

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม



นางสาวศศิสกุล จันทศรี

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF PREOPERATIVE INFORMATION GIVING WITH ACUPRESSURE
PROGRAM ON POSTOPERATIVE NAUSEA, VOMITING, AND RETCHING IN
GYNECOLOGICALLY SURGICAL PATIENTS



Miss Sasisagul Jantarasri

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด
ต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทาง
นรีเวชกรรม

โดย

นางสาวศศิฎกุล จันทร์ศรี

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาด้านหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ บุญลือวิชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุตักดิ์ ชัมภลขิต)

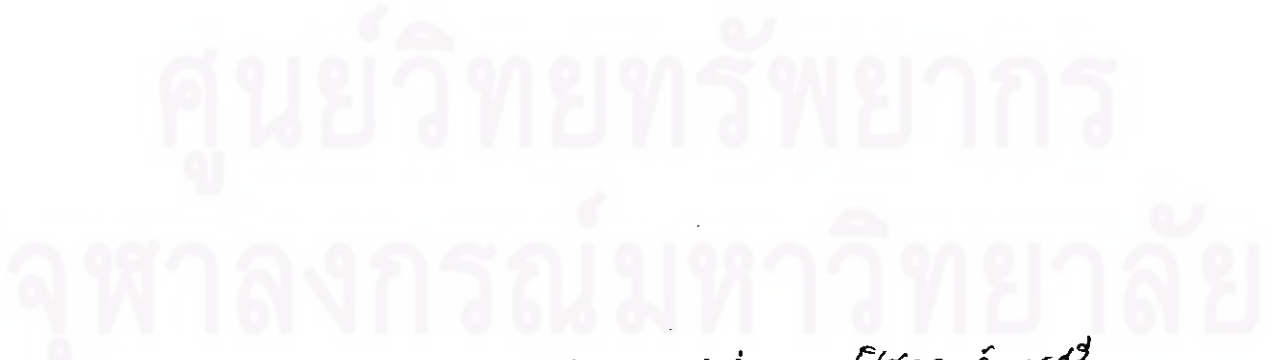
ศูนย์วิจัยการพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศศิสกุล จันทศรี : ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม. (EFFECTS OF PREOPERATIVE INFORMATION GIVING WITH ACUPRESSURE PROGRAM ON POSTOPERATIVE NAUSEA, VOMITING, AND RETCHING IN GYNECOLOGICALLY SURGICAL PATIENS)
 อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร.สุวีพร ธนศิลป์, 168 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ในระยะหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24 ระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินประสบการณ์การมีอาการ 2) การให้ข้อมูล 3) การนำบัดแบบผสมผสานด้วยการกดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน 4) การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนของ Rhodes (1999) มีความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติทดสอบค่าที และการทดสอบเอฟ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนของกลุ่มทดลองลดลงตามลำดับ ตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการมากที่สุดในช่วงชั่วโมงที่ 4 และมีอาการน้อยที่สุดในชั่วโมงที่ 24 ส่วนกลุ่มควบคุม มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนเพิ่มขึ้นตามลำดับ ตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัด
2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาหลังการผ่าตัด คือชั่วโมงที่ 4 ($\bar{X}_{\text{ควบคุม}}=1.67, \bar{X}_{\text{ทดลอง}}=4.00, t=2.78, p<.05$) ชั่วโมงที่ 8 ($\bar{X}_{\text{ควบคุม}}=1.27, \bar{X}_{\text{ทดลอง}}=6.07, t=4.58, p<.05$) และชั่วโมงที่ 24 ($\bar{X}_{\text{ควบคุม}}=0.17, \bar{X}_{\text{ทดลอง}}=6.10, t=6.40, p<.05$)



สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต ศศิสกุล จันทศรี
 ปีการศึกษา2552..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สุวีพร ธนศิลป์

5177603736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : NAUSEA / VOMITING / RETCHING / ACUPRESSURE / PREOPERATIVE
INFORMATION GIVING PROGRAM

SASISAGUL JANTARASRI : EFFECTS OF PREOPERATIVE INFORMATION GIVING WITH
ACUPRESSURE PROGRAM ON POSTOPERATIVE NAUSEA, VOMITING, AND
RETCHING IN GYNECOLOGICALLY SURGICAL PATIENS. THESIS ADVISOR: ASSOC.
PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 168 pp.

This quasi experimental, aimed to examine effects of the preoperative information giving with acupressure program on postoperative nausea, vomiting, and retching between the experimental group, and the control group at the 4, 8, and 24 hours after surgeries. The sample of 60 female treated with gynecologic surgery was recruited from BMA Medical College, and Vajira Hospital. The control group received routine nursing care while the experimental group received the preoperative information giving with acupressure program that consisted of four steps; assessment of symptoms experience, information giving, acupressure on P6 acupoint, and evaluation of the program. The collecting instruments used for data were the Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching (INVR) (Rhodes, 1999). The reliability of this instrument with Conbach's alpha coefficient was .89. Data were analyzed by descriptive statistics, t-test, and F-test.

The results were as follows.

1. The nausea, vomiting, and retching in experimental group at 4, 8, and 24 hours after surgeries were significantly decreased respectively ($p < .05$), by highest score at 4 hours and minimum score at 24 hours, while control group were increased, respectively.

2. The nausea, vomiting, and retching at 4, 8, and 24 hours after surgeries of the experimental group were significantly lower than those of the control group (4 hours: $\bar{X}_{\text{experiment}} = 1.67$, $\bar{X}_{\text{control}} = 4.00$, $t = 2.78$, $p < .05$; 8 hours: $\bar{X}_{\text{experiment}} = 1.27$, $\bar{X}_{\text{control}} = 6.07$, $t = 4.58$, $p < .05$ and 24 hours: $\bar{X}_{\text{experiment}} = 0.17$, $\bar{X}_{\text{control}} = 6.10$, $t = 6.40$, $p < .05$).

Field of Study :Nursing Science.....

Student's Signature Sasisagul Jantarasri

Academic Year : ..2009.....

Advisor's Signature Sureeporn Thanasilp

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ทัศนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ บุญลือธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นพี่ปรึกษาในการใช้สถิติ ขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่าน ที่ได้สละเวลาตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่อนุญาตให้มาทำการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณพี่ๆ น้องๆ ตึกสูติกรรมพิเศษ 2 ที่กรุณาสันับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตร่วมรุ่น เจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านในตึกสูติกรรมพิเศษ 1 ตึกสูติกรรมพิเศษ 2 ตึกสูตินรีเวชกรรม ตึกนรีเวชกรรม 1 ที่ให้ความอนุเคราะห์รวมทั้งช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และบุคคลที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ป่วยทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู ปลูกฝังให้ผู้วิจัยเห็นประโยชน์ของอ่าน การศึกษา และอบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยมีความอดทนและรับผิดชอบต่อหน้าที่ รวมทั้งคอยให้ความรัก ความห่วงใย ตลอดจนพี่สาว น้องสาว และคุณอำนาจ พงษ์พานิช ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆอย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอื้อนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง ด้วยคุณประโยชน์อันก่อเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบให้กับทุกท่านที่ได้กล่าวมาข้างต้น

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมและการพยาบาล.....	16
2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ช้ำอน หลังการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม.....	18
3. แบบจำลองการจัดการกับอาการ.....	34
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล.....	42
5. การบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสาน.....	44
6. การสร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด.....	53
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	55
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	66
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	67
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	77
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	82
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	95
สรุปผลการวิจัย.....	98
อภิปรายผลการวิจัย.....	99
ข้อเสนอแนะ.....	104
รายการอ้างอิง.....	106
ภาคผนวก.....	122
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	123
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและขอความร่วมมือในการวิจัย....	125
ภาคผนวก ค เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง	130
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	141
ภาคผนวก จ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรมหลักสูตรการจดจุดบำบัด.....	162
ภาคผนวก ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	164
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	168

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญัตราสาร

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ และระดับการศึกษา.....	85
2	ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง.....	86
3	อัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม.....	88
4	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนโดยรวม และจำแนกตามรายด้านตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัด.....	89
5	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนในกลุ่มทดลองที่ได้จากการวัดทั้ง 3 ครั้ง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ.....	91
6	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนเป็นรายคู่ในกลุ่มทดลองด้วยวิธี Bonferroni	92
7	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียนชัยอนของกลุ่มควบคุมที่ได้จากการวัดทั้ง 3 ครั้งด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ.....	93
8	ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในแต่ละช่วงเวลาหลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ independent t-test.....	94
9	แสดงการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ตามคุณลักษณะด้านความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน และระยะเวลาในการผ่าตัด.....	165
10	จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนต่อการกวด.....	167

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงกลไกและสรีรวิทยาการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด...	26
2	แสดงแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ.....	34
3	แสดงแนวเส้นลมปราณที่มีการเชื่อมโยงกับอวัยวะของร่างกาย.....	47
4	แสดงการวัด หน่วยเป็นชุน.....	50
5	แสดงตำแหน่งการวัดและการกดจุด P6.....	51
6	แสดงน้ำหนักในการกดจุด.....	52
7	แสดงระยะเวลาในการกดจุด.....	53
8	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ของกลุ่มทดลอง หลังการผ่าตัดช่วงเวลาที่ 4, 8 และ 24.....	90

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดมีอุบัติการณ์สูงในสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม โดยพบว่าผู้ป่วย 3 ใน 5 รายได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด (Apfel, Stoecklein และ Lipfert, 2005) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาป้องกันการอาเจียนจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด ร้อยละ 60 ส่วนผู้ที่ได้รับยาป้องกันการอาเจียนยังคงมีอาการร้อยละ 20-53 (Maddali และคณะ, 2003; Tseng และคณะ, 2006; Fujii และ Nakayama, 2008) และพบว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่พบมากที่สุดใ้ในหอผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Brougham และ Bolton, 2004; Zeitz, McCutcheon และ Albrecht, 2004; Golembiewski, Chernin และ Chopra, 2005; Apfel และคณะ, 2005; Habib และคณะ, 2006) การศึกษาของ Koivuranta และคณะ (1997) พบว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัดพบมากที่สุดที่หอผู้ป่วยในช่วงชั่วโมงที่ 2-24 ถึงร้อยละ 60 และมีการศึกษาพบว่าอาการอาเจียนมักเกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยย้ายออกจากห้องพักฟื้น 30 นาที (Miller, Roche และ Gan, 2009) การศึกษาในประเทศไทยนั้น สุวิมล ศุภวงศ์วรรณะ (2546) พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดร้อยละ 36.7 โดยจะมีอาการมากภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ทั้งนี้ระยะเวลาที่เกินจากนี้ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกจะถูกขับออกจากร่างกายหมดแล้ว และพบว่าผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่หอผู้ป่วยมากที่สุดร้อยละ 20

ถึงแม้ว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่พบว่าเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ เช่น ผลต่อระบบทางเดินหายใจจากการสำลัก ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ภาวะที่ร่างกายขาดน้ำจากภาวะคลื่นไส้ อาเจียนจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้เกิดความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ (Yusufu, 2002) ภาวะแทรกซ้อนอื่น คือ ทำให้แผลผ่าตัดปริแตก เกิดความดันสูงในหลอดเลือดดำ และเกิดภาวะเลือดออกใต้เนื้อเยื่อที่ตัดออกมาเพื่อซ่อมแซมส่วนอื่น (flap) (Gundzik, 2008) และในกรณีที่อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะหลอดอาหารฉีกขาด (Boerhaave's syndrome) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารและยาช้าลงทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น พยาบาลต้องให้การ

ดูแลนานขึ้น และทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Amdipharm, 2004: ออนไลน์; Williams, 2005; Habib และคณะ, 2006; Fujii และ Nakayama, 2008) ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการรักษาพยาบาล โดยมีการสำรวจในผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดพบว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลมากกว่าอาการปวด (Macario และคณะ, 1999) และเต็มใจจ่ายเงินเพื่อเลี่ยงความไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากการผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจในการป้องกันการเกิดอาการมากกว่าการรักษา (Kerger และคณะ, 2007) ดังนั้นการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจึงส่งผลดีทั้งต่อตัวผู้ป่วย และต่อการรักษาพยาบาลโดยช่วยลดอาการแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น

แม้จะมีการใช้ยาป้องกันอาเจียนเป็นแนวทางการรักษาแรกและเป็นวิธีมาตรฐานในการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด แต่พบว่ายาทุกชนิดมีผลข้างเคียงและปัจจุบันนี้ยังไม่มียาตัวใดตัวหนึ่งที่ได้ผลดี 100% สำหรับผู้ป่วยทุกคนและทุกประเภทของการดมยาผ่าตัด (Martinez, Moos และ Dahlen, 2006; Jordan, Schmoll และ Apro, 2007; Moos และ Hansen, 2008) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่ายาป้องกันอาการอาเจียนที่ใช้ในปัจจุบันช่วยลดเพียงต้นเหตุการอาเจียนแต่ไม่มีผลต่อการควบคุมอาการคลื่นไส้ (Hom, 2007) มีการศึกษาการนำยาป้องกันการอาเจียนหลายชนิดรวมกันในการป้องกันการอาเจียนแต่พบว่ากลไกการออกฤทธิ์ที่ต่างกันของยาแต่ละตัวไม่ได้ช่วยลดอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่าแม้จะมีการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดให้มีความปลอดภัยและมีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อยที่สุด มีการพัฒนาระดับความรู้สึก และยาป้องกันอาเจียนใหม่ๆออกมา แต่อัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดในรอบ 20 ปียังคงมีจำนวนมากเหมือนเดิม (White, 2004; Miller และคณะ, 2009) การที่ไม่มียาใดใช้ได้ผลเนื่องจากมีตำแหน่งที่ทำให้เกิดอาเจียนได้หลายตำแหน่งซึ่งสามารถหยุดอาการได้ด้วยยาต่างชนิดกัน และมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดอาการที่อาจมีปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยร่วมกัน (Bryson, Frost และ Rosenblatt, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศหญิง มีประวัติคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด ประวัติเมาเรือ และการไม่สูบบุหรี่ โดยมีปัจจัยที่เกิดจากการผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน การผ่าตัดทางรีเวชกรรม ปัจจัยจากการระงับความรู้สึก ได้แก่ ยาระงับความรู้สึกชนิดสูดดม ไอปออยด์ และการขาดสารน้ำ (Miller และคณะ, 2009) มีการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยหลังการส่องกล้องทางนรีเวชกรรมที่ใช้ยาระงับความรู้สึกชนิดสูดดมด้วยก๊าซไนตรัสออกไซด์ (N₂O) ทำให้มีอาการคลื่นไส้มากถึงร้อยละ 72 และมีอาการอาเจียนร้อยละ 58 (ลักษณะมี ชาญเวช และคณะ, 2544) ซึ่งการผ่าตัดในประเทศไทยนั้นมีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general anesthesia) มากที่สุด (สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์, 2550) ทั้งนี้พบว่าการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดมากกว่าการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) (Watcha และ White, 1992; Apfel และคณะ, 2005) นอกจากนี้พบว่าอาการปวดที่ควบคุมไม่ได้หลังการผ่าตัดจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ทำให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความยุ่งยากมากขึ้น เนื่องจากการรักษาอาการปวดด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ แต่ผู้ป่วยต้องการควบคุมอาการปวด ทั้งนี้โอปิออยด์จะออกฤทธิ์กระตุ้นที่ศูนย์ควบคุมการอาเจียนโดยตรง และออกฤทธิ์ทำให้ลำไส้ลดการเคลื่อนไหว จึงเป็นสาเหตุให้ระยะท้องว่าง (gastric empty time) นานขึ้น เป็นสาเหตุให้ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัดเพิ่มขึ้น โอปิออยด์ยังทำให้ประสาทหูและหูชั้นในมีความไวต่อการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน เมื่อมีการเคลื่อนไหว (Gundzik, 2008) แต่นับว่าเป็นการขัดแย้งกันในการดูแลเนื่องจากการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยเร็วหลังการผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดอาการท้องอืด (Kreis, 2006)

จากการที่อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อย แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่เกิดอาการเหล่านี้หลังการผ่าตัด ต้องการการจัดการอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการใช่วิธีการดูแลตนเอง และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งนี้การประเมินอาการตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดทำให้การวางแผนการบำบัดได้ผลดีด้วยการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการ (Gan, 2002; Bryson และคณะ, 2007; Gundzik, 2008) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจถึงความซับซ้อน สาเหตุการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในหลายมิติ รวมถึงการจัดการกับอาการทั้งการให้ยาและไม่ให้ยา (Pearl และคณะ, 1998; Garrett และคณะ, 2003; Lambert, Wakim และ Lambert, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้รูปแบบการบำบัดด้วยการไม่ใช้ยาร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันที่เรียกว่าการบำบัดแบบผสมผสาน (complementary therapies) ซึ่งพบว่าการบำบัดแบบผสมผสานในหลายวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นที่ยอมรับมากขึ้นสำหรับผู้ที่ค้นหาวิธีดูแลสุขภาพที่ไม่ยุ่งยาก และราคาไม่แพง (Chiravalle และ McCaffrey, 2005)

ทั้งนี้การบำบัดแบบผสมผสานที่มีผู้ทำการศึกษาว่าสามารถช่วยลดอาการคลื่นได้ อาเจียนหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การกดจุดที่จุด P6 ซึ่งเป็นตำแหน่งเหนือรอยพับด้านบนของฝ่ามือ 2 ชุน วัดโดยใช้ด้านกว้างของนิ้วมือ 3 นิ้ว คือนิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนางของผู้ป่วย หรือประมาณ 5 ซม. ระหว่างเอ็นเหนือข้อมือ คือ tendons of flexor carpi radialis และ palmaris longus (Ezzo, Streiberger และ Scheider, 2006; Abraham, 2008) นอกจากนั้นยังมีการศึกษาพบว่าการบำบัดแบบผสมผสานอื่นที่ได้ผลเช่นกัน ได้แก่ การฝังเข็ม (Arnberger และคณะ, 2007) จินตภาพบำบัด และดนตรีบำบัด (Laurion และ Fetzer, 2003) การใช้พลาสติกเทอร์พริกปิดที่จุดฝังเข็ม (Kim และคณะ, 2002) การใช้สุวคนธบำบัด (Anderson และ Gross, 2004) การใช้สมุนไพร เช่น การนำขิงมาใช้ในการรักษาอาการคลื่นได้ (Mamaril, Windle และ Burkard, 2006)

