ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับประทานยากลุ่มโอปิออยด์ (OPIOIDS)

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

จิรภา ปรารมภ์[1], อำภาพร นามวงศ์พรหม[2] และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์[2]

[1]หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, jirapa.pra56@ rsu.ac.th

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบวัดก่อนและหลังและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Pre and Posttest Intervention with Comparison Group)เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการท้องผูก ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ต่อระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก การรับรู้อาการท้องผูกและการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาบรรเทาปวดกลุ่ม Opioids ชนิดรับประทาน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 ราย และกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 30 ราย ซึ่งได้รับการแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการท้องผูก เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและแบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel diary) เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก การรับรู้อาการท้องผูก และการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติและระหว่างกลุ่มที่ได้การดูแลปกติ และกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ด้วยสถิติ Chi-square (χ^2=5.164, p= .076)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก การรับรู้อาการท้องผูกและการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติและระหว่างกลุ่มที่ได้การดูแลปกติและกลุ่มใช้แนวปฏิบัติไม่แตกต่างกันอย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับต่ำจำนวน 4 คน ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย คือ ควรป้องกันท้องผูกโดยการใช้ยาระบายตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดย การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยที่เพียงพอการดื่มน้ำอย่างเพียงพอการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวฝึกการขับถ่าย และบันทึกการขับถ่ายอุจจาระด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูก, OPIOID INDUCED CONSTIPATION, ท้องผูกและมะเร็งระยะลุกลาม

ABSTRACT

The objectives of this pre and posttest design 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 (p= .076)

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.

Keywords: CONSTIPATION PREVENTION AND MANAGEMENT GUIDELINE, OPIOID INDUCED CONSTIPATION, ADVANCED CANCER

1.บทนำ

มะเร็งระยะลุกลาม (Advanced cancer) เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้จะต้องเผชิญกับอาการของโรคที่รุนแรงร่วมกับอาการข้างเคียงของการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative treatment) ที่ได้รับ ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามคือ ปวด (Pain)เป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมานและส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Shoemaker, Estfann, Induru & Walsh, 2011) ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative treatment) จึงจำเป็นเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆที่เกิดขึ้น และให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2015) การบรรเทาปวดด้วยการใช้ยาตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1996) ขั้นตอนแรก ถ้าปวดน้อยใช้ยากลุ่ม Non-Opioids เช่น Paracetamol, Aspirin และ NSAIDs เป็นต้น หากอาการปวดยังไม่ดีขึ้นหรือมีความรุนแรงมากขึ้น จะใช้ขั้นตอนที่สอง คือ ให้ยากลุ่ม Weak Opioids เช่น Codeine และ Tramadol เป็นต้น และหากผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้นและไม่สามารถระงับปวดได้ด้วย Weak Opioids ในขนาดที่เหมาะสมแล้วจะเปลี่ยนมาใช้ยาในกลุ่มที่สาม คือ Strong Opioids เช่น Morphine, Fentanyl หรือ Methadone เป็นต้น

ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยากลุ่ม Opioids คือ กดการหายใจ ง่วง สะลึมสะลือ คัน และส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดภาวะ Opioids Induced Constipation (OIC) และภาวะ Opioids-Induced Bowel Dysfunction (OIBD)ซึ่งจะพบการบีบหดตัวของลำไส้ลดลง ส่งผลให้เกิดกรดไหลย้อน กระเพาะอาหารว่างช้าลง เกิดการดูดซึมน้ำกลับมากขึ้นอุจจาระอยู่ในลำไส้ใหญ่นานขึ้นทำให้อุจจาระเป็นก้อนแข็ง (Fecal Impaction) ส่งผลให้เกิดลำไส้อุดตัน (Bowel Obstruction) ทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารตามมา นอกจากนี้ทำให้มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อช่องท้อง (Abdominal cramping) และหูรูดของทวารหนักเพิ่มขึ้น (Kumar et al., 2014; McMillan, 2004; Woolery et al., 2008) จากการทบทวนวิจัย พบว่าท้องผูกเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดถึงร้อยละ 74-92 และทำให้การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง (Aurilio, Pace, Pota&Sansone, 2012; Panchal, Muller-Schwefe, &Wurzemann, 2007) ทำให้เกิดความรำคาญและไม่สุขสบาย ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (Aurilio et al., 2012) รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในเรื่องการขับถ่าย (National Cancer Institute [NCI], 2014; National Institute for Health and Care Excellent [NICE], 2012; Woolery et al., 2008)

