้าพเจ้าเกี่ยวกับ โครงการวิจัยครั้งนี้แล้ว [(ตามรายละเอียดเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (แบบ
 เอกสารที่ ECF15) ที่แนบมากับหนังสือยินยอมนี้)]

ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะ ให้คำตอบต่อคำถามใดๆ ที่ข้าพเจ้าอาจจะมี ได้ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วม
 โครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็น
 สรุปผลโครงการวิจัย และผู้วิจัยจะปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจแก่ข้าพเจ้าตลอด
 โครงการวิจัยนี้ และรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากโครงการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลที่ผู้วิจัยอธิบายและยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย โดยสมัครใจ และสามารถที่จะ
 ถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับ และใน
 กรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวจิรภา ปรารมภ์ โทรศัพท์ 080-1345003
 (ในเวลาราชการ) 02-576-6142 ถึง 6143 (นอกเวลาราชการ) 080-1345003



(ลงนาม).....ผู้ยินยอม

(.....)

(ลงนาม).....ผู้วิจัย

(.....)

(ลงนาม).....พยาน

(.....)

(ลงนาม).....พยาน

(.....)

วันที่.....



ภาคผนวก ค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ผลการทดสอบเงื่อนไขของการใช้สถิติ ANCOVA

1. ตัวแปรตามมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ผลการทดสอบการกระจายของคะแนนความเสี่ยงต่อท้องผูก โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่า คะแนนความเสี่ยงต่อท้องผูกครั้งที่ 1 และคะแนนความเสี่ยงต่อท้องผูกครั้งที่ 2 ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ (programme) และกลุ่มเปรียบเทียบ (control) กระจายเป็นโค้งปกติ

ตารางที่ ค.1 ผลการทดสอบการกระจายของคะแนนความเสี่ยงต่อท้องผูก โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk

	กลุ่ม	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
คะแนนความเสี่ยงต่อท้องผูกครั้งที่ 1	control	.948	30	.154
	programme	.954	30	.219
คะแนนความเสี่ยงต่อท้องผูกครั้งที่ 2	control	.950	30	.167
	programme	.961	30	.319

2. ตัวแปรตามและ Covariate มีความสัมพันธ์กันผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ได้รับยา MST กับคะแนนความเสี่ยงต่อท้องผูกครั้งที่ 1 และคะแนนความเสี่ยงต่อท้องผูกครั้งที่ 2 ทั้งโดยภาพรวม (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน) และเฉพาะกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของการใช้สถิติ ANCOVA

ตารางที่ ค.2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ได้รับยา MST กับคะแนนความเสี่ยงต่อท้องผูกครั้งที่ 1 และคะแนนความเสี่ยงต่อท้องผูกครั้งที่ 2 ทั้งโดยภาพรวม (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน)

		ระยะเวลาที่ได้รับยา MST 10 mg
คะแนนความเสี่ยงต่อท้องผูกครั้งที่ 1	Pearson Correlation	-.032
	Sig. (2-tailed)	.807
	N	60
คะแนนความเสี่ยงต่อท้องผูกครั้งที่ 2	Pearson Correlation	-.126
	Sig. (2-tailed)	.336
	N	60

ตารางที่ ค.3 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ได้รับยา MST กับคะแนนความเสียงต่อท้องผูกครั้งที่ 1 และคะแนนความเสียงต่อท้องผูกครั้งที่ 2 ของกลุ่มเปรียบเทียบ

		ระยะเวลาที่ได้รับยา MST 10 mg
คะแนนความเสียงต่อท้องผูกครั้งที่ 1	Pearson Correlation	-.157
	Sig. (2-tailed)	.408
	N	30
คะแนนความเสียงต่อท้องผูกครั้งที่ 2	Pearson Correlation	-.330
	Sig. (2-tailed)	.075
	N	30

ตารางที่ ค.4 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ได้รับยา MST กับคะแนนความเสียงต่อท้องผูกครั้งที่ 1 และคะแนนความเสียงต่อท้องผูกครั้งที่ 2 ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ

		ระยะเวลาที่ได้รับยา MST 10 mg
คะแนนความเสียงต่อท้องผูกครั้งที่ 1	Pearson Correlation	-.028
	Sig. (2-tailed)	.885
	N	30
คะแนนความเสียงต่อท้องผูกครั้งที่ 2	Pearson Correlation	-.101
	Sig. (2-tailed)	.595
	N	30

ตารางที่ ค.5 การปฏิบัติตนตามโปรแกรมป้องกันท้องผูกและจัดการท้องผูกของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ
ที่มีอาการท้องผูก (n=30)

พฤติกรรมป้องกัน ท้องผูก	สามารถปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สามารถ ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	หมายเหตุ
1.การเพิ่มเส้นใย ในแต่ละ วัน (25-30 กรัม หรือเพิ่ม ผลไม้ 1 ผล ในทุกมื้อ อาหาร)	14 (46.67)	16 (53.33)	1.มีปัญหาการเคี้ยว เนื่องจากใส่ฟันปลอม 1 ราย 2. มีอาการไม่ย่อยอาหาร เมื่ออาหาร กินได้ลดลง 5 ราย 3. กินได้เฉพาะข้าวต้ม โจ๊ก 2 ราย 4.แน่นท้อง ท้องอืด เพิ่มขึ้น 4 ราย 5. กินได้ปริมาณเท่าเดิม 4 ราย
2.การได้รับน้ำอย่างเพียงพอ (8-10 แก้ว/วัน หรือ 1500 -2000 ซีซี)	28 (93.33)	2 (6.67)	1.แน่นท้อง ไม่อยากกิน น้ำ 2 ราย
3.การเคลื่อนไหว (เดิน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15- 20 นาที)	16 (53.33)	14 (46.67)	1.มีอาการปวด บริเวณ สะโพก ก้นกบ ปวดหลัง ปวดชายโครง 9 ราย 2.มีอาการปวดแขน เวลา เดินไม่ชอบให้คนพยุง 10 ราย 3.ทำได้เท่าๆเดิม น้อย

ตารางที่ ค.5 การปฏิบัติตนตามโปรแกรมป้องกันท้องผูกและจัดการท้องผูกของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ที่มีอาการท้องผูก (n=30) (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันท้องผูก	สามารถปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สามารถปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	หมายเหตุ
			ไม่สม่ำเสมอ 3 ราย
4.การฝึกขับถ่าย (แนะนำหลังมีอาหารเข้า 15 นาที)	18 (60.00)	12 (40.00)	1.มีอาการปวด บริเวณสะโพก ปวดหลัง 6 ราย 2.เข้าเฉพาะตอนปวด 2 ราย 3.ทำได้ไม่สม่ำเสมอ 3 ราย 4.กินยาแก้ปวดแล้วง่วง 1 ราย
5.การบันทึกอุจจาระทุกวัน (อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง)	26 (86.67)	4 (13.33)	1.มีปัญหาสายตา 1 ราย 2.รอญาติมาบันทึกให้ 3 ราย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	จิรภา ประรามภ์
วัน เดือน ปีเกิด	16 พฤศจิกายน 2530
สถานที่เกิด	จังหวัดน่าน ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2552 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่, 2560
ที่อยู่ปัจจุบัน	49 ซอย 45 ถนนเลียบคูนายกิมสาย 1 แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร Email: jirapa.pra@pccms.ac.th
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลจุฬารัตน์
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