การศึกษาด้านการจัดการกับอาการคลื่นได้ อาเจียน ชัยอนเป็นในประเทศไทยส่วนใหญ่ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการคลื่นได้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัดยังมีน้อย มีการศึกษาเพียง 2 เรื่องที่ศึกษาถึงผลของการกดจุดต่อการจัดการกับอาการคลื่นได้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด คือ การศึกษาของผกามาศ บุญญาภิสมภาร (2548) ศึกษาผลของการกดจุดต่ออาการคลื่นได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจโดยกลุ่มทดลองได้รับการกดจุดที่จุด P6 เพียงอย่างเดียวเมื่อเริ่มเกิดอาการคลื่นได้ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการกดจุด ผลการศึกษาพบว่า การกดจุดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถลดระยะเวลาและความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นได้ และมีการศึกษาของรัตติยา ศรีอินทร์ (2549) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด 1 ครั้งหลังการผ่าตัดช่องท้อง โดยประเมินหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นได้ อาเจียน ชัยอนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อครบ 24 ชั่วโมงพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นได้ อาเจียน ชัยอนในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน

จะเห็นได้ว่าอาการคลื่นได้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมให้มีความครอบคลุมในการป้องกันและควบคุมการเกิดอาการคลื่นได้ อาเจียน ชัยอนให้ครอบคลุมถึงระยะ 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดเนื่องจากมีการศึกษาอาการคลื่นได้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการมากภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดดังกล่าวข้างต้น โดยได้พัฒนาเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด ด้วยการใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001)

ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด และการบำบัดผสมผสานด้วยการกวดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน ซึ่งกลวิธีหนึ่งในการจัดการกับอาการเกิดจากความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยอาศัยบุคลากรทางสุขภาพร่วมด้วย ทั้งนี้เป้าหมายในการจัดการกับอาการเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดผลลัพธ์ด้านลบของการเกิดอาการ เริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการ ร่วมกับการประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการเพื่อวางแผนให้ข้อมูลการป้องกันและการจัดการกับอาการเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด เนื่องจากการให้ข้อมูลในการจัดการกับอาการตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนกลวิธีการจัดการกับอาการและการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผลของยาป้องกันอาเจียน และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดได้ดีขึ้น (Tate และ Cook, 1996; Jolley, 2001) และจากการที่มีการศึกษาพบว่าหนึ่งในความต้องการด้านสุขภาพของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดคือต้องการได้รับข้อมูล (ัชฎาภรณ์ นันทขว้าง, 2547) ผู้วิจัยได้นำมาใช้ร่วมกับการกวดจุดเนื่องจากการตามแนวคิดของการแพทย์แผนจีนนั้น การกวดจุดมีฤทธิ์ในการรักษาโรค 3 ประการ คือ 1) แก้ไขการไหลเวียนของเลือดลมปราณที่ติดขัด 2) ปรับการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายให้สมดุล 3) กระตุ้นภูมิคุ้มกันในร่างกาย เพื่อจำกัดเหตุปัจจัยที่เป็นอันตรายออกไปจากร่างกาย (อภิชัย ชัยดรุณ, 2543: 154) การกวดจุด P6 จึงส่งผลต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากปัจจัยทางกายมากกว่าทางด้านจิตใจ

การนำการบำบัดผสมผสานด้วยวิธีการกวดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีนร่วมกับการให้ข้อมูลในการจัดการกับอาการ ทำให้ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการมีผลดียิ่งขึ้น ซึ่งการแพทย์แผนจีนจัดเป็นการดูแลแบบองค์รวมและให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคเป็นอันดับแรกและไม่ได้แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่ไม่ได้มุ่งเพียงการรักษาอาการแต่เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่าทุกระบบของร่างกายทำงานอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงกัน ไม่สามารถแยกออกเป็นส่วนๆอย่างเป็นเอกเทศโดยเด็ดขาด เราจะไม่สามารถเข้าใจส่วนประกอบใดส่วนประกอบหนึ่งเพียงหนึ่งเดียว ทั้งนี้ผู้ที่มีสุขภาพดีจะมีความสมดุลทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ (Kaptchuk, 1983 อ้างถึงใน Woods, 1999)

ดังนั้นการให้ข้อมูลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชวิทยา ร่วมกับการกวดจุด P6 จึงน่าจะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการกับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

หลังการผ่าตัดได้ดีกว่าการใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว

ในด้านแนวคิดของการกดจุดนั้นอยู่บนพื้นฐานของพลังชีวิตหรือชี (Qi หรือ Chi) ซึ่งไหลเวียนไปยังอวัยวะต่างๆ ให้มีการทำงานผ่านเส้นพลังงานหรือเส้นพลังชีวิตที่เรียกว่าเส้นชี หรือปราณ หรือ meridian การกดจุด (acupressure) เป็นศาสตร์เดียวกับการฝังเข็มแต่เป็นการใช้แรงกดแทนการใช้เข็ม หมายถึงการกด อาจจะเป็นการกดด้วยมือ ปลายนิ้วมือ หรือการใช้เท้า การกดจุดสามารถกระทำได้ทั้งโดยบุคคลอื่นหรือการกดจุดด้วยตนเอง มีพื้นฐานจากหลักของการปรับสมดุลและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับจักรวาล (Chernyak และ Sessler, 2005; Mamaril และคณะ, 2006; Nunley, Wakim และ Guinn, 2008) ทั้งนี้การฝังเข็มได้ถือกำเนิดในประเทศจีนเมื่อกว่า 2,000 ปีมาแล้ว และได้รับความนิยมแพร่หลายทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย (โกวิท คัมภีรภาพ, 2546) เมื่อร่างกายถูกรบกวนอันเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียสมดุลทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรค การบำบัดเป็นการทำให้ร่างกายเกิดความสมดุลด้วยการกระตุ้นจุดที่จุดฝังเข็มซึ่งอยู่ใต้ผิวหนังและเชื่อมต่อกับเส้นพลังงานไปยังอวัยวะต่างๆ ดังนั้นตำแหน่งของจุดจึงขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน การกระตุ้นที่จุดฝังเข็มที่ตำแหน่ง P6 (Neiguan) ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีการตกลงที่แน่นอนว่าระยะเวลาในการกระตุ้นจุดฝังเข็มว่าใช้เวลานานเท่าไรจึงจะได้ผลดี (Abraham, 2008; Povolny, 2008) ดังนั้นเมื่อมีการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนด้วยตัวผู้ป่วยเองร่วมกับการจัดการกับอาการจากพยาบาลด้วยการกดจุด P6 จึงเป็นการชะลอการเกิดผลลัพธ์ด้านลบของอาการได้ (Povolny, 2008) การกดจุดทำให้เส้นพลังงานเคลื่อนที่โดยไม่ติดขัด อาการคลื่นไส้จึงถูกควบคุมและร่างกายเกิดความสมดุล

การกดจุด P6 ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดร่วมกับกดจุดหลังการผ่าตัด เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด โดยจุด P6 เป็นจุดสำคัญที่สุด ทำให้กระเพาะอาหารทำงานเป็นปกติ ช่วยควบคุมระบบทางเดินอาหารส่วนบน และส่งผลต่อการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Streitberger, Ezzo และ Schneider, 2006) โดยมีการศึกษาของ Chen, Chang และ Hsu (2005) ศึกษาผลของการกดจุดต่ออาการที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด กลุ่มทดลองได้รับการกดจุดด้วยนิ้วมือที่จุด P6 รวมทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 กดจุดในคืนก่อนผ่าตัด ครั้งที่ 2 ภายใน 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และครั้งที่ 3 หลังผ่าตัด 8-10 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า การกดจุดสามารถลดอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือชัยอนหลังการผ่าตัดได้ โดยในระยะ 2-4 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดการเกิดอาการในกลุ่มทดลองลดลงจากร้อยละ 69.3 เป็นร้อยละ 53.9 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ส่วนในระยะเวลา 8-10 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดกลุ่มทดลองมีอาการลดลงจากร้อยละ 36.2 เป็นร้อยละ 15.4 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

กลไกของการกดจุด P6 ต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดจากการกดจุดจะไปกระตุ้นใยประสาทในก้านเนื้อให้มีการส่งกระแสประสาท type I และ type II afferent nerves จากบริเวณที่มีการกดไปยังบริเวณ periaqueductal gray area ของสมองส่วน midbrain ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการหลั่ง enkephalin โดย enkephalin ทำให้เกิดการหลั่งสาร serotonin และ norepinephrine ในไขสันหลัง นอกจากนี้การกดจุดจะทำให้เกิดการหลั่งสาร endorphins และ adrenocorticotrophic hormone (ACTH) จากต่อมพิทูอิทารี เข้าไปในกระแสเลือดและส่งอิทธิพลต่อ Chemoreceptor trigger zone (CTZ) และศูนย์การอาเจียน (nausea center) ตามลำดับ กลไกที่เกิดขึ้นนี้จะเกิดขึ้นร่วมกันในการทำให้พลังงานเกิดการหมุนเวียนและช่วยควบคุมระบบทางเดินอาหารส่วนบน และส่งผลต่อการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน

การกดจุดเป็นวิธีที่ไม่เป็นอันตราย ไม่มีผลข้างเคียงใดๆ ในปีค.ศ. 1996 องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากการผ่าตัดและจากการให้ยาเคมีบำบัดสามารถป้องกันและรักษาได้ด้วยวิธีการฝังเข็มซึ่งเป็นศาสตร์เดียวกับการกดจุด (อภิชัย ชัยดรุณ, 2543: 65; National Institutes of Health: NIH, 1997) ทั้งนี้ American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN) (ASPAN, 2006) ใช้การกระตุ้นจุด P6 เป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติเรื่องการป้องกันและ/หรือการจัดการต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด ที่อยู่ในระดับ Class I (ไม่มีความเสี่ยงและแนะนำให้ใช้) Level A (จากผลงานการวิจัยที่มีการสุ่มตัวอย่างหรือการศึกษาเมต้าที่มีการประเมินจากการศึกษาที่มากพอจำนวน 3-5 เรื่อง และผลการศึกษาศาสามารถใช้ได้ทั่วไป) ตามหลักการจัดระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ของ American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA) นอกจากนี้ยังเป็นวิธีที่ไม่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ราคาไม่แพง ใช้ได้หลังการผ่าตัด นำกลับมาใช้ซ้ำได้ (Turgut และคณะ, 2007; Abraham, 2008) และมีการศึกษาพบว่าการกดจุด P6 สามารถลดการใช้ยาป้องกันอาการอาเจียนได้ (Ezzo, และคณะ, 2006; Abraham, 2008) โดยมีข้อห้ามในการกดจุด ได้แก่ การมีแผลฟกช้ำ บวม มีเส้นเลือดโป่งพองหรือกระดูกหัก มีไข้สูงมากกว่า 37.8 องศาเซลเซียส มีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ห้ามกดจุดรุนแรงเพราะจะทำให้เกิดบาดแผลซึ่งหายยากได้เนื่องจากมักมีปัญหาคารไหลเวียนเลือดไม่ดี โรคหัวใจที่มีเครื่องกระตุ้นการเต้นหัวใจ (pacemaker) เพราะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ โรคมะเร็งทรวงอกและมะเร็งต่อมไทรอยด์เพราะจะทำให้มีการไหลเวียนพลังงานภายในร่างกาย

ทำให้มีโอกาสที่จะไปกระตุ้นให้มีการขยายตัวของมะเร็งมากขึ้น (อภิชัย ชัยดรุณ, 2543; อากาศร สกุลนรเศรษฐ์, 2553)

คำถามการวิจัย

1. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมของกลุ่มทดลองในช่วงเวลาต่างๆกัน มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมของกลุ่มทดลองจะมีอาการน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงเวลาที่ต่างกัน คือ ชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24 หลังการผ่าตัดหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมกลุ่มทดลองตามช่วงเวลาที่ต่างกัน คือ หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามช่วงเวลาที่ต่างกัน คือหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบอนุกรมเวลา ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ประชากรคือผู้ป่วยหญิงอายุ 18 – 59 ปีที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด 3 ครั้ง (ก่อนการผ่าตัด 1 ครั้งและหลังการผ่าตัด 2 ครั้ง) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด

ตัวแปรตาม คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมมีอุบัติการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 60 ในผู้ที่ไม่ได้รับยาป้องกันการอาเจียน ส่วนผู้ที่ได้รับยาป้องกันการอาเจียนยังคงมีอาการร้อยละ 20-53 (Maddali และคณะ, 2003; Tseng และคณะ, 2006; Fujii และ Nakayama, 2008) ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดให้มีความปลอดภัยและมี

อันตรายต่อเนื้อเยื่ออ่อนที่สุด มีการพัฒนาระบบความรู้สึกและยาป้องกันอาเจียนใหม่ ๆ ออกมา แต่อัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดในรอบ 20 ปียังคงมีจำนวนมากเหมือนเดิม (White, 2004; Miller และคณะ, 2009) และแม้ว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่พบว่าเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ เช่น ผลต่อระบบทางเดินหายใจจากการสำลัก ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ภาวะที่ร่างกายขาดน้ำจากภาวะคลื่นไส้ อาเจียนจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้เกิดความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ ภาวะแทรกซ้อนอื่น คือ ทำให้แผลผ่าตัดปริแตก เกิดความดันสูงในหลอดเลือดดำและเกิดภาวะเลือดออกได้เนื้อเยื่อที่ตัดออกมาเพื่อซ่อมแซมส่วนอื่น (Gundzik, 2008) และในกรณีที่อาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะหลอดอาหารฉีกขาด นอกจากนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารและยาช้าลง ทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น พยาบาลต้องให้การดูแลนานขึ้น และทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Williams, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย คือ เพศหญิง มีประวัติคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด ประวัติเมาเรือ และการไม่สูบบุหรี่ โดยมีปัจจัยอื่นที่เกิดจากการผ่าตัด คือ ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน การผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ปัจจัยจากการระงับความรู้สึก คือ ยาดมสลบ ไอปออยด์ และการขาดสารน้ำ (Miller และคณะ, 2009) นอกจากนี้พบว่าอาการปวดที่ควบคุมไม่ได้หลังการผ่าตัดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด เนื่องจากการรักษาอาการปวดด้วยยากกลุ่มไอปออยด์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชัยอนได้ โดยไอปออยด์จะออกฤทธิ์กระตุ้นที่ศูนย์ควบคุมการอาเจียนโดยตรง ร่วมกับยาทำให้ลำไส้ลดการเคลื่อนไหว และหูชั้นในไวต่อการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนเมื่อมีการเคลื่อนไหว (Gundzik, 2008)

แม้ว่าจะมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสามารถป้องกันได้ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดด้วยวิธีการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนก่อนผ่าตัดเพื่อการเลือกสรรวิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ (Apfel และคณะ, 1999; Murphy และคณะ, 2006; Bryson และคณะ, 2007) และการใช้วิธีบำบัดผสมผสานด้วยการกวดจุดตามแนวความคิดการแพทย์แผนจีนตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดจนถึงระยะ

หลังผ่าตัดเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน หลังการผ่าตัด (Ming และคณะ, 2002; Chen และคณะ, 2005; Mamaril และคณะ, 2006)

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้โดยทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีการกวดจุดตามแนวความคิดการแพทย์แผนจีนและใช้แนวความคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ, (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อนหลังการผ่าตัด ซึ่งแนวความคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ 1) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (symptom experience) พยาบาลมีบทบาทในการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของผู้ป่วยและทำความเข้าใจผลกระทบจากประสบการณ์นั้นเพื่อการหาวิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ 2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การจัดการกับอาการให้มีประสิทธิภาพนั้นผู้ป่วยจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วย พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องในการจัดการกับอาการ ต้องให้ข้อมูลโดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญการบอกอาการให้พยาบาลทราบทันทีเมื่อมีอาการเพื่อความมีประสิทธิภาพของการจัดการกับอาการ (Tate และ Cook, 1996) และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการกับอาการจากบุคลากรที่มีสุขภาพดีด้วยการกวดจุดตามแนวความคิดการแพทย์แผนจีน 3) ผลลัพธ์ (symptom outcomes) โดยเป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการจัดการกับอาการตั้งแต่วะยะก่อนผ่าตัด และด้วยเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินประสบการณ์การมีอาการ เป็นการประเมินความต้องการ ความพร้อมและระดับการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจว่าจะได้รับข้อมูลเรื่องใดบ้างเพื่อเสริมข้อมูลเดิมของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดและอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อนหลังการผ่าตัด ความเชื่อ เจตคติต่อการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนจีน การบำบัดแบบผสมผสาน จากการซักถามและสังเกตผู้ป่วยโดยตรง เป็นการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายพยาบาลสนใจต่อความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ป่วยทำให้เกิดความไว้วางใจ ซึ่ง

ช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น

2. การให้ข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด กลไกการเกิดอาการ ผลของอาการ การป้องกันและการจัดการกับอาการด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมถึงการแจ้งให้พยาบาลทราบเมื่อเริ่มมีอาการคลื่นไส้ หลังการผ่าตัด การให้ข้อมูลการจัดการจัดการกับอาการตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดทำให้กลไกการจัดการกับอาการมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Tate และ Cook, 1996)

3. การบำบัดแบบผสมผสานด้วยการกดจุดตามแนวความคิดการแพทย์แผนจีน เป็นการใช้การกดจุดจากผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าเมื่อมีการกดจุด P6 ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ร่วมกับการกดจุดซ้ำในชั่วโมงที่ 4 และ 8 หลังการผ่าตัด จะช่วยให้การควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ครอบคลุม 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Ming และคณะ, 2002; Chen, Chang และ Hsu, 2005) เป็นขั้นตอนของกลวิธีในการจัดการกับอาการโดยการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ เป้าหมายเพื่อป้องกันผลลัพธ์ด้านลบ หรือชะลอผลลัพธ์ด้านลบให้ช้าที่สุด เริ่มจากการประเมินตำแหน่ง P6 ที่ใช้ในการกดจุด จากนั้นผู้วิจัยกดจุดที่แขนทั้ง 2 ข้างครั้งที่ 1 ในคืนก่อนวันผ่าตัด การกดจุดที่ได้ผลผู้ป่วยจะรู้สึกหน่วง ชา หรือรู้สึกชาตรงจุดที่กดหรือไปตามเส้นโคจรของเส้นพลังงานที่ปลายนิ้วกลาง ครั้งที่ 2 กดจุดหลังการผ่าตัด 4 ชั่วโมง และครั้งสุดท้ายเป็นการกดจุดหลังจากการผ่าตัด 8 ชั่วโมง