แนวปฏิบัติในการป้องกันและจัดการท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองประกอบด้วย การจัดการท้องผูกทั้งโดยการไม่ใช้ยาและใช้ยาโดยการใช้ยาพบว่า แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ยาระบายแก่ผู้ป่วยทุกครั้งที่ให้รับประทานยากลุ่ม Opioids กลุ่มของยาระบายที่ใช้บ่อยในปัจจุบันมีหลายกลุ่ม เช่น Bulk producers, Fecal softeners, Stimulant laxatives, Lubricant laxatives, Osmotic laxatives, Saline laxatives และ Opioids antagonists (NCI, 2014) ส่วนแนวทางการป้องกันและจัดการท้องผูกโดยการไม่ใช้ยา พบว่า การป้องกันการเกิดท้องผูกเป็นวิธีการที่ดีที่สุด(NCI, 2014) ซึ่งแนวปฏิบัตินี้ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง ร่วมกับผักที่สามารถหาได้ง่ายในแต่ละมื้ออาหาร หรือเพิ่มผลไม้ในทุกมื้อการดื่มน้ำเพิ่มขึ้น ฝึกการขับถ่ายอุจจาระ และการออกกำลังกายเคลื่อนไหว โดยเดินหลังมื้ออาหาร 5-10 นาที (NCI, 2014; McKay, Fravel, & Scanlon, 2010)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของอาการท้องผูก โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อประเมินอาการที่ถึงแสดงภาวะท้องผูก รวมทั้งการสอนผู้ป่วยเพื่อให้สามารถประเมินด้วยตนเองได้ นอกจากนี้พยาบาลพยาบาลมีบทบาทสำคัญในด้านการป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงอาการท้องผูก โดยการสอนผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของวิธีการป้องกันท้องผูก ทั้งโดยการใช้ยาระบาย เพื่อป้องกันและรักษาอาการท้องผูกตามแผนการรักษา รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย และการฝึกการขับถ่าย ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ร่วมกับการใช้ยาระบาย จะลดความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการท้องผูกลง (National Clinical Effectiveness Committee, 2015) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยทางการพยาบาล ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันท้องผูก ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาบรรเทาปวดโดยใช้ Strong Opioids พบว่ามีอยู่อย่างจำกัด (NCI, 2014; NICE, 2012; Shoemaker et al., 2011; Woolery et al., 2008)

โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการวิจัยและรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งในแผนกผู้ป่วยนอก มีผู้เข้ามารับบริการ ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ เดือนละประมาณ 2,000-2,500ราย ซึ่งข้อมูลจากสำรวจการใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่ม Opioids ช่วงเวลา 3 เดือนย้อนหลัง (กันยายน 2559 - พฤศจิกายน 2559) ในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า มีการสั่งใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่ม Opioids ให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 378ครั้ง เป็นกลุ่มยาแบบรับประทาน คือ Morphine ร้อยละ 75.30 และยาชนิดอื่นๆได้แก่ Kapanol ร้อยละ 18.94 Methadone ร้อยละ 2.44และชนิดแปะผิวหนัง คือ Durogesic ร้อยละ 3.32 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับยาระบายทุกราย ร้อยละ 71.03 โดยเป็นยาระบายกลุ่มเพิ่มการบีบตัวของลำไส้ (Stimulant laxative) กลุ่มที่ดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ลำไส้ (Osmotic laxative) และยาระบายแบบสวนตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวยังไม่พบ (หน่วยงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลจุฬาภรณ์, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีแต่การทดลองที่ใช้ยาในการป้องกันท้องผูก Lee-Robichaud, Thomas, Morgan, & Nelson (2010); Candy, Jones, Goodman, Drake, &Tookman (2011) ยังไม่พบงานวิจัยที่นำแนวปฏิบัติการป้องกันท้องผูกไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้ด้วยยาบรรเทาปวดกลุ่ม Strong Opioid รับชนิดรับประทาน แต่พบแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยมะเร็งของ National Cancer Institute (2014) และสถาบัน BC Cancer Agency (Buduhan, et al., 2010, 2013 revised) ซึ่งเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดท้องผูก โดยเป็นคำแนะนำที่ควรปฏิบัติ (Recommendations) ในแนวปฏิบัติสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจจะนำแนวปฏิบัติการป้องกันท้องผูกจากหลักฐานเชิงประจักษ์