4. การประเมินผล ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้เกี่ยวกับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดว่าได้ผลเป็นอย่างไร โดยประเมินผลที่เกิดจากการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดตามช่วงเวลาของการกดจุดในชั่วโมงที่ 4, 8 และประเมินในชั่วโมงที่ 24 หลังการผ่าตัดร่วมกับการประเมินความคิดเห็นต่อการกดจุดด้วยแบบสอบถาม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมในกลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนต่างกันตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมในกลุ่มทดลอง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังผ่าตัด หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยรับรู้ต่อความถี่ ระยะเวลา และความทุกข์ทรมานของอาการไม่สุขสบายในทางเดินอาหารที่เกิดขึ้นหลังจากเสร็จสิ้นจากการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ประกอบด้วยอาการคลื่นไส้ หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณลิ้นปี่และในลำคอ ซึ่งอาจจะมีอาการอาเจียนตามมาหรือไม่ก็ได้ อาการอาเจียน หมายถึง การขับเอาสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วนต้นและส่วนกลางออกมาทางปาก และอาการชัยอน หมายถึง ความพยายามที่จะอาเจียนโดยไม่มีสิ่งใดๆ ออกทางปาก โดย 1 รอบของการอาเจียนมีระยะเวลาห่างกันไม่น้อยกว่า 5 นาที วัดได้จากคะแนนรวมของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน จากข้อคำถามในแบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนของ Rhodes (1999) (Rhodes Index of Nausea, Vomiting and Retching: INVR) ค่าคะแนนรวมน้อยแสดงถึงการรับรู้ว่ามีอาการน้อย คะแนนรวมมากแสดงถึงการรับรู้ว่ามีอาการมาก

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์เพศหญิง ประกอบด้วยการผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง การผ่าตัดทางช่องคลอด และการผ่าตัดทางหน้าท้องผ่านกล้อง ทั้งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ได้แก่ ต่อมบาร์โทลิน ช่องคลอด ฝีเย็บ และอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน ได้แก่ มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่

โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม อย่างมีแบบแผนโดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด และทฤษฎีการกดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดแบบผสมผสานด้วยการกดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน เป็นการใช้การกดจุดจากผู้วิจัย เริ่มจากการประเมินตำแหน่ง P6 ที่ใช้ในการกดจุด เป็นตำแหน่งเหนือรอยพับด้านบนของฝ่ามือเป็นระยะ 2 ชู่น วัดโดยใช้ด้านกว้างของนิ้วมือ 3 นิ้วคือนิ้วชี้ นิ้วกลาง และ

นิ้วนางของผู้ป่วย หรือประมาณ 5 ซม. ระหว่างเอ็นเหนือข้อมือ คือ tendons of flexor carpi radialis และ palmaris longus จากนั้นผู้วิจัยกดจุดด้วยนิ้วหัวแม่มือขวาที่แขนทั้ง 2 ข้างครั้งที่ 1 ในคืนก่อนวันผ่าตัด กดเป็นเวลา 20 วินาทีต่อครั้ง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นแรกระยะเวลาเริ่มกดใช้เวลา 5 วินาที ขั้นสองระยะเวลากดหนักใช้เวลา 10 วินาที ขั้นสามระยะเวลาปล่อยใช้เวลา 5 วินาที กระทำเป็นวงจรซ้ำๆกัน ข้างละ 5 นาที จนครบ 10 นาที การกดจุดที่ได้ผลผู้ป่วยจะรู้สึกหน่วง ชา หรือรู้สึกซ่าตรงจุดที่กดหรือวิ่งตามเส้นโคจรของเส้นพลังงานไปที่ปลายนิ้วกลาง ครั้งที่ 2 กดจุดหลังการผ่าตัด 4 ชั่วโมง และครั้งสุดท้ายเป็นการกดจุดหลังจากการผ่าตัด 8 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เป็นการประเมินความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับข้อมูลการป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด ประเมินผลโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24 ร่วมกับการประเมินความคิดเห็นต่อการกดจุดด้วยแบบสอบถาม

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง คำแนะนำต่างๆจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยนรีเวชกรรมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมตามคู่มือการให้คำแนะนำที่หอผู้ป่วยนั้นๆในการปฏิบัติตัวทั่วไปเพื่อเข้ารับการผ่าตัด เช่น การเตรียมบริเวณผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การบริหารการหายใจ การไอ เป็นต้น และให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 ดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น การประเมินการหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินแผลผ่าตัด อาการปวดแผล การป้องกันการสำลัก การติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ส่งเสริมบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ผลงานการวิจัยด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลและทำให้บทบาทอิสระของพยาบาลเพิ่มขึ้น
2. เป็นนวัตกรรมทางการพยาบาล ที่ช่วยทุเลาอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเป็นทางเลือก

ในการใช้ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและช่วยลด
ความไม่สบายที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด

3. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และพัฒนาบทบาทพยาบาล
ผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจุดต่ออาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมและการพยาบาล
2. อาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม
 - 2.1 ความหมายของอาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอน
 - 2.2 ลักษณะของอาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด
 - 2.4 กลไกและสรีรวิทยาการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด
 - 2.5 ผลของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม
 - 2.6 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด
 - 2.7 เครื่องมือในการประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด
 - 2.8 การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
3. แบบจำลองการจัดการกับอาการ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล
5. การบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสาน
 - 5.1 ทฤษฎีการกวดจุดต่ออาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอนตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน
6. การสร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจุด
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมและการพยาบาล

การผ่าตัดทางนรีเวชกรรม หมายถึง การผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์เพศหญิง (Heisler, 2009: ออนไลน์; Wikipedia, 2009: ออนไลน์) เป็นการผ่าตัดเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพเมื่อการรักษาด้วยยาและการรักษาประเภทไม่ใช้อุปกรณ์ผ่านเข้าร่างกาย (non-invasive) ไม่ได้ผล โดยได้รับการยอมรับว่าได้ผลดีมากที่สุดในการรักษาโรคส่วนใหญ่ทางนรีเวชวิทยา เช่น เนื้องอกมดลูก เนื้องอกรังไข่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งมดลูก พังผืดในอุ้งเชิงกราน เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ มดลูกเคลื่อนต่ำ และการมีเลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติ (สุวรรณณี สร้อยสงศ์, 2550: 266) ประกอบด้วย การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง การผ่าตัดทางช่องคลอด และการผ่าตัดทางหน้าท้องผ่านกล้อง ดังนี้

1.1 การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง วิธีการนี้มักจะใช้ในรายที่มีก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่ในอุ้งเชิงกรานหรือสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเนื่องจากนรีแพทย์สามารถเห็นอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานได้ชัดเจน พยาธิสภาพที่สามารถใช้การรักษาด้วยวิธีนี้ได้แก่ การผ่าตัดเนื้องอกมดลูก การผ่าตัดมดลูก รังไข่ และ/หรือท่อรังไข่ (สุวรรณณี สร้อยสงศ์, 2550: 267-268)

1.2 การผ่าตัดผ่านทางช่องคลอด มักจะใช้วิธีนี้ในผู้ป่วยที่มีมดลูกเคลื่อนต่ำ ในรายที่จำนวนมาก ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหรือมะเร็งมดลูกระยะแรก ทั้งนี้ผู้ป่วยจะไม่มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง (สุวรรณณี สร้อยสงศ์, 2550: 268; Lacey, 2006: ออนไลน์) ซึ่งการผ่าตัดจะได้ผลดีในกรณีที่เนื้องอกหรือมดลูกขนาดเล็ก มดลูกเคลื่อนต่ำลง หรือรายที่กล้ามเนื้อรอบๆมดลูกไม่แข็งแรง

1.3 การผ่าตัดทางหน้าท้องผ่านกล้อง เป็นหัตถการที่ใช้กล้องส่องเข้าไปภายในอุ้งเชิงกราน นับว่าเป็นที่นิยมและได้รับการยอมรับแพร่หลาย (เหทธิญ ถิ่นธาวา และพงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา, 2546; กรกฎ ศิริมัย, 2550) ข้อดี คือ ผู้ป่วยเจ็บแผลน้อย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้น และพักฟื้นต่อที่บ้านไม่นาน กลับไปทำงานได้เร็วขึ้น แต่ยังมีข้อด้อย คือต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ใช้เครื่องมือพิเศษหลายชนิด ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูง (เหทธิญ ถิ่นธาวา และพงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา, 2546: 8)

การพยาบาลผู้ป่วยนรีเวชกรรมที่เข้ารับการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมใช้หลักการพยาบาลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางศัลยกรรมอื่น เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาอนรับการรักษาในหอผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด พยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญในทีมในการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการทำให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เริ่มด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัย

ทางการพยาบาล กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่องครบถ้วน (เรณู อางสาส์, 2550; 92) ทั้งนี้การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนั้น แบ่งเป็นการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative nursing care) คือช่วงเวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาลเข้าสู่หอผู้ป่วยจนกระทั่งส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เป็นช่วงเวลาของการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการอนุญาตผ่าตัด (วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร, 2545) ผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดมีการรับรู้ต่อการผ่าตัดแตกต่างกัน ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลแต่ละรายจึงแตกต่างกัน พยาบาลต้องสามารถประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด รวมถึงการพยาบาลที่จำเป็นภายหลังการผ่าตัดให้ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตสังคม ทั้งผู้ป่วยและญาติ (เรณู อางสาส์, 2550; Croissant และ Shafi, 2008) ทั้งนี้การประเมินก่อนการผ่าตัด มีจุดประสงค์เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล โดยประเมินให้ครอบคลุมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ ภูมิภาวะของผู้ป่วยให้ได้ข้อมูลมากที่สุด รวมถึงประเมินประวัติการใช้ยา และความรู้ต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งบทบาทพยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คือการให้ข้อมูลผู้ป่วย

2. การพยาบาลระยะระหว่างผ่าตัด (Intraoperative nursing care) เป็นขั้นตอนที่ 2 ของการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด เป็นบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด มีการประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลและตรวจสอบความเรียบร้อยทุกอย่างของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ในระยะนี้ต้องดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีเครื่องมือตรวจเฝ้าระวังและควบคุมให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่นโดยพิจารณาให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3. การพยาบาลหลังการผ่าตัด (Postoperative nursing care) เป็นระยะสุดท้ายของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การดูแลกระทำต่อเนื่องจากภาวะวิกฤติจนเข้าสู่ภาวะปกติ แบ่งเป็น

3.1 ระยะที่ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบ เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในห้องพักฟื้น (recovery room หรือ Post anesthesia care unit: PACU) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะถูกส่งเข้ามารับการดูแลที่ห้องพักฟื้น และส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลที่ห้องพักฟื้นเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงหรือจนกระทั่งรู้สึกตัวดี มีสัญญาณชีพและสภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือคงที่อย่างน้อย 30 นาทีหรือ 1 ชั่วโมง จึงย้ายกลับไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วย พยาบาลในห้องพักฟื้นต้องให้การดูแลใกล้ชิด

ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง พร้อมทั้งประเมินผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วนและรวดเร็วตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า เพื่อให้ทราบอาการทั่วร่างกายและให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง เป็นการป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (กันยา ออประเสริฐ, 2546: 87; ดารณี พิพัฒน์กุลชัย, 2546)

3.2 ระยะที่ย้ายออกจากห้องพักฟื้น เป็นระยะของการให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นกลับมาถึงหอผู้ป่วย เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีที่สุดหลังผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องจัดเตรียมเตียงและอุปกรณ์เครื่องใช้ให้พร้อมและเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด ได้แก่ การประเมินการหายใจโดยสังเกตอัตรา ความลึกและช่วงระยะเวลาการหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อดูการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ประเมินแผลผ่าตัด อาการปวดแผล การป้องกันการสำลัก สมดุลของสารน้ำ โดยการควบคุมการไอ การกลืนและการอาเจียน การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว (สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์, 2545: 137, 145)

3.3 ระยะหลังผ่าตัดในระยะต่อมา เป็นการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมให้กลับสู่สภาวะปกติ การพยาบาลในระยะนี้ต้องประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจของแผล การทำงานของระบบต่างๆของร่างกาย และเตรียมพร้อมกลับบ้าน

2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม

2.1 ความหมายของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน

อาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดเป็นการรวมอาการ 3 อาการไว้ด้วยกัน คือคลื่นไส้ อาเจียน และชัยอน ซึ่งอาจเกิดเพียงอาการใดอาการหนึ่งหรือเกิดร่วมกันทั้ง 3 อาการหลังจากการผ่าตัด (Apfel, Roewer และ Korttila, 2002) คำว่าคลื่นไส้ อาเจียน และชัยอนมีความหมายไม่เหมือนกัน แต่มักมีการเรียกรวมกันว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน พิสูจน์ได้จากผลการวิจัย (Gundzik, 2008) โดยสามารถอธิบายลักษณะอาการได้ดังนี้

อาการคลื่นไส้เป็นความรู้สึกที่เป็นนามธรรม (subjective sensation) ที่ประเมินได้ด้วยตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น เป็นความรู้สึกอยากอาเจียนที่ไม่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อส่วนที่ทำหน้าที่ขับสิ่งที่อยู่ในทางเดินอาหาร เมื่ออาการคลื่นไส้เป็นมากขึ้นมักจะสัมพันธ์กับการหลังน้ำลายเพิ่มขึ้น ร่วมกับการมีเหงื่อออก และมีความไม่สมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ (vasomotor)

อาการอาเจียน เป็นปฏิกิริยาที่ซับซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างกล้ามเนื้อของร่างกายกับการเปลี่ยนแปลงแรงดันในช่องอกและช่องท้อง โดยเกิดจากการเกิดปฏิกิริยาร่วมกันของกล้ามเนื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อกะบังลม หน้าท้อง และกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง (intercostal) ขณะเกิดอาการอาเจียนนั้น กล้ามเนื้อคอหอย (pharyngeal muscle) จะมีการคลายตัว เพดานอ่อน (soft palate) ถูกยกขึ้น กะบังลมเคลื่อนต่ำลงร่วมกับเกิดการหดเกร็งตัวของทรวงอกและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Apfel และคณะ, 2002)

อาการขย้อน เป็นความพยายามที่จะอาเจียนโดยไม่มีสิ่งใดๆออกมา มักจะอธิบายว่าเป็นการอาเจียนแห้ง (dry heaves) ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายเช่นเดียวกับอาการอาเจียน ทั้งนี้อาการขย้อนและอาเจียนมักจะเกิดขึ้นร่วมกัน โดยเรียกรวมกันว่า emetic episode (Watcha และ White, 1992; Garrett และคณะ, 2003)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าอาการคลื่นไส้ เป็นความรู้สึกไม่สบายในลำคอและลิ้นปี่ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีอาการอาเจียนตามมา อาการอาเจียนเป็นการขับเอาสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหารออกทางปากผลจากการเปลี่ยนแปลงแรงดันในช่องอก ในขณะที่อาการขย้อนหมายถึงการหดรัดตัวเป็นจังหวะของกล้ามเนื้อในการหายใจ กะบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง เป็นความพยายามที่จะอาเจียนโดยไม่มีสิ่งใดๆในกระเพาะอาหารออกมา

2.2 ลักษณะของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังการผ่าตัด

อาการคลื่นไส้ อาเจียน และขย้อนหลังจากการผ่าตัด อาการที่เกิดขึ้นจะเกิดต่อเนื่องกัน และสามารถแบ่งออกได้เป็น ระยะก่อนการอาเจียน ระยะอาเจียน และระยะหลังอาเจียน โดยระยะก่อนการอาเจียน ประกอบด้วยอาการคลื่นไส้และอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น มีน้ำลายออกมาก ซีด หัวใจเต้นเร็ว ในระยะอาเจียนประกอบด้วยอาการขย้อนและอาเจียน ซึ่งอาการขย้อนจะมีลักษณะเป็นจังหวะ สอดคล้องกับอาการอาเจียน ระยะนี้พบว่าในช่วงที่มีการหายใจเข้าจะมีการยกตัวขึ้นของกะบังลม ช่องท้องและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ร่วมกับการปิดของช่องสายเสียง (glottis) กระเพาะอาหารส่วนปลายหดตัว (antral) ส่วนต้นคลายตัว (proximal) ทำให้น้ำย่อยในกระเพาะไหลย้อนไปมาระหว่างกระเพาะอาหารกับหลอดอาหาร ระหว่างที่มีอาการขย้อน กะบังลมส่วนที่อยู่ใต้กระเพาะอาหาร (hiatal) ไม่คลายตัว ทำให้เกิดแรงดันเพิ่มขึ้นในช่องท้องซึ่งสัมพันธ์กับการลดลงของแรงดันในช่องอก ในทางกลับกันการคลายตัวของกะบังลมส่วนที่อยู่ใต้กระเพาะอาหารเป็นการส่งผ่านแรงดันจากช่องท้องสู่ช่องอกระหว่างที่มีการอาเจียน ทั้งนี้การขย้อนน้ำย่อยออกจาก

กระเพาะเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง การคลายตัวของกล้ามเนื้อหลอดหลอดอาหาร การบีบตัวย้อนกลับ และ ช่องสายเสียงเปิดออก ระยะเวลาอาเจียน ประกอบด้วย การตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติและอวัยวะภายในทำให้ร่างกายเข้าสู่ระยะสงบ ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีอาการคลื่นไส้ ดังนั้นการเกิดอาการอาเจียนเป็นการทำงานประสานกันระหว่างระบบกล้ามเนื้อในการหายใจ กระเพาะอาหาร ลำไส้ และกล้ามเนื้อหน้าท้อง โดยถูกควบคุมจากศูนย์อาเจียน (Watcha และ White, 1992)

อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดอาจเกิดขึ้นครั้งเดียวหรือหลายครั้งและอาจเกิดภายในระยะเวลาไม่กี่นาที หลายชั่วโมง หรือเป็นวันหลังการผ่าตัด (Scuderi และ Conlay, 2003) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมักจะเกิดอาการในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยหลังจากนั้นยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกจะมีการสลายตัวหมดแล้ว (สุวิมล ศุภวงศ์วรรณะ, 2546) การศึกษาถึงการเกิดอาการมักจะเกี่ยวข้องกับสถานที่ที่มีการประเมินอาการ เช่น ที่ตึกพักฟื้น ที่ตึกพักผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือที่บ้าน ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการมากกว่าระยะเวลาที่เกิดอาการ (Gan, 2006)

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 หมวด คือ

2.3.1 ปัจจัยก่อนการผ่าตัด ได้แก่

2.3.1.1 เพศหญิง มีการศึกษาหลายเรื่องที่ศึกษาพบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับแรกของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด (สุวิมล ศุภวงศ์วรรณะ, 2546; Koivuranta และคณะ, 1997; Apfel, Greim และคณะ, 1998; Apfel และคณะ, 1999; Sinclair, Chung และ Mezei, 1999; Apfel และ Roewer, 2003) โดยมีแนวโน้มมากกว่าผู้ชาย 2 - 3 เท่า และพบว่าความแตกต่างระหว่างเพศเกิดขึ้นหลังจากย่างเข้าวัยรุ่น (Apfel และ Roewer, 2003; Gan, 2003) ทั้งนี้เชื่อว่าเกิดจากศูนย์ควบคุมการอาเจียนในผู้หญิงได้รับอิทธิพลจากฮอร์โมน (Golembiewski และ O'Brien, 2002) นอกจากนี้มีผู้ศึกษาพบว่าระยะ luteal phase ของรอบประจำเดือนในผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากกว่า (มีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำ โปรเจสเตอโรนสูง) (Honkavaara และคณะ, 1991 อ้างถึงใน Maxwell, 2002)

2.3.1.2 อายุ มีการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดสูงสุดระหว่างอายุ 6-16 ปี และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (วรภา สุวรรณจินดา, 2536;

Tate และ Cook, 1996) โดยมีรายงานว่าเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีและผู้ใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี จะมีอาการลดลง (วรภา สุวรรณจินดา, 2536; Kreis, 2006) ส่วนการศึกษาของสุวิมล ศุภวงศ์วรรณนะ (2546) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15-44 ปี และ 45 ปีขึ้นไปเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดใกล้เคียงกัน แต่เมื่อทดสอบด้วยโคสแควร์พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด

2.3.1.3 น้ำหนักตัว การเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) มักจะเป็นสิ่งที่ถูกอ้างถึงว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด แต่เมื่อมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Kranke และคณะ (2001) พบว่าไม่มีการศึกษาแบบทดลองที่แสดงให้เห็นว่าน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mullen และคณะ (2008) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 573 คน ที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องพบว่า ความอ้วน ($BMI > 30 \text{ mg/m}^2$) ไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แต่พบว่าผู้ที่น้ำหนักน้อยเกินไปมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง 5 เท่า

2.3.1.4 การไม่สูบบุหรี่ กลไกของบุหรี่ต่อการลดอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด ยังไม่ทราบแน่ชัด โดยมีคำอธิบายที่น่าจะเป็นไปได้ของ Hough และ Sweeney (1998) กล่าวว่าน่าจะเกิดจากการสัมผัสสารเคมีในบุหรี่เป็นระยะเวลาอันนานทำให้ผู้ป่วยทนต่อก๊าซที่ใช้ระดับความรู้สึก หรืออาจเกิดจากสารเคมีในบุหรี่หรือออกฤทธิ์เป็นยาป้องกันอาเจียนโดยตรง และคำอธิบายของ Chimbira และ Sweeney (2000) กล่าวว่า สารพิษและสารเคมีในบุหรี่รวมทั้งสารไฮโดรคาร์บอน (hydrocarbon) ในควันบุหรี่ เป็นตัวกระตุ้นให้ตับเกิดการสร้างเอนไซม์ cytochrome P450 ซึ่งมีหน้าที่หยุดปฏิกิริยาหรือยับยั้งสารพิษที่รับประทานหรือสูดดม โดยเอนไซม์ทำให้สารพิษเสื่อมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เพิ่มการเผาผลาญยาระงับความรู้สึก ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

2.3.1.5 ประวัติคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด และประวัติเมาเรือ เมารถ มีการศึกษา พบว่าผู้ที่มีประวัติคลื่นไส้ อาเจียนจากการผ่าตัด และประวัติการมีอาการเมาเรือเมารถ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด (สุวิมล ศุภวงศ์วรรณนะ, 2546; Koivuranta และคณะ, 1997) และมีการศึกษาอีกหลายเรื่องให้ผลการศึกษาเช่นเดียวกัน (Apfel และคณะ, 1999; Sinclair และคณะ, 1999; Golembiewski และ O'Brien, 2002; Apfel และ Roewer, 2003)

2.3.2 ปัจจัยระหว่างการผ่าตัด ได้แก่

2.3.2.1 วิธีการระงับความรู้สึก โดยพบว่า การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดมากกว่าวิธีการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน มีการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (Sinclair และคณะ, 1999; Everett, 2002; Gan และคณะ, 2003; Apfel และ Roewer, 2003) และพบได้น้อยมากเมื่อใช้วิธีการใช้ยาชาสกัดกั้นการทำงานของประสาทส่วนปลาย (peripheral nerve blocks) (Everett, 2002; Apfel และ Roewer, 2003)

มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 3 ใน 5 รายได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เนื่องจากมีการใช้ยาที่ใช้ในการทำให้สลบที่ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Watcha และ White, 1992; Apfel และคณะ, 2005) ได้แก่ 1) การระงับความรู้สึกด้วยก๊าซ ซึ่งพบว่าการใช้ยาสลบโดยใช้ก๊าซเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนระยะแรก (Apfel และคณะ, 2002; Scuderi และ Conlay, 2003) และพบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงระหว่างอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดระยะแรก กับปริมาณยาดมสลบที่ได้รับ (Apfel และ Roewer, 2003) 2) การใช้ไนตรัสออกไซด์ ซึ่งเป็นยาสลบชนิดสูดดม ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนสูงร้อยละ 56.8 - 80.0 เนื่องจากมีฤทธิ์กระตุ้นศูนย์อาเจียน ร่วมกับการเพิ่มปริมาตรก๊าซในกระเพาะอาหารและลำไส้ (วรภา สุวรรณจินดา, 2536: 144) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยนรีเวชกรรมที่เข้ารับการผ่าตัดส่องกล้องและได้รับยาสลบชนิดไนตรัสออกไซด์ มีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเพิ่มความเข้มข้นของก๊าซ (Mraovic, 2008) ซึ่งปัจจุบัน ไนตรัสออกไซด์ยังคงเป็นก๊าซที่นิยมใช้ในการระงับความรู้สึกในประเทศไทย (เรณู อาจสาลี, 2550: 33)

2.3.2.2 ระยะเวลาในการระงับความรู้สึก มีการศึกษาพบว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการได้รับยาระงับความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า odds ratio=1.1 สำหรับการเพิ่มขึ้นทุก 30 นาทีของระยะเวลาในการได้รับยาระงับความรู้สึก (p=0.071) (Whalen และคณะ, 2006)

2.3.2.3 ระยะเวลาและชนิดการผ่าตัด มีการศึกษาพบว่า ระยะเวลา ชนิด และ ตำแหน่งของการผ่าตัดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด โดยการศึกษาของ Sinclair และคณะ (1999) พบว่าการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานานมากกว่า 30 นาที เป็นการเพิ่มความเสี่ยง

ต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 60 ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Whalen และคณะ (2006) ที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการระงับความรู้สึกดังกล่าวข้างต้น ส่วนชนิดของการผ่าตัดที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดอาการคลื่นไส้ในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ การผ่าตัด หู คอ จมูก การผ่าตัดทางนรีเวชกรรม การผ่าตัดถุงน้ำดี การผ่าตัดเต้านม การผ่าตัดกระดูก การผ่าตัดภายในกระโหลกศีรษะ หรือการผ่าตัดทางระบบประสาท (Apfel และ Roewer, 2003; Gan, 2006) ดังนั้นเมื่อผู้หญิงเข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม โอกาสเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดจึงเพิ่มขึ้น

2.3.3 ปัจจัยหลังการผ่าตัด ได้แก่

2.3.3.1 อาการปวด มีการศึกษาพบว่าอาการปวดเป็นปัจจัยหลังการผ่าตัดที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคืออาการปวดในอุ้งเชิงกราน โดยเป็นตัวกระตุ้นศูนย์การอาเจียนโดยตรง การควบคุมอาการปวดเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงได้ถึงร้อยละ 80 (สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์, 2545: 160; Garrett, 2003)

2.3.3.2 การใช้ยากลุ่มโอปิออยด์หลังการผ่าตัด มีการศึกษาพบว่าการได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ระหว่างและหลังการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัดในระดับสูง (Everett, 2002; Apfel และ Roewer, 2003; Gan, 2003, 2006) ไม่ว่าจะเป็นการได้รับยาเป็นครั้งตามความต้องการ ผ่านทางเครื่องควบคุมอาการปวดด้วยตัวเอง หรือผ่านทางช่องไซลันหลัง (Roberts และคณะ, 2005) เนื่องจากยาไปกระตุ้นที่ Chemoreceptor trigger zone โดยตรง และมีผลทำให้ระบบทางเดินอาหารเคลื่อนไหวลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะท้องอืดและเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ในการทำให้หูส่วนกลางไวต่อการเคลื่อนไหวซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบางรายเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนเมื่อมีการเคลื่อนไหว (Jolly, 2001; Gundzik, 2008)

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัดหลายด้าน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ควบคุมปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัด โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกันด้านค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัด ชนิดของการระงับความรู้สึก ระยะเวลาในการผ่าตัดแตกต่างกันไม่เกิน 30 นาที และมีแนวทางการรักษาให้ยาบรรเทาปวด ชนิดเหมือนหรือคล้ายคลึงกัน

2.4 กลไกและสรีรวิทยาการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังการผ่าตัด

อาการคลื่นไส้ และอาเจียนเป็นการทำงานที่ซับซ้อนร่วมกันระหว่างระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทที่ควบคุมร่างกาย (Grundy, 2006) กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนขย้อนหลังผ่าตัดเชื่อว่าเป็นกลไกที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกับการเกิดอาการจากยารักษาโรคมะเร็งและการฉายรังสี (ชนกพร จิตปัญญา, 2551) โดยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ถูกควบคุมจากศูนย์ควบคุมอาเจียนซึ่งมีตำแหน่งอยู่บริเวณก้านสมอง การกระตุ้นศูนย์ควบคุมอาเจียนเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดอาการ โดยถูกกระตุ้นได้จากเส้นประสาทนำเข้าหลายทาง ได้แก่

2.4.1 Cortical afferent ถูกกระตุ้นจากสภาวะของอารมณ์ เช่น ความเครียด ความกลัว กลิ่น รส ความเจ็บปวด สภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากความดันเลือดตก ไมเกรน ภาวะขาดออกซิเจน และภาวะที่มีความดันในสมองเพิ่มขึ้น

2.4.2 Visceral afferent ถูกกระตุ้นจากสภาวะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในช่องท้อง กระแสประสาทจะถูกส่งขึ้นไปสู่ศูนย์ควบคุมอาเจียนทางเส้นประสาท vagus และ sympathetic (วรภา สุวรรณจินดา, 2536: 142) โดยเส้นประสาท Vagus ทำให้เกิดการบีบตัวย้อนกลับของระบบทางเดินอาหาร เพื่อให้สิ่งที่อยู่ในลำไส้มาอยู่ในกระเพาะอาหารและเตรียมขับออก ทั้งนี้เส้นประสาท Vagus จะส่งข้อมูลจากระบบทางเดินอาหารไปยังสมองส่วนก้านสมองเพื่อเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียน (Grundy, 2006)

2.4.3 Chemoreceptor trigger zone ทั้งนี้ chemoreceptor ใน Chemoreceptor trigger zone เป็นสารสื่อประสาทตั้งต้นในการควบคุมอาการอาเจียน (emetic initiating neurotransmitters) ทั้งในกระแสเลือดและในน้ำไขสันหลัง (Tate และ Cook, 1996) สารสื่อประสาทหลัก 4 ตัวที่มีบทบาทสำคัญได้แก่ dopamine, histamine, acetylcholine และ 5-hydroxytryptamine (5HT) โดยถูกกระตุ้นได้จากสารเคมี ยา ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงหรือต่ำผิดปกติ การเสียดุลของอิเล็กโทรลิต การฉายรังสีและการยืดขยายหรือการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร ด้วยการกระตุ้นผ่านทางเส้นประสาท Vagus ซึ่งจะเป็นตัวส่งข้อมูลไปยัง Chemoreceptor trigger zone และไปยังศูนย์อาเจียน และเชื่อว่า Chemoreceptor trigger zone สามารถถูกกระตุ้นได้โดยตรงจากสารพิษทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ (วรภา สุวรรณจินดา, 2536: 142, Tate และ Cook, 1996)

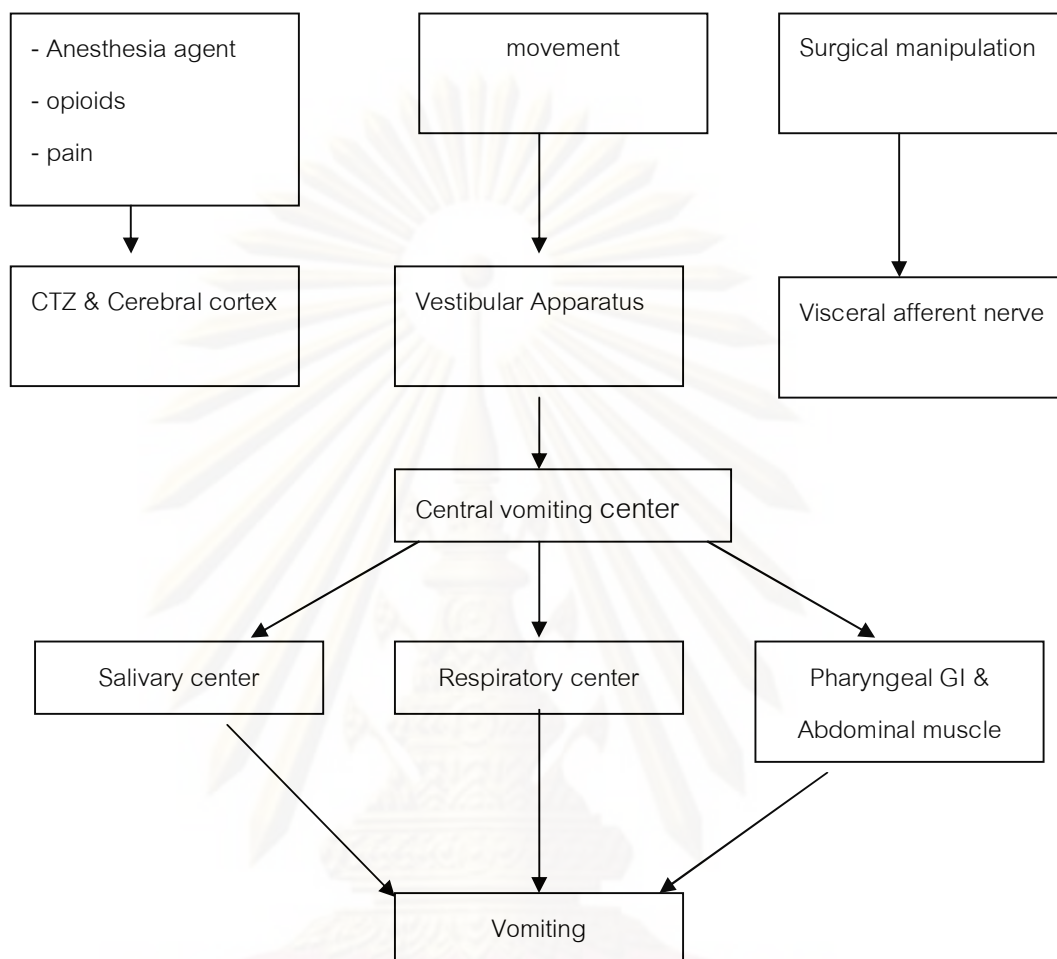
2.4.4 Vestibular pathway รับการกระตุ้นจากการเคลื่อนไหวโดยผ่านทางประสาทหู ไปสู่ cerebellum และ Chemoreceptor trigger zone ตามลำดับ

การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดเชื่อว่าน่าจะเกิดจากขั้นตอนในการผ่าตัดและยาที่ใช้ โดยมีความเชื่อว่าการกระตุ้น Chemoreceptor trigger zone จากปัจจัยด้านการระงับความรู้สึก การใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ และปัจจัยอื่นระหว่างการผ่าตัดไปกระตุ้นหูชั้นในและระบบเส้นประสาท Vagus ของกระเพาะอาหารและลำไส้ (Amdipharm, 2004: ออนไลน์)

เมื่อมีการแยกศึกษาระหว่างอาการคลื่นไส้กับอาการอาเจียน พบว่าระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับอาการคลื่นไส้ นั้นยังไม่ทราบแน่ชัด รวมถึงความเชื่อมโยงระหว่างอาการคลื่นไส้และอาเจียนยังไม่เป็นที่เข้าใจชัดเจน (Kucharczyk, Stewart และ Miller, 2000; Andrews และ Horn, 2006; Parker และ Limebeer, 2006; Horn, 2007, 2008) อาการคลื่นไส้ อาจเกิดขึ้นเป็นเวลานาน โดยไม่มีการอาเจียน หรือเกิดขึ้นนานก่อนอาเจียน ในขณะที่อาการแสดงก่อนอาเจียนเป็นอาการที่เกิดขึ้นเพียงช่วงเวลานั้นๆ มีการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยยาจะควบคุมอาการคลื่นไส้ได้ยากกว่าอาการอาเจียน และพบว่าระบบทางเดินอาหารที่ควบคุมอาการอาเจียนไม่ได้เป็นสาเหตุของอาการเริ่มต้นก่อนการอาเจียน แสดงให้เห็นว่าระบบประสาทวิทยาในการทำให้เกิดอาการคลื่นไส้มีบางส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาการอาเจียน (Horn, 2007) อาการคลื่นไส้จึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางคลินิกที่ต้องการการแก้ไข (Kucharczyk และคณะ, 2000; Grundy, 2006) ทั้งนี้กลไกและสรีรวิทยาการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด แสดงได้ดังภาพที่ 1



ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 1 แสดงกลไกและสรีรวิทยาการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด (ดัดแปลงจาก Kreis, 2006; Wilhelm, Dehoorne-Smith และ Kale-Pradhan, 2007)

2.5 ผลของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม

การศึกษาอาการและความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดในประเทศไทยนั้นมีเพียง 1 เรื่องของสุวิมล ศุภวงศ์วรรณะ (2546) พบว่ามีการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดร้อยละ 36.7 เกิดอาการที่หอผู้ป่วยมากที่สุดในระยะ 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนรุนแรงจากน้อยที่สุด ปานกลางและมากที่สุดมีร้อยละ 45.5, 38.6 และ 15.9 ตามลำดับ การศึกษาในต่างประเทศให้ผลเช่นเดียวกันโดยพบว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบมากที่สุดในหอผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ในช่วงชั่วโมงที่ 2-24 ถึงร้อยละ 60 (Zeit และคณะ, 2004; Brougham และ Bolton, 2004; Golembiewski และคณะ, 2005; Apfel และคณะ, 2005; Habib และคณะ, 2006) มีการศึกษาพบว่าอาการอาเจียนมักเกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยย้ายออกจากห้องพักฟื้น 30 นาที (Miller และคณะ, 2009) ทั้งนี้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลที่ห้องพักฟื้นเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงหรือจนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสัญญาณชีพและสภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือคงที่อย่างน้อย 30 นาทีหรือ 1 ชั่วโมง จึงย้ายกลับหอผู้ป่วย (กันยา ออประเสริฐ, 2546: 87; ดารณี พิพัฒน์กุลชัย, 2546)

อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัดเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความไม่พึงพอใจ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ส่งผลทั้งทางด้านร่างกาย (physical) กระบวนการเผาผลาญ (metabolism) และจิตใจ (psychological) (Yusufu, 2002) ดังนี้

2.5.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย เกิดขึ้นเนื่องจากการอาเจียนรุนแรงและต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้เกิดแรงกดดันต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการอาเจียน เป็นสาเหตุของภาวะทางเดินอาหารฉีกขาด (Boerhaave's syndrome) เกิดเป็นภาวะการอักเสบกลางอก (mediastinitis) (Yusufu, 2002; Williams, 2005) การหดตัวของอย่างรุนแรงของกล้ามเนื้อจากอาการอาเจียน ชัยอ่อนเป็นสาเหตุให้อาการปวดแผลเพิ่มขึ้น อาจเป็นสาเหตุให้แผลผ่าตัดแยกได้ หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัดร่วมกับการมีหรือไม่มีเลือดออกสะสมภายในเนื้อเยื่อ (hematoma) ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ของการผ่าตัด และสิ่งนี้อาจเกิดขึ้นได้คือ การอาเจียนเป็นสาเหตุของการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะและความดันในลูกตาสูง (intracranial และ intraocular pressure) นอกจากนี้ผลกระทบสำคัญ คือเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ การเกิดภาวะปอดอักเสบและปอดบวมจากการสำลักสิ่งนี้อาเจียน

2.5.2 ผลกระทบต่อกระบวนการเผาผลาญ ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์และภาวะการขาดสารน้ำได้ และเกิดเป็นภาวะเลือดเป็นด่างมากเกินไป (alkalemia)

2.5.3 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ดังการศึกษาของ Kerger และคณะ (2007) ศึกษาพบว่าผู้ที่มีประวัติการคลื่นไส้ อาเจียนจากการผ่าตัดเต็มใจเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดอาการหลังการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการผ่าตัดมักจะคาดเดาว่าจะมีอาการอีกเหมือนการผ่าตัดครั้งก่อน

นอกจากนี้ยังมีผลกระทบอื่นคือ อาจทำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารและยาช้าลง (Amdipharm, 2004: ออนไลน์; Williams, 2005; Habib และคณะ, 2006; Fujii และ Nakayama,

2008) ผลต่อตัวผู้ป่วยนั้นทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น พยาบาลต้องให้การดูแลนานขึ้น และทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Williams, 2005)

2.6 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัด

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดมีความสำคัญในการช่วยระบุว่าผู้ป่วยรายใดมีความเสี่ยงและสามารถช่วยลดอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังผ่าตัดได้จากการเลือกวิธีการป้องกันที่เหมาะสม (Murphy และคณะ, 2006; Ebell, 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้นำตัวแปรทำนายมาพัฒนาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังผ่าตัด และมีการเผยแพร่ 4 เรื่อง โดยเป็นเครื่องมือจากประเทศตะวันตก 3 เรื่อง คือ Koivuranta และคณะ (1997) Apfel และคณะ (1999) และ Conway (2009) จากประเทศทางเอเชีย 1 เรื่อง คือ Choi และคณะ (2005) ดังนี้

2.6.1 The Koivuranta score ประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้านคือ 1) ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่า 60 นาที 2) เพศหญิง 3) ประวัติการเมาเรือ 4) ประวัติการมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังผ่าตัด และ 5) การไม่สูบบุหรี่ แต่ละด้านมีค่า 1 คะแนน คะแนนสูงมีความเสี่ยงสูง มีการนำเครื่องมือนี้ไปศึกษาและพบว่ามีความตรงในระดับดี (Koivuranta และคณะ, 1997; Ebell, 2007)

2.6.2 Apfel's score เป็นเครื่องมือที่ Apfel และคณะ (1999) พัฒนาเป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังผ่าตัดจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการ ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 4 ด้านคือ 1) เพศหญิง 2) ประวัติการเมาเรือ หรือคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังผ่าตัด 3) การไม่สูบบุหรี่ และ 4) การมีแผนการรักษาด้วยยากลุ่มโอปิออยด์หลังผ่าตัด โดยแต่ละปัจจัยมีค่า 1 คะแนน คิดคะแนนตามจำนวนปัจจัยเสี่ยง คะแนนสูงมีความเสี่ยงสูงพบว่าสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหลายประเภท

2.6.3 Conway risk assessment tool (2009) ประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้าน ได้แก่ 1) สตรีหลังวัยรุ่น (วัยก่อนหมดประจำเดือน) 2) การไม่สูบบุหรี่ 3) ประวัติการเมาเรือ 4) ประวัติการมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด และ 5) การมีแผนการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง โดยมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติให้คะแนน 1 คะแนน การแปลความหมายตามคะแนน คือ 0-1 คะแนนมีความเสี่ยงต่ำ 2-3 คะแนนมีความเสี่ยงปานกลาง และ 4-5 คะแนนมีความเสี่ยงสูง

2.6.4 เครื่องมือในการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดในประเทศแถบเอเชีย มีเพียงเครื่องมือของ Choi และคณะ (2005) แห่งสาธารณรัฐเกาหลี ได้พัฒนาขึ้นเนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือที่ใช้ประเมินสำหรับประชากรในแถบเอเชีย โดยการเลือกปัจจัยเสี่ยงหลัก 5 ด้าน ($p \leq .000$) มาพัฒนาเป็นเครื่องมือในการทำนายความเสี่ยงและให้คะแนนดังนี้ คือ เพศหญิง (เพศหญิง=1/ เพศชาย=0) ประวัติเคยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดหรือการมารอด เมาเรือ (มีประวัติ=1/ ไม่มีประวัติ=0) ระยะเวลาในการระงับความรู้สึกนานเกิน 1 ชั่วโมง (นานเกิน 1 ชั่วโมง =1/ น้อยกว่า 1 ชั่วโมง=0) การไม่สูบบุหรี่ (ไม่สูบบุหรี่ =1/ สูบบุหรี่=0) การใช้ยากลุ่มมอร์ฟีนในรูปแบบของเครื่องควบคุมอาการปวดด้วยตัวเอง (ใช้=1/ไม่ใช้= 0)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกเครื่องมือสำหรับใช้ประเมินความเสี่ยงต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยใช้ Apfel's score เนื่องจากเมื่อพิจารณาปัจจัยที่นำมาเป็นตัวแปรทำนายแล้วพบว่า สามารถนำมาใช้ได้กับผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชกรรมในสถานที่ที่ผู้วิจัยจะทำการศึกษา และมีการศึกษาแล้วว่าสามารถใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ ชัยอน อาเจียนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลายประเภท ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด โดยมีค่าความสามารถในการทำนายอาการอาเจียนเท่ากับ 0.73 (0.71-0.75) (Apfel และคณะ, 1999; Alkaissi และคณะ, 2002; Weillbach และคณะ, 2006) ด้านการนำไปใช้นั้น Weillbach และคณะ (2006) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการได้สูง (ค่าคะแนนตามการประเมินโดยใช้ Apfel's score เท่ากับ 3 และ 4) พบว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่ายและสามารถใช้ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้ โดยพบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงระดับ 3 เกิดอาการคลื่นไส้และอาการอาเจียนหลังผ่าตัดร้อยละ 59.7 ส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงระดับ 4 เกิดอาการร้อยละ 91.3 ส่วนเครื่องมือของ Choi และคณะ (2005) แห่งสาธารณรัฐเกาหลีแม้จะมีการพัฒนาเพื่อใช้ในประเทศแถบเอเชีย แต่เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการใช้ยากลุ่มมอร์ฟีนในรูปแบบของเครื่องควบคุมอาการปวดด้วยตัวเองพบว่าเป็นปัจจัยที่ยังไม่นิยมใช้ในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงไม่เลือกใช้เครื่องมือนี้ ส่วนเครื่องมือของ Conway (2009) เป็นเครื่องมือที่เพิ่งมีการเผยแพร่ในเดือนกันยายน 2009 จึงยังไม่มีผลการศึกษาถึงความแม่นยำในการทำนาย ผู้วิจัยจึงไม่เลือกใช้เครื่องมือของ Conway (2009)

2.7 เครื่องมือในการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนมีหลายประเภทและมีการพัฒนาต่อเนื่อง จากการศึกษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชัยอ่อน เป็นอาการที่แยกออกจากกันได้ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการจึงมีความเฉพาะเจาะจงในการประเมินของแต่ละอาการ ดังนี้

2.7.1 การนับจำนวนครั้งที่อาเจียน เป็นเครื่องมืออย่างง่ายในการประเมินอาการอาเจียน โดยนับจำนวนครั้งที่อาเจียน หรือนับเป็นค่าเฉลี่ยในช่วงเวลาหนึ่ง (เช่น x / ชั่วโมง) (Harmon และคณะ, 1999; McDaniel และ Rhodes, 2004; Turgut และคณะ, 2007) การนับจำนวนครั้งนี้มีความแม่นยำในการประเมินอาการชัยอ่อนและอาการอาเจียน แต่ไม่สามารถประเมินความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ได้ เนื่องจากอาการคลื่นไส้เป็นความรู้สึกของผู้ป่วย (McDaniel และ Rhodes, 2004)

2.7.2 การใช้แบบวัดด้วยสายตา (visual analogue scale: VAS) เนื่องจากการประเมินความรุนแรงของอาการคลื่นไส้หลังการผ่าตัดเป็นสิ่งที่ประเมินได้ยาก จึงได้มีการใช้แบบวัดด้วยสายตาในการเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินอาการคลื่นไส้ พบว่าเป็นที่นิยมใช้เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและผู้ป่วยสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง (Agarwal และคณะ, 2002; Turgut และคณะ, 2007) แบบวัดด้วยสายตานี้มักจะมีความยาว 100 มิลลิเมตร โดยให้ปลายทั้ง 2 ด้านเป็นความรู้สึกที่ทำการศึกษา (McDaniel และ Rhodes, 2004)

2.7.3 Duke Descriptive Scale (DDS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการคลื่นไส้ และอาเจียน โดยประเมินด้านความถี่ ความรุนแรงและความบกพร่องต่อการทำกิจกรรมในช่วง 24 ชั่วโมง แต่ไม่มีการศึกษาถึงค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ (McDaniel และ Rhodes, 2004)

2.7.4 บันทึกรประจำวัน (Daily Diary) เป็นการประเมินด้วยตนเองวิธีหนึ่งเช่นกัน ใช้ในการบันทึกการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 24 ชั่วโมง – 15 วัน พบว่าแบบบันทึกนี้มีความสัมพันธ์กับเครื่องมืออื่น เช่น การสังเกต และ Functional Living Index และไม่พบว่ามีรายงานถึงค่าความตรงและความเที่ยง (McDaniel และ Rhodes, 2004)

2.7.5 Morrow Assessment of Nausea and emesis (MANE) เป็นเครื่องมือประเมินตนเองในการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยประเมินด้านความถี่ ความรุนแรง และช่วงเวลาในการเกิดอาการ ก่อนและหลังการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (McDaniel และ Rhodes, 2004; Brearley, Clements และ Molassiotis, 2008)

2.7.6 Index of Nausea, Vomiting, and Retching (INVR) เป็นแบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนด้วยตนเอง ครอบคลุมทั้งด้านระยะเวลา ความถี่ และความทุกข์ทรมานจากอาการในระยะ 12 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบบประเมินต้นแบบเป็นแบบประเมิน INV-1 พัฒนาขึ้นโดย Rhodes และคณะในปีค.ศ 1984 ต่อมามีการปรับปรุงเป็น INV-II (Index of nausea and Vomiting Form II) และพัฒนาเป็น Index of Nausea, Vomiting, and Retching ในปีค.ศ 1999 ซึ่งเดิมพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคอนบราค ได้ค่าเท่ากับ 0.98 อย่างไรก็ตามพบว่าสามารถนำไปใช้ได้ในการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนและชัยอนในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (Fetzer, 2004; McDaniel และ Rhodes, 2004; Brearley และคณะ, 2008)

2.7.7 Functional Living Index-Emesis (FLIE) เป็นแบบประเมินอย่างง่ายที่พัฒนาขึ้นโดย Lindey และคณะ เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินการจัดการตัวเองซ้ำได้ มักจะใช้ประเมินผลกระทบจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชัยอนจากการได้รับยาเคมีบำบัดต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และการรับประทานอาหาร (McDaniel และ Rhodes, 2004)

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือในการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนนั้นส่วนใหญ่เป็นการประเมินตนเอง และจากความแตกต่างกันของอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชัยอน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ Index of Nausea, Vomiting, and Retching เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถใช้ประเมินได้ครอบคลุมทั้งด้านระยะเวลา ความถี่ ความทุกข์ทรมานจากอาการและสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

2.8 การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

การศึกษาถึงการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนชัยอนซึ่งสามารถนำมาให้การพยาบาลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด มีดังนี้

2.8.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด เพื่อให้การป้องกันที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยแต่ละราย (Apfel และคณะ, 1999; Jolley, 2001)

2.8.2 ดูแลให้การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวด ความกลัวและความวิตกกังวลและลดอาการท้องอืดแน่นจากการสะสมน้ำหรือก๊าซในลำไส้เพื่อแก้ไขสาเหตุที่กระตุ้นการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน (Jolley, 2001; Gundzik, 2008)

2.8.3 การลดกิจกรรม (อุสาร์ห์ รุจิระวิโรจน์, 2543) การแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนหรือเคลื่อนไหวร่างกายช้าๆ เพราะการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็วจะกระตุ้นให้ร่างกายมีความไว

ต่อการกระตุ้นด้วยสารเคมีซึ่งมีผลต่อศูนย์ควบคุมอาเจียน (Gunta, Lewis และ Nuccio, 2000; Jolley, 2001; Gundzik, 2008)

2.8.4 แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจเข้า ออกลึกๆ ซึ่งจะเป็นการช่วยขั้บยาระงับความรู้สึกที่ยังตกค้างในร่างกายและเป็นการเพิ่มปริมาณออกซิเจน (ดวงกมล แสนสุโพธิ์, 2542; Gunta และคณะ, 2000; Jolley, 2001; Gundzik, 2008)

2.8.5 จัดท่านอนให้ศีรษะอยู่ในระดับราบแนวเดียวกับลำตัว เนื่องจากการนอนศีรษะสูงอาจกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนได้ (Gundzik, 2008)

2.8.6 ป้องกันผู้ป่วยจากสิ่งกระตุ้นที่ไม่พึงพอใจทั้งจากการมองเห็น การได้กลิ่นหรือการสนทนา เพื่อลดสิ่งกระตุ้นเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน (Gundzik, 2008)

2.8.7 การให้สารน้ำให้เพียงพอโดยแนะนำให้สารน้ำทดแทนในปริมาณ 20 มล./กก.ในวันผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวและมีระยะเวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า 2 ชั่วโมง (Gunta และคณะ, 2000; Jolley, 2001; Gundzik, 2008)

2.8.8 ถ้าผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้รับประทานอาหารทางปากได้ ควรแนะนำให้เพิ่มประเภทของอาหารอย่างช้าๆโดยให้เริ่มจากอาหารเหลวใส และค่อยๆเพิ่มเป็นอาหารอ่อนและอาหารแข็ง (Jolley, 2001; Gundzik, 2008) โดยพบว่าการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนด้วยตนเองที่ได้ผลดี ได้แก่ การรับประทานผลไม้ หวานที่ชอบมารับประทานกับอาหารหลัก รับประทานอาหารร้อนๆ การดื่มน้ำอัดลม ดื่มน้ำอุ่น น้ำมะพร้าว น้ำหวานเสลดบวบอย น้ำอ้อย น้ำตาลสด น้ำเห็ดหลินจือ น้ำเสลดพังพอน รับประทานอ้อยแล้วรอประมาณ 2-3 ชั่วโมงแล้วจะรู้สึกสดชื่นและสามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ (ประทุม สร้อยวงค์, 2538) หลีกเลี้ยงอาหารที่มีกลิ่นฉุน อาหารร้อนจัด แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ มากกว่า 3 มื้อ เคี้ยวและกลืนช้าๆ เลี่ยงอาหารที่ระคายเคืองกระเพาะอาหาร เช่น น้ำชา กาแฟ (Jolley, 2001; Gundzik, 2008)

2.8.9 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่มีแสงเสียง หรือกลิ่นรบกวน เพื่อหลีกเลี้ยงสิ่งทีกระตุ้นให้อาเจียน (Jolley, 2001; Gundzik, 2008)

2.8.10 ให้การดูแลทั่วไป เช่น การพูดให้กำลังใจ (อุสาห์ รุจิระวิโรจน์, 2543) สัมผัสบำบัด (therapeutic touch) ปรับเปลี่ยนท่า (repositioning) ห่มผ้า การใช้ผ้าเย็นวางบริเวณหน้าผาก และการดูแลความสะอาดช่องปาก โดยสามารถใช้วิธีการเหล่านี้เมื่อผู้ป่วยบอกว่ามีอาการคลื่นไส้หรือใช้ร่วมกับการบำบัดอื่น (Jolley, 2001; Gundzik, 2008)

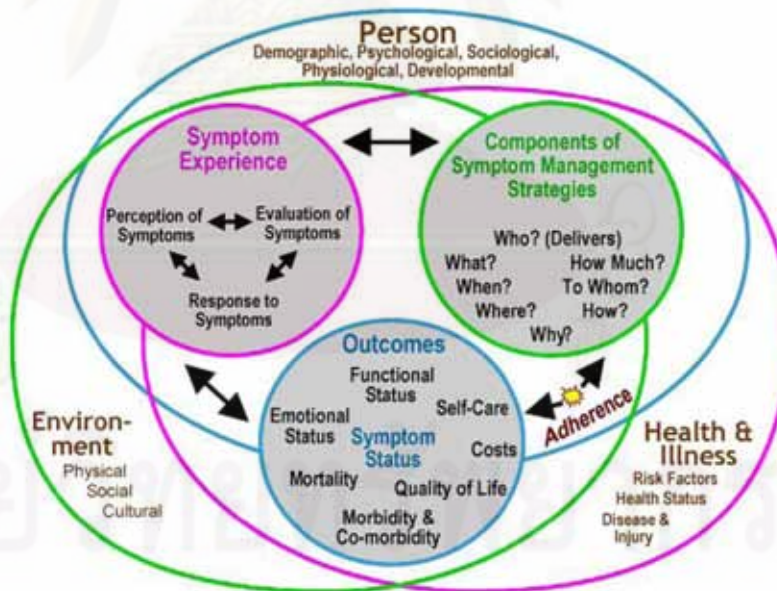
2.8.11 ใช้การบำบัดผสมผสาน ได้แก่ การกดจุดด้วยแรงกดจากนิ้วมือ หรือใช้แถบรัด ข้อมือกดจุดที่จุด P6 (ผกามาศ บุญญาภิสมภาร, 2548; รัตติยา ศรีอินทร์, 2549; ปิยะพร ไพโรจน์, 2551; Ming และคณะ, 2002; Chen และคณะ, 2005) การใช้สุวคนธบำบัดด้วย เปปเปอร์มินต์ น้ำมันขิง หรือไอโซโพรพิล แอลกอฮอล์ (Isopropyl alcohol) ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ง่ายๆด้วยการให้ผู้ป่วยสูดดมโดยตรง (Anderson และ Gross, 2004) การใช้จินตภาพบำบัด (ใจรัตน์ ศุภสกุล, 2530; บุญบา สมใจวงษ์, 2544; Laurion และ Fetzer, 2003) หรือใช้ดนตรีบำบัดเป็นเทคนิคในการเบี่ยงเบนความสนใจ (อาริยา สอนบุญ, 2543; รักชนก ภักดีโพธิ์, 2550; Garrett และคณะ, 2003)

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอาเจียน ให้การพยาบาล ดังนี้

1. สังเกตอาการที่เกิดร่วมกับอาการอาเจียน เช่น คลื่นไส้ก่อนอาเจียน หรืออาเจียนโดยไม่มีอาการคลื่นไส้ นำ อาเจียนพุ่ง ปวดศีรษะ หรือไข้ ซึ่งแสดงถึงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
2. สังเกตลักษณะการอาเจียน ได้แก่ สี กลิ่น ส่วนประกอบ สิ่งที่ปนมากับอาเจียน เช่น อาเจียนเป็นเลือดสด แสดงถึงการมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน
3. สังเกตจำนวนครั้งและปริมาณของอาเจียนในแต่ละครั้ง เพื่อประมาณการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ออกจากร่างกาย
4. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดหน้าท้อง การอาเจียนอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแผลมาก ถ้ารุนแรงอาจทำให้แผลแยกได้ การใช้มือหรือหมอนประคองแผลจะช่วยลดอาการเจ็บแผลได้
5. ตรวจสอบสัญญาณชีพว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ โดยปกติหลังอาเจียน ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตจะสูงขึ้นเล็กน้อย และจะค่อยๆลดลงจนเป็นปกติ ถ้าพบว่ามีอาการหยุดหายใจ หน้าเขียว อาจเกิดจากการสำลักสิ่งที่อาเจียนไปอุดหลอดลม ต้องรีบช่วยเหลือโดยการใช้เครื่องดูดเสมหะดูดสิ่งที่อาเจียนออกมา เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง
6. หลังอาเจียนควรให้ผู้ป่วยบ้วนปากเพื่อให้เกิดความสบาย ลดกลิ่นไม่พึงประสงค์ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยอาเจียนได้อีก และเป็นการลดอาการแสบร้อนภายในช่องปากและคอ ควรใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าผู้ป่วยให้สะอาดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น สบาย ถ้าเสื่อผ้า ปลอกหมอน ผ้าปูที่นอนเปื้อนอาเจียนหรือน้ำ ควรเปลี่ยนผ้าให้ใหม่
7. บันทึกลักษณะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการอาเจียนลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

3. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model; Dodd และคณะ, 2001)

แบบจำลองการจัดการกับอาการพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย Larson ในปี ค.ศ. 1994 ต่อมาโมเดลดังกล่าวได้รับการวิจารณ์ว่าไม่ได้ให้ความสนใจต่อมโนทัศน์ทางการแพทย์ ซึ่งได้แก่ คน (Person) สิ่งแวดล้อม (Environment) สุขภาพ (Health) และการพยาบาล (Nursing) ดังนั้นในปี 1998 Dodd ได้นำโมเดลดังกล่าวมาพัฒนาเพื่อให้สามารถอธิบายมโนทัศน์ทางการแพทย์ได้ และได้พัฒนาใหม่อีกครั้งให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นในปี ค.ศ. 2001 โดยเน้นที่การจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้การดูแลตนเองซึ่งเน้นทักษะ ความรู้ และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการกับอาการของตน แนวความคิดพื้นฐานของแบบจำลองการจัดการกับอาการ เชื่อมโยงประสบการณ์และศักยภาพของคน ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นๆ จะสามารถคิดหาวิธีการในการจัดการอาการของตนเองได้ Dodd เชื่อว่าคนมีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อใดก็ตามที่คนไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้คนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอีกครั้งหนึ่ง



ภาพที่ 2 แสดงแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Dodd และคณะ, 2001)

มโนทัศน์หลักในแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (symptom experience) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ (symptom outcomes) (Dodd และคณะ, 2001) และได้กล่าวถึงข้อตกลงพื้นฐาน 5

ข้อ คือ 1) การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการเป็นของแต่ละบุคคล และเป็นการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง 2) บุคคลอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร และกลวิธีการจัดการกับอาการอาจจะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และคำอธิบายการมีประสบการณ์โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัว หรือผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกันกับการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด 4) กลวิธีในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่มครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 5) การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเองโดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโมทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (health/illness) และสิ่งแวดล้อม (environment)

จากแบบจำลองการจัดการกับอาการที่กล่าวถึงโมทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ มีรายละเอียดดังนี้

1) บุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล จิตใจ สังคม และสรีรวิทยาซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลมีมุมมอง และตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ รวมทั้งมีผลต่อระดับของพัฒนาการในแต่ละบุคคล และมีผลต่ออูมิภาวะด้วย

2) สุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเดียวกันอาจมีประสบการณ์การมีอาการแตกต่างกัน หรือผู้ป่วยโรคเดียวกันมีวิธีการจัดการกับอาการที่เหมือนกันแต่กลับพบว่าผลลัพธ์ที่ได้มีความแตกต่างกัน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการได้จากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้จากกลิ่น หรือจากผลข้างเคียงของยาสลับ

3) สภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการ โดยสภาพแวดล้อมประกอบไปด้วยสภาพร่างกาย สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งสภาพแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน และโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมทางสังคมจะรวมถึงการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและวัฒนธรรมซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วยและเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชน หรือเชื้อชาตินั้นๆ รวมถึงสถานที่ที่มีผลต่อวิธีที่จะใช้ในการจัดการกับอาการและต่อผลลัพธ์

4) การพยาบาล พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการลดและควบคุมอาการไม่ให้รุนแรงมากขึ้น โดยใช้กระบวนการพยาบาล คือ การประเมิน การพยาบาล การประเมินผล

สำหรับมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการซึ่งประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ของอาการ ดังนี้

3.1 ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลต่ออาการ การประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสงสัยเกิดถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรงสาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และพฤติกรรม ภายในมโนทัศน์ประสบการณ์การมี อาการจะมีความ สัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับอาการ และการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองเขาก็จะรับรู้ความรุนแรงจะสูงขึ้น (Facione และ Dodd 1995, Jayne, 1996 อ้างถึงใน Dodd และคณะ, 2001) เช่นผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการผ่าตัด จะมีโอกาสเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ประสบการณ์ (Apfel และคณะ, 1999)

ประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

3.1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ หมายถึง การที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัวดีแปลความหมายผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึก หรือปฏิบัติโดยใช้มโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ (การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง) จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลและ/หรือการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการรับรู้ อาการมีความซับซ้อน เช่นเมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีอาการคลื่นไส้ ขย้อน อาเจียน ผู้ดูแลจะรับรู้ในความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากอาการที่แสดงออกโดยรับรู้ว่าคุณป่วยกำลังทุกข์ทรมาน ส่วนบุคลากรในทีมสุขภาพก็จะมี การรับรู้การตอบสนองของอาการจากตัวผู้ป่วยและจากผู้ดูแล แล้วจึงทำการสรุปการรับรู้ของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย จากนั้นจึงทำการตัดสินใจในการที่จัดการกับอาการนั้น ซึ่งถ้าการรับรู้ตรงกัน การจัดการกับอาการก็จะเป็นไปอย่างราบรื่น แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่ตรงกัน หรือไม่ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า วัฒนธรรมที่แตกต่างกันเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ รวมถึงการประเมิน และการตอบสนองต่ออาการ

3.1.2 การประเมินผลอาการ หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการซึ่งเกิดเป็นครั้งเป็นคราวหรือถาวร ความบ่อย ผลกระทบ หรือความพิการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการ

3.1.3 การตอบสนองต่ออาการ เป็นการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ วัฒนธรรมสังคม และพฤติกรรม โดยอาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการอาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ และมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการและการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาว การตอบสนองด้านร่างกายต่ออาการรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การคลื่นไส้ อาเจียน ชื่อย่อน เมื่อผู้ป่วยประเมินว่าเป็นอาการคุกคาม อาจมีการตอบสนองโดยอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเพิ่มการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าของระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้มีการรับรู้อาการเพิ่มขึ้น เป็นการรับรู้ถึงภาวะคุกคาม

3.2 กลวิธีในการจัดการกับอาการ เป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการใช้กลวิธีการดูแลตนเอง การใช้ยา ในการบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยการจัดการกับอาการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ในแต่ละรายก่อนเพื่อจะสามารถนำไปสู่กลวิธีการจัดการกับอาการ ตามด้วยการแยกแยะวิธีการทางการแพทย์ที่มีปัญหา และการจัดการกับอาการ ซึ่งกลวิธีจัดการอาการอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียว หรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอม หรือไม่ยินยอมของผู้ป่วยซึ่งกลวิธีในการจัดการกับอาการจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่อไปนี้อยู่เสมอก็คือ ใครควรเป็นผู้จัดการอาการ (Who) จัดการอาการอะไร (What) ใช้วิธีการจัดการอย่างไร (How) จัดการให้ใคร (Whom) จัดการเมื่อไหร่ (When) ทำไมจึงต้องจัดการ (Why) จัดการมากน้อยแค่ไหน (How much)

การจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชื่อย่อนหลังการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพนั้นผู้ป่วยจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วย มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่บอกให้พยาบาลทราบ ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่ได้รับการบำบัด ทำให้เกิดโอกาสอาเจียนเพิ่มขึ้น (Tate และ Cook, 1996) ทั้งนี้ Tate และ Cook (1996) กล่าวว่าเปรียบได้กับการบอกอาการปวดซึ่ง Seers ได้กล่าวไว้ (Seers, 1987 อ้างถึงใน Tate และ Cook, 1996) ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสรุปเองว่าพยาบาลจะทราบเมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด และในขณะเดียวกันพยาบาลจะเข้าใจว่าผู้ป่วยจะบอกให้ทราบเอง

เมื่อมีอาการปวด การเกิดเหตุการณ์เช่นนี้เกิดจากการความบกพร่องของการสอนการจัดการเกี่ยวกับอาการปวด ถึงแม้ว่าจะไม่มีการศึกษาเช่นนี้ในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด แต่อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่บอกให้พยาบาลทราบเมื่อมีอาการ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดถึงความสำคัญในการบอกอาการให้พยาบาลทราบทันทีเมื่อเริ่มมีอาการคลื่นไส้ เพื่อให้การพยาบาลได้ทันเวลาที่ (Tate และ Cook, 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลวิธีในการจัดการกับอาการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด แบ่งได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.2.1 การจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังการผ่าตัดโดยการใช้ยา (Pharmacological intervention) การป้องกันและบำบัดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดนั้น มักจะใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นทางเลือกแรก แต่มีการศึกษาพบว่ายาป้องกันอาเจียนที่มีการใช้อยู่ในปัจจุบันนี้ช่วยลดเพียงต้นเหตุการอาเจียนแต่ไม่มีผลต่อการควบคุมอาการคลื่นไส้ และพบว่ายาทุกตัวมีผลข้างเคียง (Horn, 2007) ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มยาได้เป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

3.2.1.1 Antihistamines ปัจจุบันมีการแบ่งประเภทของยาด้านฤทธิ์ฮีสตามีนออกได้เป็น 3 รุ่น คือ รุ่นที่ 1 เป็น sedating antihistamine เป็นกลุ่มที่มีขนาดโมเลกุลของยาเล็กและมีความชอบไขมันที่ดีจึงสามารถผ่านเข้าสมองได้ดี จึงมีผลข้างเคียงต่อระบบประสาทสมองส่วนกลาง ผลคือทำให้เกิดอาการมึนซึม ไม่สดชื่น ง่วงนอน ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Chlophenilamine, Hydroxyzine, Tripolidine, Brompheniramine รุ่นที่ 2 เป็น nonsedating antihistamines โดยพัฒนาจากยารุ่นที่ 1 เพื่อลดผลข้างเคียงจากยาในรุ่นแรก โดยออกฤทธิ์เฉพาะกับตัวรับฮีสตามีน ทำให้ได้ผลการรักษาดีกว่ากลุ่มแรก มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางน้อยเมื่อเทียบกับรุ่นแรก จึงไม่ทำให้ง่วง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ terfenadine, astemizole, loratadine และ cetirizine โดยมีข้อเสียคือมีผลต่อดับ และทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้ รุ่นที่ 3 เป็น active metabolites ของรุ่นที่ 2 ซึ่งทำให้ยาออกฤทธิ์ได้โดยไม่ต้องไปเปลี่ยนแปลงที่ตับ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ fexofenadine (Telfast), desloratadine (Aerius) และ Levocetirizine (Xyzal) ข้อดีคือลดผลข้างเคียงที่เกิดกับยารุ่นที่ 2 ได้ แต่ข้อเสียคือราคาแพงมาก

3.2.1.2 Anticholinergics ได้แก่ ยา Atropine, Scopolamine สามารถลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดระยะแรก ออกฤทธิ์ที่ศูนย์ควบคุมการอาเจียน และกดประสาท vagus ข้อเสียคือ ทำให้ลดการหดตัวของหูรูดหลอดอาหาร (Lower esophagus sphincter) จึงอาจมี

น้ำย่อยจากกระเพาะอาหารไหลกลับเข้าหลอดอาหารได้ง่าย (วรภา สุวรรณจินดา, 2536: 146)

3.2.1.3 Phenothiazines ได้แก่ ยา Chlorpromazine ออกฤทธิ์ที่ Chemoreceptor trigger zone และที่ศูนย์ควบคุมการอาเจียน ช่วยป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่มีสาเหตุจากยาในกลุ่มโอปิออยด์ได้ดี ข้อเสียคืออาจกระตุ้น extrapyramidal tract ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสั่นเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วไป (วรภา สุวรรณจินดา, 2536: 146)

3.2.1.4 Butyrophenones ได้แก่ ยา Haloperidol, Droperidol ยาจัดอยู่ในกลุ่มที่มีฤทธิ์ anticholinergic จึงสามารถกด Chemoreceptor trigger zone ได้ ยาใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงน้อย เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติรุนแรง คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ (QT-prolongation) หัวใจหยุดเต้น (fatal cardiac arrest) (วรภา สุวรรณจินดา, 2536: 146; Kreis, 2006)

3.2.1.5 Dopamine antagonists ได้แก่ ยา Metoclopramide (plasil) ยาออกฤทธิ์ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยกดที่ Chemoreceptor trigger zone โดยตรงและมีฤทธิ์กดระบบประสาทกลางน้อยมาก แต่มีผู้พบว่าเมื่อให้ยาชนิดทางหลอดเลือดดำ ยาจะมีฤทธิ์กดระบบไหลเวียนมากจึงมีการระงับการผลิต (วรภา สุวรรณจินดา, 2536: 146; Kreis, 2006)