มาใช้ ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานและการให้ยาระบายตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามผลของการใช้แนวปฏิบัติที่มีต่อความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก การรับรู้อาการท้องผูก และการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับประทานยากลุ่ม Opioids ระหว่างก่อนและหลังในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ และระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้อาการท้องผูก และการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบวัดก่อนและหลังและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Pre and Posttest Design With Comparison Group) กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (Advanced cancer) ที่มาตรวจตามนัดในคลินิกมะเร็งทั่วไป ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่ ที่รับประทานยา กลุ่ม Strong Opioids ชนิด MST 10 mgที่มาตรวจติดตาม ระหว่างเดือน มกราคม – ตุลาคม พ.ศ. 2560 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้เพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยมะเร็งรายเก่าและรายใหม่ อยู่ในระยะลุกลามตามการวินิจฉัยของแพทย์ สามารถเขียน อ่าน ภาษาไทย และบันทึกข้อมูลได้ ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดจากค่า Effect size.30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจในการทดสอบ .80 เปิดตารางของ (Norwood, 2000) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ จำนวน 34 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากตามลำดับการมาตรวจ โดยสุ่มได้เลขคู่แทนกลุ่มตัวอย่างใช้แนวปฏิบัติ และเลขคี่แทนกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ 1) คู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูกและจัดการท้องผูก ผู้วิจัยสร้างเอง ซึ่งมีภาษาที่เข้าใจง่ายและในรูปแบบ Power point เพื่อการให้ความรู้ ประกอบด้วย นิยามการเกิดท้องผูก สาเหตุการเกิดท้องผูกในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม การสำรวจการเกิดท้องผูกด้วยตนเองเบื้องต้น วิธีการจัดการท้องผูกโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ตัวอย่างผักที่มีเส้นใยและอาหารที่ควรรับในแต่ละวัน เป็นต้น 2)แบบบันทึกข้อมูลการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel diary) ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1)แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยจากเวชระเบียน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ชนิดของโรคมะเร็งระยะของโรค ประวัติการรักษาที่ได้รับ ชื่อยา Opioids ที่ได้รับ และระยะเวลาที่ได้รับ 2) แบบสอบถามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือวัดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก Constipation Risk Assessment Scale (CRAS) แปลเป็นไทย โดย โบตั๋น แสนสุขสวัสดิ์ (2007) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1การซักประวัติเกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ความถี่ของการขับอุจจาระ ลักษณะอุจจาระการแก้ไขปัญหาท้องผูก เช่น การใช้

ยาระบาย เป็นต้นประวัติเกี่ยวกับการผ่าตัดที่มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การประเมินเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และน้ำดื่มที่ผู้ป่วยได้รับใน 3 วันที่ผ่านมา การประเมินด้านจิตใจผู้ป่วย การประเมินกิจกรรมการเคลื่อนไหวและการพักผ่อน การประเมินเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับทุกชนิด ที่เกี่ยวข้องกับทำให้เกิดภาวะท้องผูกและส่วนที่ 2การตรวจร่างกายโดยการฟังและการคลำหน้าท้อง เกณฑ์การคิดคะแนนและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก โดยคำตอบแต่ละส่วนทั้งที่คิด คะแนนและที่ไม่คิดคะแนน ในส่วนที่คิดคะแนนจะมีการระบุค่าคะแนนระหว่าง – 2 ถึง + 2 เมื่อทำการประเมินเสร็จสิ้นให้นำส่วนคะแนนทั้งหมดรวมกัน
ซึ่งแบ่งกลุ่มระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ดังนี้ คะแนน $\leq$-19 ไม่เกิดความเสี่ยงต่อท้องผูก คะแนน 18 ถึง -6 มีความเสี่ยงระดับต่ำ คะแนน -5 ถึง +7 มีความเสี่ยงระดับปานกลาง และคะแนน $\geq$ +8 แสดงว่า มีความเสี่ยงระดับสูง (3) แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับอาการของท้องผูกและอาการที่เกิดร่วมกับท้องผูกในแต่ละวัน โดยให้บันทึกด้วยตนเอง (หรือญาติช่วยเหลือ) ประเมินวันละ 1 ครั้งช่วงเวลาใดก็ได้ ระยะเวลา 28 วัน โดยแบบบันทึกมีอาการให้เลือก การประเมินใส่เครื่องหมายถูก (/) หมายถึง มีอาการเกิด = 1 และไม่เกิด =0 คิดคะแนนตามจำนวนของการเกิดอาการ คะแนนเต็มของแต่ละอาการ 28 คะแนน ซึ่งคู่มือแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูกและจัดการท้องผูก เครื่องมือวัดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Diary) ได้รับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้ 100%, 95% และ 100% ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยผ่านการรับรองของ คณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และคณะกรรมการจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการทำวิจัย และสิทธิในการปฏิเสธและการยกเลิกเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดงานวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ และใช้เป็นประโยชน์ในงานวิจัยเท่านั้น เมื่อสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามในเอกสารขอยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันนัดหมาย แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1) กลุ่มใช้แนวปฏิบัติได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหน่วยงาน และการดูแลตามแนวปฏิบัติประกอบด้วยกิจกรรม
   1.1. สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงท้องผูก ครั้งที่ 1โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย (10-15 นาทีต่อคน) รับฟังบรรยาย การอธิบายคู่มือป้องกันท้องผูกโดย Power point และการบันทึกการขับถ่ายอุจจาระเมื่ออยู่ที่บ้าน (Bowel Diary) (5-10 นาทีต่อคน)
   1.2 นัดหมายสัปดาห์ที่ 4 ประเมินระดับความเสี่ยงท้องผูก ครั้งที่ 2 (10-15 นาทีต่อคน) และรวบรวมคู่มือป้องกันท้องผูกและเอกสารการขับถ่ายอุจจาระที่ผู้ป่วยบันทึกไว้เมื่ออยู่ที่บ้าน
2) กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหน่วยงาน

2.1 เก็บข้อมูลในวันที่ 1 ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ครั้งที่ 1 (10-15 นาทีต่อคน) อธิบายและให้เอกสารการบันทึกข้อมูลการขับถ่ายอุจจาระ (บันทึกวันละ 1 ครั้ง) (5-10 นาทีต่อคน)

2.2 นัดหมายสัปดาห์ที่ 4 ประเมินระดับความเสี่ยงท้องผูก ครั้งที่ 2 และรวบรวมเอกสารการขับถ่ายอุจจาระที่ผู้ป่วยบันทึกไว้เมื่ออยู่ที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลการเจ็บป่วย ด้วยสถิติเชิงบรรยาย หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการวิจัย ตอบวัตถุประสงค์ ด้วยสถิติ Chi-square

4. ผลการวิจัย

กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (63.33%) มีสถานภาพสมรสคู่ (76.67%) อายุระหว่าง 30-77 ปี อายุเฉลี่ย 57 ปี (SD=10.02) และมากที่สุด ร้อยละ 33.33 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.33 (21 คน) เป็นมะเร็งที่ไม่มีผลต่อระบบทางเดินอาหารทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และพบว่ามากกว่าครึ่ง (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 เมื่อศึกษาประวัติการใช้ยาระบาย พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 (21 ราย) กินยาระบายต่อเนื่องทุกวัน

กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (76.67 %) มีสถานภาพสมรสคู่ (80 %) อายุระหว่าง 30-72 ปี อายุเฉลี่ย 54.77 ปี (SD=11.98) และครึ่งหนึ่ง (50%) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.33 (19 คน) เป็นมะเร็งที่ไม่มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และพบว่ามากกว่าครึ่ง (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)และ มีร้อยละ 4.35 (1 คน) ที่ได้รับยาบรรเทาปวด 3 ชนิด และกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่(83.33%) มีระยะเวลาที่ได้รับประทานยาบรรเทา MST 10 mg น้อยกว่า 8 สัปดาห์ เมื่อศึกษาประวัติการใช้ยาระบาย พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.67 (17 ราย) กินยาระบายต่อเนื่องทุกวัน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นระยะเวลาที่ได้รับยา Opioids อย่างไรก็ตาม พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับยา Opioids ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก

ผลการวิจัย

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก

ก่อนเข้าโปรแกรม กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด (100%) ภายหลังได้รับแนวปฏิบัติ พบว่า มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกระดับปานกลาง ร้อยละ 76.67 (26 คน) และมีความเสี่ยงต่อการ

เกิดท้องผูกลดลงเป็นระดับต่ำร้อยละ 13.33 (4 คน) เมื่อทดสอบความแตกต่างระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ก่อนและหลังกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าโปรแกรม พบว่า ร้อยละ 96.67 (29 คน) มีความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกอยู่ในระดับปานกลางและร้อยละ 3.33 (1 คน) มีความเสี่ยงระดับสูง หลังเข้าโปรแกรม พบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทดสอบความแตกต่างของระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่1 เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ และระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังติดตาม 4 สัปดาห์

	เกิดความเสี่ยงต่ำ		เกิดความเสี่ยงปานกลาง		เกิดความเสี่ยงสูง		สถิติ	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนการทดลอง								
กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ	0	0.00	30	100	0	0.00	-	-
กลุ่มเปรียบเทียบ	0	0.00	29	96.67	1	3.33		
หลังการทดลอง								
กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ	4	13.33	26	76.67	0	0.00	χ^2=5.164	.076
กลุ่มเปรียบเทียบ	0	0.00	29	96.67	1	3.33		

การรับรู้อาการท้องผูก

กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ไม่เกิดอาการท้องผูกร้อยละ 30.00 (9 คน) และเกิดอาการท้องผูก ร้อยละ 70.00 (21 คน)โดยอาการท้องผูกที่พบ แบ่งตามลักษณะของท้องผูก คือ (1) พบอาการใดอาการหนึ่ง ร้อยละ 46.7 (14 คน) ในจำนวนนี้ ร้อยละ 64.29 (9คน) ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/ สัปดาห์และร้อยละ 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) นอกจากนี้ไม่พบอาการท้องผูกลักษณะอื่น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่เกิดอาการท้องผูกร้อยละ 36.67 (11 คน) เกิดอาการท้องผูก ร้อยละ63.33% (19 คน) โดยอาการท้องผูกที่พบ แบ่งตามลักษณะของท้องผูก คือ (1) พบอาการใดอาการหนึ่ง ร้อยละ 30.00 (9 คน) ในจำนวนนี้ ร้อยละ 66.67 (6 คน) ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/ สัปดาห์ร้อยละ 33.33 (3 คน) อุจจาระเป็นก้อนแข็ง (2) ลักษณะท้องผูกเกิด 2 อาการร่วมกัน ร้อยละ 36.70 (10 คน) นอกจากนี้ไม่พบอาการท้องผูกลักษณะอื่น เมื่อทดสอบความแตกต่างของการรับรู้อาการท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ไม่แตกต่างกันดัง ตารางที่ 2

การรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก

กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ร้อยละ 93.33 (28 คน) มีการรับรู้อาการร่วมที่เกิดกับท้องผูก โดยอาการแสดงร่วมกับท้องผูกที่พบ แบ่งตามการรับรู้ 1 อาการ (1) ร้อยละ 13.30 (4 คน) ในจำนวน4 คนนี้ คือ ร้อยละ 75 (3 คน) มีอาการท้องอืดและร้อยละ 25 (1 คน) อาการคลื่นไส้พะอืดพะอม (2) ร้อยละ 50 (15 คน) รับรู้อาการแสดงท้องผูกร่วมกัน 2อาการ คือ มีอาการท้องอืดและอาการคลื่นไส้ พะอืดพะอม และ (3) ร้อยละ 30 (9 คน) มีอาการแสดง 3 อาการร่วมกัน คือ อาการไม่อยากอาหาร อาการท้องอืดและอาการคลื่นไส้ พะอืด พะอม โดยที่ไม่พบอาการอื่น คือ เรอแสบยอดอกและริดสีดวงอักเสบบวมแดง