3.2.1.6 5-HT₃ Antagonists ได้แก่ ยา Ondansetron, Ganisetron, Ramosetron ยาออกฤทธิ์ยับยั้งอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยปิดกั้นตัวรับที่ vagal afferent ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการปวดศีรษะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ หรือเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ (Kreis, 2006)

3.2.2 วิธีการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดโดยการไม่ใช้ยา (Non pharmacological intervention) มีหลายวิธี ดังนี้

3.2.2.1 การจัดการเกี่ยวกับอาหาร การจัดการเกี่ยวกับอาหารด้วยวิธีดั้งเดิม ได้แก่ การงดอาหารและน้ำทางปาก และเมื่อเริ่มมีเสียงลำไส้เคลื่อนไหว จึงเริ่มรับประทานอาหารเหลว และปรับเปลี่ยนเป็นอาหารที่แข็งขึ้นตามลำดับ แต่มีผู้ทำการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัดระหว่างผู้ที่ใช้วิธีการจัดการด้วยวิธีดั้งเดิมกับการเริ่มรับประทานอาหารเหลวในวันที่ 1 หลังการผ่าตัด (Pearl และคณะ, 1998; Jolley, 2002; Garrett และคณะ, 2003; Gundzik, 2008) อาหารประเภทอื่นที่ช่วยลดอาการได้แก่ อาหารรสจืด เช่น ขนมปังกรอบหรือแครกเกอร์ และเครื่องดื่มประเภทคาร์บอนเนต เช่น น้ำซิง

3.2.2.2 การให้สารน้ำก่อนวันผ่าตัด (Preoperative fluid bolus) พบว่าการให้สารน้ำก่อนวันผ่าตัดในปริมาณที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยป้องกันการขาดสารน้ำก่อนผ่าตัดซึ่ง

เป็นสาเหตุของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด ทั้งนี้ Lambert และคณะ (2009) ได้ทำการวิจัยแบบทดลองในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 46 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน กลุ่มทดลองได้รับสารน้ำ 1,000 มิลลิลิตร ก่อนผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับสารน้ำตามปกติจากวิสัญญี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) ทั้งนี้กลไกของการลดอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการให้สารน้ำก่อนผ่าตัดยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด เนื่องจากก่อนหน้านี้มีความเชื่อว่าเป็นผลจากการลดลงของความดันโลหิต แต่ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมมาก

3.2.2.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีผลต่อผู้ป่วยที่มีความกลัว ความวิตกกังวลสูง ดังนั้นพยาบาลควรให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนกลวิธีการจัดการกับอาการ และควรให้ความรู้เกี่ยวกับผลของการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อน ผลของยาป้องกันอาเจียน และผลข้างเคียงจากการใช้ยา (Jolley, 2001)

3.2.2.4 การให้ออกซิเจน การศึกษาของ Grief และคณะ (1999) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจน 80% ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด มีอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัดลดลงมากกว่าผู้ที่ได้รับออกซิเจน 30% จากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 17 แต่จากการศึกษาแบบเมต้าของ Orhan-Sungur และคณะ (2008) พบว่าการให้ออกซิเจนไม่ได้ช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในทุกการผ่าตัด

3.2.2.5 การบำบัดแบบผสมผสาน มีประวัติการใช้การบำบัดแบบผสมผสานในหลายวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น ทั้งนี้มีการบำบัดแบบผสมผสานหลายอย่างที่มีการนำมาใช้บำบัดการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและอาการทางคลินิกอื่นโดยยอมรับกันแพร่หลายว่าใช้ได้ผลดีในการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดและจากยาเคมีบำบัด โดยเป็นที่นิยมมากขึ้นสำหรับผู้ที่มีปัญหาวิสัญญีและสุขภาพที่ไม่ยุ่งยาก เช่น สุคนธ์บำบัด หรือการใช้สมุนไพร (Chiravalle และ McCaffrey, 2005)

มีการศึกษาอย่างกว้างขวางในการใช้การบำบัดแบบผสมผสานในการป้องกันและลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยพบว่าการกระตุ้นที่ตำแหน่งจุด P6 ด้วยการกดจุดด้วยนิ้วมือ การฝังเข็ม หรือการใช้สายรัดข้อมือที่จุด P6 นั้นเป็นวิธีที่ได้ผลดีวิธีหนึ่ง (ผกามาศ บุญญาภิสมภาร, 2548; รัตติยา ศรีอินทร์, 2549; ปิยะพร ไพโรสนธิ์, 2551; Ming และคณะ, 2002; Schultz และคณะ,

2003; Golembiewski และ O'Brien, 2002; Chen และคณะ, 2005; Arnberger และคณะ 2007) นอกจากนี้ยังมีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อนที่มีมือ (ภัททิยา ชัยนาคิน, 2549) การกดจุดแบบเกาหลี (Korean hand acupressure) ที่ตำแหน่ง K-K9 (Boehler, Mitters- chiffthaler และ Schlager, 2002) การใช้พลาสติกพริกปิดที่จุดฝังเข็มแบบเกาหลีที่ตำแหน่ง K-D2 (Kim และคณะ 2002) การใช้สุวคนธบำบัดด้วยกลิ่นเปปเปอร์มินต์ หรือไฮโปริปิลแอลกอฮอล์ (Anderson และ Gross, 2004) การใช้ดนตรีบำบัด ซึ่งมักจะใช้เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ลดความเครียดและความวิตกกังวล (อาริยา สอนบุญ, 2543; รักชนก ภัคดีโพธิ์, 2550; Garrett และคณะ, 2003) การผ่อนคลายและจินตภาพบำบัด (ใจรัตน์ ศุภสกุล, 2530; ดวงกมล แสงสุโพธิ์, 2542; บุชบา สมใจวงษ์, 2544; Laurion และ Fetzer, 2003) และมีการศึกษาพบว่าในประเทศจีนมีการใช้ขิงในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาตั้งแต่สมัยโบราณในหลายรูปแบบ เช่น ในรูปแบบของชา หรือเป็นผงบรรจุเป็นเม็ด ครีม หรือการดองเพื่อตั้งตัวยาภายใน ดังนั้นจึงมีการนำรากของต้นขิง ผงขิง ลูกอมขิง และหมากฝรั่งขิงมาใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้ และมีการผลิตน้ำมันขิงมาใช้ในรูปแบบของสุวคนธบำบัด (Mamaril, Windle และ Burkard, 2006)

3.3 ผลลัพธ์ของอาการ เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการอาการ เพื่อประเมินว่ากลวิธีในการจัดการอาการได้ผลหรือไม่ โดยผลลัพธ์จะประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้ 1) ภาวะการทำหน้าที่ 2) ภาวะทางอารมณ์ 3) ความรุนแรงของอาการ 4) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม 5) อัตราการตาย 6) คุณภาพชีวิต 7) ค่าใช้จ่าย รวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจและระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน รายได้ที่ลดลงจากค่ารักษาพยาบาลทำให้เสียโอกาสการทำงาน 8) การดูแลตนเอง โดยลักษณะของอาการเป็นศูนย์กลางในการส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่น ๆ และผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นจะถูกระทบเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีอาการนั้นเป็นเวลานาน

เมื่อใดก็ตามที่กลวิธีในการจัดการอาการไม่เกิดประสิทธิภาพ จะต้องมีการทบทวนและประเมินประสิทธิภาพการเกิดอาการและกลวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการใหม่ เนื่องจากอาการมีการเกิดแบบพลวัต (Dynamic) วิธีการในการจัดการอาการแบบเดิมอาจไม่มีความเหมาะสมกับอาการแสดงที่เกิดขึ้นในขณะนั้น การทบทวนการประเมินใหม่เป็นการกระตุ้นให้บุคคลคิดค้นหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการอาการต่อไป

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

4.1 ความหมายของการให้ข้อมูล

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริงหรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, ศูนย์สารสนเทศ, 2542: ออนไลน์)

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือของบุคคลที่พบได้บ่อยที่สุดเพื่อให้รับรู้ในสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า ช่วยเพิ่มความรู้สึกต่อความสามารถควบคุมตนเองและช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้น เป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้

Close (1988) กล่าวว่า การให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ดังนั้นสรุปได้ว่า การให้ข้อมูลทางการแพทย์ หมายถึง การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดสภาพที่ผู้ป่วยต้องประสบ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยความรู้จะเกิดประโยชน์สูงสุดเมื่อมีการวางแผนการสอน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สอนสามารถให้ข้อมูลเป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ และข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อเมื่อผู้รับนำเอาข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจและวางแผนจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้

4.2 ความสำคัญของการให้ข้อมูล

ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้ง การศึกษาของซัททวาร์ธ นันทขว้าง (2547) ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอล ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างสตรีจำนวน 21 คนที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอล ผลจากการศึกษาพบว่า ความต้องการได้รับข้อมูล เป็นหนึ่งในความต้องการด้านสุขภาพของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคอลในระยะเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของงามพิศ ธนไพศาล และคณะ (2551) ศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 80 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดทั้งหมดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมาก 3 อันดับแรกคือ 1) ข้อมูลก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับโรคและการวินิจฉัยโรค 2) ข้อมูลก่อนผ่าตัด

เกี่ยวกับการรักษาผ่าตัด 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และจากการที่การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพเป็นบทบาทที่มีความสำคัญบทบาทหนึ่งของวิชาชีพการพยาบาล การให้ข้อมูลผู้ป่วยจึงเป็นหนึ่งในมาตรฐานทางการพยาบาลที่สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาขึ้นและกำหนดไว้เป็นมาตรฐานหนึ่งในการบริการพยาบาลของทุกหน่วยในโรงพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานพยาบาล, 2551)

ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพตามความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ การให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด สภาพที่ผู้ป่วยจะต้องประสบ และวิธีปฏิบัติตัวในระยะก่อนและหลังผ่าตัด พยาบาลจะต้องให้ความกระจ่างและอธิบายเพิ่มเติม แม้ว่าแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด เหตุผล และผลของการผ่าตัดไปแล้วก็ตาม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้นหรือช่วยแก้ไขความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยอาจทราบมาจากญาติ เพื่อน หรือทางสื่อต่างๆ (กันยา ออประเสริฐ, 2545: 31)

4.3 ขั้นตอนการให้ข้อมูล มีดังนี้

4.3.1 ประเมินความต้องการ ความพร้อมและระดับการเรียนรู้ของผู้ป่วย พื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประสบการณ์ในการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก ความเชื่อ เจตคติต่อการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนจีน การบำบัดทางเลือกและแบบผสมผสาน ตลอดจนข้อมูลต่างๆที่ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด การดูแลตนเองในการฟื้นฟูร่างกาย การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

4.3.2 การวางแผนในการให้ข้อมูล การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพดีควรมีการวางแผนไว้ก่อน ประกอบด้วย การกำหนดจุดประสงค์ การเลือกเนื้อหา เลือกวิธีการที่เหมาะสมในการให้ข้อมูล และวางแผนการประเมินผลหลังการให้ข้อมูล

4.3.3 การเตรียมผู้ป่วยและสถานที่ เวลาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูล ควรให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด 1 วัน (กันยา ออประเสริฐ, 2545: 48) สภาพผู้ป่วยต้องอยู่ในท่าที่สบายและผ่อนคลายมากที่สุด สถานที่ควรเป็นสัดส่วน ไม่มีเสียงรบกวนหรือเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย

4.3.4 การดำเนินการให้ข้อมูล คือการนำแผนการให้ข้อมูลที่วางไว้มาแนะนำผู้ป่วย ทั้งนี้เนื้อหาและวิธีการให้ข้อมูลจะต้องปรับให้เข้ากับการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน สิ่งสำคัญคือการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับตามคำแนะนำต่างๆ วิธีการให้ข้อมูลอาจจะเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม ซึ่งไม่ว่าจะเป็นวิธีการใด ขณะให้ข้อมูลผู้ป่วย พยาบาลต้องสังเกตสีหน้า ท่าทาง ความสนใจ ความเข้าใจของผู้ป่วยในสิ่งที่พยาบาลกำลังให้ข้อมูล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามก่อนเริ่มการให้ข้อมูลหัวข้ออื่น ทั้งนี้การจัดกิจกรรมในการให้ข้อมูลสามารถใช้เทคนิคได้หลากหลาย เช่น การสนทนา ถาม-ตอบ การสาธิต การให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม และควรใช้สื่อประกอบการให้ข้อมูล ซึ่งที่นิยมใช้ เช่น ภาพพลิก แผ่นพับ เทปเสียง วิดิทัศน์

4.3.5 สรุปผลการให้ข้อมูล เมื่อเสร็จสิ้นการให้ข้อมูล ต้องมีการสรุปว่าผู้ป่วยสามารถเรียนรู้จากข้อมูลที่ให้มาอย่างน้อยเพียงใด มีปัญหาอะไรบ้างที่ทำให้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งบันทึกไว้ในแผนบันทึกการพยาบาล

ในการศึกษาี้ ผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลด้วยสื่อประเภท ภาพพลิก แผ่นพับ และจัดกิจกรรมในการให้ข้อมูลด้วยการสนทนา ถาม-ตอบ ส่วนการกวดจุดซึ่งเป็นการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสานเป็นการกระทำโดยผู้วิจัย

5. การบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสาน

การบำบัดแบบผสมผสาน (complementary therapy) ตามการนิยามของ National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) หมายถึง การผสมผสานวิธีการบำบัดที่ไม่ใช่วิธีการทางแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการบำบัดด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน จัดอยู่ในกลุ่มการปรับโครงสร้างร่างกายด้วยการนวด ฤ หรือ การกด ด้วยการใช้มือหรือนิ้ว (NCCAM, 2008: ออนไลน์) การใช้วิธีการบำบัดด้วยการกวดจุดร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันจึงจัดเป็นการบำบัดแบบผสมผสานวิธีหนึ่ง

ปัจจุบันนี้การพัฒนาการดูแลสุขภาพได้ก้าวหน้าไปมาก มีการศึกษาพบว่าบุคลากรด้านแพทย์และพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนมีการนำการบำบัดแบบผสมผสานมาใช้มากขึ้น จากการเข้าใจในกลไกของการบำบัดแบบผสมผสาน ร่วมกับการมีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพของการบำบัด ในด้านวิธีการบำบัดผสมผสานทางการพยาบาลที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในการให้การดูแลแบบองค์รวม เช่น สัมผัสบำบัด (therapeutic touch) การกำหนดลมหายใจ (guided breathing) การนวด (massage) และการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation) (O'Regan, Wills และ O'Leary, 2010)

การปฏิบัติการพยาบาลนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวมมายาวนาน มีการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบผสมผสานในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ และจากการที่การบำบัดผสมผสานเป็นที่นิยมแพร่หลาย พยาบาลจึงควรมีความรู้ที่กว้างขวางเกี่ยวกับการบำบัดผสมผสาน และจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาความรู้ให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีและมีความปลอดภัย (Koithan, 2009; O'Regan และคณะ, 2010)

5.1 การบำบัดผสมผสานด้วยการกวดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน

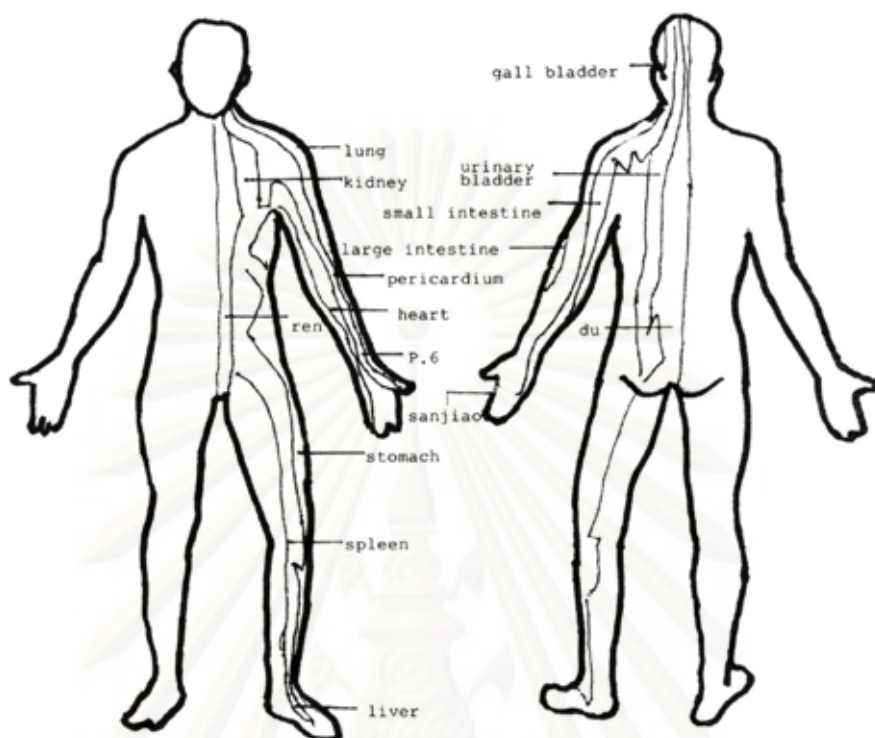
แนวคิดการแพทย์แผนจีน

แนวคิดการแพทย์แผนจีน เป็นการดูแลแบบองค์รวมและให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคเป็นอันดับแรก โดยทุกระบบของร่างกายทำงานอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงกัน ไม่สามารถแยกออกเป็นส่วนๆอย่างแยกเทศโดยเด็ดขาด ดังที่ วิจิต วิณนาวิบูล และ ภาสกิจ วิณนาวิบูล (2548) กล่าวไว้เกี่ยวกับหลักทั่วไปของการแพทย์แผนจีนหลักหนึ่งว่า “หลักทั่วไปของการแพทย์แผนจีน คือการป้องกันโรคและการป้องกันไม่ให้โรครุนแรงขึ้น การแพทย์จีนได้พูดไว้อย่างชัดเจนว่า หมอที่เก่งรักษาเมื่อยังไม่เกิดโรค หมอเก่งรองลงมารู้ว่าเมื่อเป็นโรคแล้วโรคจะพัฒนาไปอย่างไร ทำอย่างไรจึงจะสกัดโรคที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ หมอที่เก่งรองลงมาเป็นอันดับสาม คือรักษาเมื่อเป็นโรค หมอที่ไม่เก่งเมื่อเป็นโรคแล้วรักษาไม่หายและไม่รู้ว่ามันจะพัฒนาต่อไปอย่างไร”