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ร้อยละ 93.33 (28 คน) มีการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก โดยอาการแสดงร่วมกับท้องผูกที่พบ 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) รับรู้อาการแสดงท้องผูกร่วมกัน 2อาการ คือ มีอาการท้องอืดและอาการคลื่นไส้พะอืดพะอม และ (3) ร้อยละ 36.7(11 คน) มีอาการแสดง 3 อาการร่วมกัน คือ อาการไม่อยากอาหาร อาการท้องอืดและอาการคลื่นไส้ พะอืด พะอม โดยที่ไม่พบอาการอื่น คือ เรอแสบยอดอกและริดสีดวงอักเสบบวมแดง เมื่อทดสอบการรับรู้อาการแสดงที่เกิดร่วมกับท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้อาการท้องผูก และอาการแสดงที่เกิดร่วมกับท้องผูก ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังติดตาม 4 สัปดาห์ (n=60)

กลุ่ม	เกิด		ไม่เกิด		สถิติ	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาการท้องผูก						
กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ	21	70.00	9	30.00	χ^2=0.300	.584
กลุ่มเปรียบเทียบ	19	63.30	11	36.7		
อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก						
กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ	28	93.33	2	93.33	-	-
กลุ่มเปรียบเทียบ	28	6.67	2	6.67		

5. การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่าระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก การรับรู้อาการท้องผูก และการรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก ระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินทำให้อำนาจทดสอบไม่เพียงพอ และการจัดกระทำ (แนวปฏิบัติ) วัดเพียง 1 ครั้ง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก

การศึกษาพบว่า กลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติ มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกไม่แตกต่างกันทาง สถิติ Chi-square (χ^2=5.164, p= .076) แต่พบว่า ก่อนเข้าใช้แนวปฏิบัติทุกคน (100%) มีระดับ

ความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมป้องกันการเกิดท้องผูก วัดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ครั้งที่ 2 พบว่า ร้อยละ13.33 (4 คน) มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดลดลง โดยลดจากระดับความเสี่ยงปานกลางเป็นระดับความเสี่ยงต่ำอาจเป็นได้ว่า แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการท้องผูกมีส่วนทำให้ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกลดลง ซึ่ง กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ตามแนวปฏิบัติ คือ 1) การเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยให้เพียงพอ 2) การดื่มน้ำที่เพียงพอ 3) การเคลื่อนไหว การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม การเดินหลังการรับประทานอาหาร 5-10 นาที 4) ฝึกการขับถ่ายและเข้าห้องน้ำเป็นเวลา 5) การจดบันทึกการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน จะเป็นผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงระดับท้องผูกลดลง ซึ่งเป็นไปตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่แนะนำไว้ในแนวปฏิบัติ ระดับ Grade D (Level 5) ผลการศึกษาข้อมูลของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ ที่มีระดับความเสี่ยงที่ลดลงจำนวน 4 คน มีพฤติกรรมการปฏิบัติตน ตามคู่มือป้องกันและการจัดการท้องผูก พบว่า ร้อยละ 100 (4 คน) สามารถเพิ่มการดื่มน้ำประมาณวัน 1,500 -2,000 มิลลิลิตรต่อวันหรือการดื่มน้ำ 8-12 แก้วต่อวัน (รวมน้ำผลไม้ น้ำซุปต่างๆ) และร้อยละ 100 (4 คน) สามารถบันทึกการขับถ่ายอุจจาระทุกวันโดยทุกคนให้ญาติช่วยบันทึก และร้อยละ100 (4 คน) กินยาระบายเป็นทุกวัน ซึ่งยาระบายที่ได้รับเป็นกลุ่ม Stimulant laxative (Senokot) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross, Gretton, Welsh, Sato และ Riley (2008)ที่ศึกษาเรื่องท้องผูกในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยามอร์ฟีน ในโรงพยาบาลเฉพาะทางของเมืองลอนดอน ประเทศอังกฤษ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 274 คน พบว่าร้อยละ 72 ของกลุ่มตัวอย่างที่ท้องผูกได้รับการจัดการท้องผูกไม่ดี ร้อยละ 89ได้รับยาระบายไม่เพียงพอกับอาการท้องผูก เมื่อศึกษาข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่มีประสบการณ์ท้องผูกจึงไม่ต้องการกินยาระบาย ผู้ป่วยบางรายไม่มีประสบการณ์ท้องผูกเพราะกินยาระบาย และผู้ป่วยบางรายมีประสบการณ์ท้องผูกดังนั้นจึงต้องการยาระบายในปริมาณที่มากขึ้นด้วย

การรับรู้อาการท้องผูก

ในการศึกษาครั้งนี้ พบลักษณะอาการของท้องผูก 3 อาการมากที่สุด ซึ่งพบทั้งในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ อุจจาระเป็นก้อนแข็งและต้องเบ่งมากกว่าปกติ เหล่านี้เป็นผลจากกลไกของยากลุ่ม Strong opioidที่ได้รับซึ่งมี μ Receptor ของ Opioid ไปแทนที่ μ- receptor ในเยื่อบุของลำไส้กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ทำให้เกิดอาการ ดังนี้ การบีบรัดตัวของลำไส้ลดลง ทำให้อุจจาระค้างในลำไส้นานมากขึ้น เกิดการดูดซึมน้ำและเกลือแร่กลับเข้ามาในลำไส้เล็กมากขึ้น อุจจาระจึงมีลักษณะแข็ง (Buduhan et al., 2010, 2013 revised; Kumar et al.; 2014; McMillan, 2004; NICE, 2012; Woolery et al., 2008) และไม่พบลักษณะอาการท้องผูกอื่น คือ รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด มีความรู้สึกว่าถ่ายไม่ออกเนื่องจากมีสิ่งอุดกั้นบริเวณทวารหนักและต้องใช้นิ้วมือช่วยในการถ่ายอุจจาระ

ผลจากการวิจัยพบว่า การรับรู้อาการท้องผูกระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน (χ^2=0.300, p=.584) ถึงแม้ว่าในกลุ่มใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่จะสามารถปฏิบัติตัวตามโปรแกรม เช่น การดื่มน้ำมากขึ้น (93.33%) การจดบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ (86.67%) อย่างไรก็ตาม พบว่า การฝึกขับถ่ายอุจจาระ การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่มีเส้นใย พบว่า มีผู้ปฏิบัติได้เพียง ร้อยละ60, 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 Aurilioetและคณะ (2012) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม

Opioid ชนิดรับประทาน ที่มีระยะเวลามากกว่า 8 สัปดาห์ขึ้นไป เกิดท้องผูก (OIC : Opioid Induced Constipation และ OBD: Opioid Bowel Dysfunction) ประมาณ 41%

การรับรู้อาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 93 ของกลุ่มใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มเปรียบเทียบเกิดจำนวนครั้งไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มพบอาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก คือ อาการไม่อยากอาหาร อาการท้องอืด และอาการคลื่นไส้พะอืดพะอม และไม่พบอาการอื่น คือ เรอแสบยอดอกและริดสีดวงอักเสบบวมแดง ในทั้ง 2 กลุ่ม สอดคล้องกับรายงานวิจัยที่มีมาก่อนนี้ ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับยา Strong Opioids จะเกิดภาวะ Opioids Induced Constipation (OIC) และภาวะ Opioids-InducedBowel Dysfunction (OIBD) พบการบีบหดตัวของลำไส้ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการดังนี้ 1) เกิดกรดไหลย้อน 2) กระเพาะอาหารว่างช้าลงอุจจาระอยู่ในลำไส้ใหญ่นานขึ้น 3) เกิดลำไส้อุดตัน (Bowel Obstruction) 3)มีอาการท้องอืด4) คลื่นไส้ อาเจียน 5) เบื่ออาหาร

6. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัติที่นำมาใช้ในการทำโปรแกรมนี้ เป็นข้อสรุปของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นระดับที่ควรทำเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับต่ำ (Grade D / Level 5)ถึงแม้แนวปฏิบัติจะไม่ทำให้อาการท้องผูกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกลดลงดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับประทานยาบรรเทาปวดกลุ่ม Strong Opioids จึงควรรับประทานยาระบายเป็นประจำอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย เพื่อป้องกันอาการท้องผูกและอาการที่เกิดร่วมกับท้องผูก อย่างไรก็ตามระยะเวลาในดำเนินการตามโปรแกรมอาจมีระยะเวลาที่สั้นเกินไป รวมทั้งการจัดกระทำกับตัวแปรในแนวปฏิบัติไม่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอส่งผลต่อความตรงภายในของงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้มีการวัดกระทำที่พอเพียงและควบคุมบางปัจจัยให้มากขึ้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาภรณ์และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและข้อเสนอแนะที่นำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ขอบคุณเจ้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการได้มาซึ่งข้อมูล และสุดท้ายขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทุกท่านที่มาตรวจตามนัดหมาย ของหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ และผู้ดูแลทุกท่าน ที่ร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

โบตั๋นแสนสุขสวัสดิ์, พรรณวดีพุธวัฒนะ, และสุภาพอารีเอื้อ. (2550). การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 13(2), 106-123.

หน่วยงานเภสัชกรรม (2559). *ข้อมูลการเบิกใช้ยากลุ่ม Strong opiods และยาระบายระหว่างเดือน กันยายน-พฤศจิกายน*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาภรณ์.

สมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว(ไทย).(2552). แนวทางการดูแลภาวะท้องผูกเรื้อรัง. Retrieved from http://www.thaimotility.or.th/files/15.Constipation_booklet.pdf

American Society of clinical Oncology. (2015). *Managing Cancer Pain*. Retrieved from http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/physicalsideeffects/pain/pain-landing.pdf

Buduhan, V., Cashman, R., Cooper, E., Levy, K., & Syme, A., (2010). *Symptom Management Guidelines: constipation*. Retrieved from http//www.bccancer.bc.ca/legal/htm

Candy, B., Jones, L., Goodman, M. L., Drake, R., & Tookman, A. (2011). *Laxatives or methylnaltrexone for the management of constipation in palliative care patients.* Cochrane Database of Systematic. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249653.

Kumar, L, Barker, C., & Emmanuel, A. (2014). Review Article Opioids-Induced Constipation: Pathophysiology, Clinical Consequences and Management. Gastroenterology Research and Practice. Retrieved from https://www.hindawi.com/journals/grp/2014/141737/.pdf

Lee-Robichaud, H., Thomas, K., Morgan, J., & Nelson, R.L. (2010). Lactulose versus polyethylene glycol for chronic constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews (7).* Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614462

McKay, S.L., Fravel, M., & Scanlon, C., (2010). Management of constipation, *Clearing House, Guideline Summary. NGC-7535*. Retrieved from http:www//f.imd.com/medinfo/material/9c4/4eb28ee544ae46d1d13649c4/4eb28f0e44ae46d1d13649c7.pdf

McMillan, S.C. (2004). Assessing and Managing Opiate-Induced Constipation in Adult with Cancer, 11(May/June). pdf

National Cancer Institute. (2014). *Guideline Management Constipation*. Retrieved from http//: www.cancer.gov/cancertopics/pqd/supportivecare/gastrointestinalcomplications/ Health Professional. pdf

National Institute for Health and Care Excellent. (2012). *Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong Opioids for pain in palliative care of adults*. Retrieved from http://Developed for NICE by the National Collaborating Centre for Cancer National Collaborating Centre for Cancer. (May). pdf

Norwood, S.L. (2000). *Research strategies for advanced practice nurse.* Upper seddle River, N.J.: Prentice-Hall.

Panchal, S.J., Muller-Schwefe, P., & Wurzemann. (2007). Opioids-Induced Bowel dysfunctional: prevalence, pathophysiology and burden. *Journal complication*: *Int J Clin Pract*, 2007 1181-1187

Ross, J., Gretton. S., Welsh, K., Sato, H., & Riley J., (2008). Constipation in cancer patients on Morphine. *Article online, 16* (May). Isuue 5, 453-459.

Shoemaker K.L., Estfann, B., Induru. R., & Walsh, D.T., (2011). Symptom management: An important part of cancer care. *Cleveland clinic Journal of Medicine, 78*, 25-34.

Woolery, M., Bisanz, A., Lyons, H.F., Gaido, L., Yenulevich, M., Fulton. S., & Mcmillan, S.C. (2008). 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, 317-337.

World Health Organization. (1986). “Cancer Pain Relief” *Geneva*. Retrieved from http://www.geriatricpain.org/Content/Management/Interventions/Documents/WHO%20ladder.pdf