การแพทย์แผนจีนมีความแตกต่างจากการแพทย์แผนตะวันตก แต่สามารถนำมาใช้ร่วมกันได้ ทั้งนี้การแพทย์แผนตะวันตกเป็นการแก้ปัญหาเป็นส่วนๆหรือจุดๆ และศึกษาโรคโดยแยกแยะคุณสมบัติ ส่วนประกอบหรือปัจจัยต่างๆออกจากกัน การดูแลผู้ป่วยจึงออกมาในรูปแบบของการใช้ยาหรือสารเดี่ยวๆ ซึ่งสามารถช่วยแก้ปัญหาได้เพียงบางส่วนและเหมาะกับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ แต่เนื่องจากร่างกายมนุษย์เป็นระบบที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายส่วนหนึ่งจึงเชื่อมโยงไปสู่ร่างกายทุกส่วน จึงต้องใช้หลักในการดูแลแบบองค์รวม ดังนั้นเมื่อมีอาการใดอาการหนึ่งจึงไม่ใช่เพียงการมุ่งค้นหาเพียงสาเหตุแต่จะต้องมองถึงส่วนประกอบทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยในอนาคตจึงควรใช้ประโยชน์ในส่วนที่ดีของการแพทย์ทั้งทางตะวันออก (แผนจีน) และตะวันตกเข้าด้วยกัน คือใช้แนวคิดแบบองค์รวมของการแพทย์แผนจีนเป็นหลัก แล้วนำการศึกษาที่ลงลึกในรายละเอียดของการแพทย์ตะวันตกมาเสริม จะทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น (อภิชัย ชัยดรุณ, 2543; วิจิต วิณนาวิบูล และภาสกิจ วิณนาวิบูล ,2548)

ตามหลักการการดูแลแบบองค์รวม เมื่อบุคคลแสดงอาการของการเจ็บป่วย การแพทย์แผนจีนต้องการทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับร่างกายทั้งหมดอย่างไร ทั้งนี้ผู้มีสุขภาพดีจะไม่มีอาการที่ทำให้เกิดทุกข์และมีความสมดุลทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ (Kaptchuk, 1983 อ้างถึงใน Woods, 1999) แนวคิดนี้ไม่ได้แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ซึ่งไม่ใช่มุ่งเพียงการรักษาอาการแต่เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม นอกจากนี้การแพทย์แผนจีนมีแนวคิดเกี่ยวกับระบบเครือข่ายของร่างกาย (bodily network) โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่า การไม่สมดุลของพลังชีวิตภายในและภายนอกร่างกายทำให้เกิดความเจ็บป่วย(Charman, 2002) และมีแนวคิดว่าการเชื่อมโยงถึงกันทุกส่วนด้วยเส้นพลังงาน(energy) หรือพลังชีวิต (life force) เรียกว่าชี แนวคิดนี้มีการจัดหมวดหมู่ของชีของร่างกายมนุษย์ในการทำหน้าที่และการเคลื่อนไหวแตกต่างกันออกไป พื้นฐานของชีคือการตรงกันข้ามกันระหว่างหยินและหยาง หยินเป็นสัญลักษณ์ของความเย็น เชื่องช้า โครงสร้างของบุคคล เป็นการแสดงถึงมุมด้านการรับของชี ส่วนหยางเป็นสัญลักษณ์ของความร้อน ความตื่นตัว การทำหน้าที่ของบุคคลและลักษณะอื่นที่แสดงถึงความคล่องแคล่วของชี ทั้งนี้การสมดุลของหยินและหยางเป็นหัวใจของการทำความเข้าใจแพทย์แผนจีนที่จะวิ่งทั่วร่างกายแต่สามารถประเมินได้ผ่านทางระบบเครือข่ายของร่างกายเรียกว่า เส้นลมปราณ ซึ่งมีทั้งหมด 14 เส้น เชื่อมโยงกับอวัยวะของร่างกาย 12 ระบบ ได้แก่ ปอด ลำไส้ใหญ่ กระเพาะปัสสาวะ หัวใจ ลำไส้เล็ก กระเพาะปัสสาวะ ไต เยื่อหุ้มหัวใจ กะบังลม (triple energizer) ฤกษ์น้ำดีและตับ โดยชีจะเข้าไปควบคุมผ่านทางจุดบนเส้นลมปราณ 365 จุดที่กระจายอยู่ทั่วร่างกาย แต่ละจุดมีหน้าที่แตกต่างกัน และมีการไหลเวียนหล่อเลี้ยงร่างกายอยู่ตลอดเวลา การไหลของชีที่ราบรื่นบนเส้นลมปราณมีความจำเป็นในการทำให้ร่างกายทำงานประสานกัน ตรวจจับที่เลือดและปราณยังคงไหลเวียนได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ติดขัด ร่างกายก็ยังคงเป็นปกติ แต่ถ้าการไหลเวียนเกิดติดขัดก็จะทำให้อวัยวะต่างๆทำงานผิดปกติและเกิดการเจ็บป่วย เมื่อมีการกระตุ้นให้ลมปราณไหลเวียนไม่ติดขัดก็จะสามารถช่วยให้หายป่วยได้ (อภิชัย ชัยดรุณ, 2543:13-14; Windle และคณะ, 2001; Povolny, 2008) ซึ่งแนวคิดของชีต่อชีวิตสามารถอธิบายให้เข้าใจและนำไปใช้ได้ด้วยทฤษฎีการกดจุด ทั้งนี้เมื่อมีการกดจุด จะเกิดการเชื่อมโยงของเส้นลมปราณกับอวัยวะของร่างกาย ดังภาพที่ 3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 3 แสดงแนวเส้นลมปราณที่มีการเชื่อมโยงกับอวัยวะของร่างกาย (Nunley และคณะ, 2008)

ทฤษฎีการกดจุด

การกดจุด เป็นคำทั่วไปที่ใช้เรียกการกระตุ้นจุดต่างๆ บนเส้นลมปราณ หมายถึงการกด อาจจะเป็นการกดด้วยมือ ปลายนิ้วมือ หรือการใช้เท้า การกดจุดสามารถกระทำได้ทั้งโดยบุคคลอื่นหรือการกดจุดด้วยตนเอง เป็นศาสตร์เกี่ยวกับการฝังเข็มแต่เป็นการใช้แรงกดแทนการใช้เข็ม มีพื้นฐานจากหลักของการปรับสมดุลและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับจักรวาล (Chernyak และ Sessler, 2005; Mamaril และคณะ, 2006; Nunley และคณะ, 2008) ทั้งนี้การฝังเข็มได้ถือกำเนิดในประเทศจีนเมื่อกว่า 2,000 ปีมาแล้ว และได้รับความนิยมแพร่หลายทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย (โกวิท คัมภีรภาพ, 2546)

จุดบนเส้นลมปราณจะอยู่บริเวณช่องเล็กๆ หรือที่รอยกดบนผิวหนัง ทราบได้โดยรู้สึกเจ็บมากกว่าตำแหน่งรอบๆ เมื่อกด ผู้กดจะรู้สึกถึงความขรุขระหรือความหนืดเมื่อใช้นิ้วมือถูเบาๆ ที่ผิวหนัง ผู้ป่วยจะรู้สึกหน่วงหรือชาจากจุดที่กดไปยังตำแหน่งที่ไกลออกไป โดยมีข้อห้ามในการกดจุด ได้แก่ การมีแผลฟกช้ำ บวม มีเส้นเลือดโป่งพองหรือกระดูกหัก มีไข้สูงมากกว่า 37.8 องศาเซลเซียส มีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวานห้ามกดจุดรุนแรงเพราะจะทำให้เกิดบาดแผลซึ่งหายยากได้ เนื่องจากมักมีการไหลเวียนเลือดไม่ดี โรคหัวใจที่มีเครื่องกระตุ้นการเต้นหัวใจเพราะทำให้หัวใจเต้นผิดปกติจึงหวั่นไหวได้ โรคมะเร็งทรวงอกและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเพราะจะทำให้

มีการไหลเวียนพลังงานภายในร่างกาย ทำให้มีโอกาสที่จะไปกระตุ้นให้มีการขยายตัวของมะเร็งมากขึ้น (อภิรัชย์ ชัยดรุณ, 2543; อากาศกร สกุลนรเศรษฐ์, 2553)

การศึกษาเกี่ยวกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดนั้นจุดบนเส้นลมปราณที่มีผู้ศึกษาว่าได้ผลดีต่อการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดและไม่เกิดอันตรายคือจุด P6 (หรือ PC6) เป็นค่าย่อของ Pericardium 6 หมายถึงจุดที่ 6 ของเส้นลมปราณ Pericardium ซึ่งต้นฉบับภาษาจีนเรียกว่า Neiguan หมายถึง ทางผ่านหรือประตู โดยตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน จุด P6 เป็นจุดที่ทำให้เกิดความสมดุลของพลังชีวิตหรือชีตต่อเส้นเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้จิตใจสงบ กระเพาะอาหารทำงานเป็นปกติ และช่วยควบคุมอวัยวะภายใน ทั้งนี้จุด P6 เป็นจุดสำคัญที่สุดสำหรับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตำแหน่งเหนือรอยพับด้านบนของฝ่ามือ 2 ชู่น อยู่ประมาณ 5 ซม. เหนือข้อมือระหว่างเอ็นเหนือข้อมือ คือ tendons of flexor carpi radialis และ palmaris longus (Streitberger และคณะ, 2006) เมื่อกดจุดที่ตำแหน่ง P6 ผู้ป่วยจะรู้สึกชาจากจุดที่กดไปยังตำแหน่งที่ไกลออกไป โดยรู้สึกชาที่ตำแหน่งนิ้วกลางข้างที่มีการกดจุด โดยจุด P6 ข้อมือขวาเป็นจุดที่พลังงานลบจากหัวใจวิ่งออกนอกร่างกาย ส่วนจุด P6 ที่ข้อมือซ้ายเป็นจุดที่พลังงานบวกจากภายนอกวิ่งเข้าในร่างกายเนื่องจากอยู่ใกล้หัวใจมากกว่า ดังนั้นเมื่อเกิดความสมดุลระหว่างพลังงานบวกและลบ (หยินและหยาง) อาการคลื่นไส้จึงถูกควบคุม (โกวิท คัมภีร์ภาพ, 2546; Windle และคณะ, 2001; Chernyak และ Sessler, 2005; Nunley และคณะ, 2008)

ทั้งนี้ตามการแพทย์แผนจีนมีจุดฝังเข็มอื่นที่ใช้ได้ผลดีต่อการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน แต่ไม่มีการศึกษาอย่างกว้างขวางเท่าจุดฝังเข็ม P6 ดังในแนวปฏิบัติทางคลินิกของ American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN) (ASPAN, 2006) เรื่องการป้องกันและ/หรือการจัดการต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด ใช้การกระตุ้นจุด P6 เป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติที่อยู่ในระดับ Class I (ไม่มีความเสี่ยงและแนะนำให้ใช้) Level A (จากผลงานการวิจัยที่มีการสุ่มตัวอย่างหรือการศึกษาเมต้าที่มีการประเมินจากการศึกษาที่มากพอ (3-5 เรื่อง) และผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือ) ตามหลักการจัดระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ของ American College of Cardiology/ American Heart Association

มีบางการศึกษาได้นำการบำบัดอื่นร่วมกับการกดจุด P6 ซึ่งพบว่าช่วยในการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้เช่นเดียวกัน เช่น Shen และคณะ (2000) ศึกษาการฝังเข็มอิเล็กทรอนิกส์ (การกระตุ้นจุดฝังเข็มด้วยไฟฟ้า) ที่จุด P6 ร่วมกับยาป้องกันการอาเจียน Somri และคณะ (2001) ศึกษาเปรียบเทียบการฝังเข็มที่จุด P6 กับยาป้องกันการอาเจียน Ming และคณะ (2002) ศึกษาเปรียบเทียบการกดจุด P6 ด้วยแรงกดจากนิ้วมือกับแถบรัดข้อมือกดจุด นอกจากนี้มีงานวิจัย 3 เรื่องจาก

สาธารณรัฐเกาหลีแสดงให้เห็นว่าการกดจุดแบบเกาหลีช่วยป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดเช่นเดียวกับการกดจุด P6 (Schlager และคณะ, 2000; Boehler และคณะ, 2002; Kim และคณะ, 2002) จุดฝังเข็มของเกาหลีที่มีการศึกษาได้แก่จุด K-K9 เป็นจุดด้านข้างนิ้วนาง (Schlager และคณะ, 2000; Boehler และคณะ, 2002) ส่วนจุด K-D2 เป็นจุดด้านหลังนิ้วชี้ (Kim และคณะ, 2003) และมีการศึกษาเกี่ยวกับการกดจุดที่หู ซึ่งมีเพียงเรื่องเดียวที่พบว่าป้องกันการอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ผล (Sahmeddini และ Fazalzadeh, 2008)

กลไกของการกดจุด P6 ต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน

กลไกของการกดจุด P6 ต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน เกิดจากการกดจุดจะไปกระตุ้นใยประสาทในกล้ามเนื้อให้มีการส่งกระแสประสาท type I และ type II afferent nerves จากบริเวณที่มีการกดไปยังบริเวณ periaqueductal gray area ของสมองส่วน midbrain ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการหลั่ง enkephalin และ serotonin ทำให้เกิดการหลั่งสาร serotonin และ norepinephrine ในไขสันหลัง นอกจากนี้การกดจุดจะทำให้เกิดการหลั่งสาร endorphins และ adrenocorticotrophic hormone (ACTH) จากต่อมพิทูอิทารี เข้าไปในกระแสเลือดและส่งอิทธิพลต่อ chemoreceptor trigger zone และศูนย์การอาเจียน (nausea center) ตามลำดับ กลไกที่เกิดขึ้นนี้จะเกิดขึ้นร่วมกันในการทำให้พลังงานเกิดการหมุนเวียนและช่วยควบคุมระบบทางเดินอาหารส่วนบน และส่งผลต่อการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Mamaril และคณะ, 2006)

เทคนิคในการกดจุดที่จุดฝังเข็ม

การเรียกชื่อจุด

เกี่ยวกับเรียกชื่อของจุดนั้น ปัจจุบันมีวิธีเรียกอยู่ 2 ระบบ คือ

- 1 ระบบภาษาจีน จะเรียกชื่อจุดเป็นภาษาจีนที่เรียกกันมาแต่เดิม เช่น จุดเหอถู จุดอินถาง
- 2 ระบบสากล จะเรียกชื่อจุดตามเส้นปราณหลักที่จุดนั้นสังกัดอยู่ แล้วใส่เลขอารบิกบอกลำดับของจุดที่สังกัดเส้นนั้น ๆ โดยนับจุดที่อยู่ต้นทางของลมปราณ เป็นลำดับที่ 1 เช่น เส้นลมปราณเยื่อหุ้มหัวใจมีจุดสังกัดรวม 9 จุด จุดที่ 6 เรียกว่า จุด Pericardium 6 ย่อเป็น P6 หรือ PC 6 ซึ่งจะตรงกับชื่อจุดในภาษาจีนว่า Neiguan เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นการเรียกตามระบบสากลโดยใช้คำย่อเป็น P6

วิธีการหาตำแหน่งจุด

มีอยู่หลายวิธี ซึ่งต้องเลือกใช้ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้เหมาะสม และสะดวกรวดเร็ว

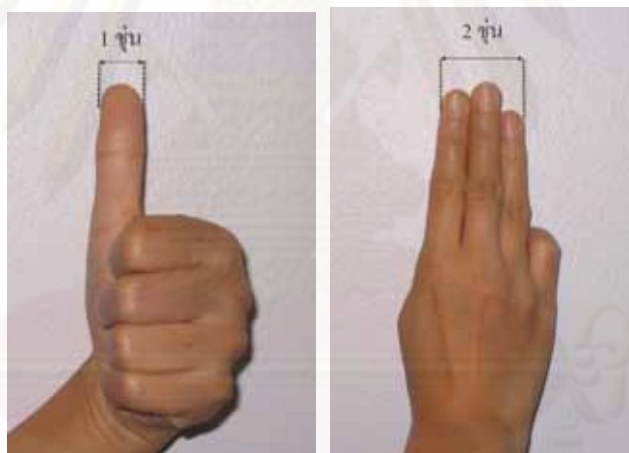
1. วิธีหาโดยการแบ่งส่วน วิธีนี้นิยมใช้กับจุดที่อยู่ตาม แขน ขา หรือลำตัว ซึ่งไม่มีจุดสังเกตทางกายวิภาคเป็นตัวช่วยบอก

2. วิธีอาศัยจุดสังเกตทางกายวิภาค (Anatomical และmarks) เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด วิธีนี้จะอาศัยจุดสังเกตต่าง ๆ ทางกายวิภาคที่เห็น คลำได้ง่ายและชัดเจนมาช่วยหาตำแหน่งจุด เช่น จุดอินถาง อยู่ตรงกลางระหว่างหัวคิ้วทั้งสองข้าง จุดขานจงอยู่กึ่งกลางระหว่างหัวนมทั้งสองข้าง เป็นต้น นอกจากนี้จุดบางจุดต้องให้ผู้ป่วยอยู่ในเฉพาะท่าบางท่าเท่านั้น จึงจะหาจุดได้ เช่น ให้ผู้ป่วยอ้าปาก จะเห็นรอยบุ๋มอยู่หน้าต่ออูหู ซึ่งเป็นจุดทิงกิง หรือให้ผู้ป่วยปล่อยแขนแนบกับลำตัว ปลายสุดของนิ้วกลางที่ทาบท้านนอกของต้นขา จะตรงกับจุดเฟิงซือพอดี้ เป็นต้น

3. วิธีวัดโดยใช้นิ้วมือของผู้ป่วย วิธีนี้ใช้กับจุดที่มีระยะห่างสั้น หรือใช้วัดประกอบกับวิธีทั้งสองข้างต้น โดยอาศัยความยาวของแต่ละส่วนของนิ้วมือของผู้ถูกกดเท่านั้น เพราะขนาดนิ้วมือแต่ละคนไม่เท่ากัน เรียกหน่วยวัดเป็นชุ่นตามแพทย์แผนจีน ดังภาพที่ 4

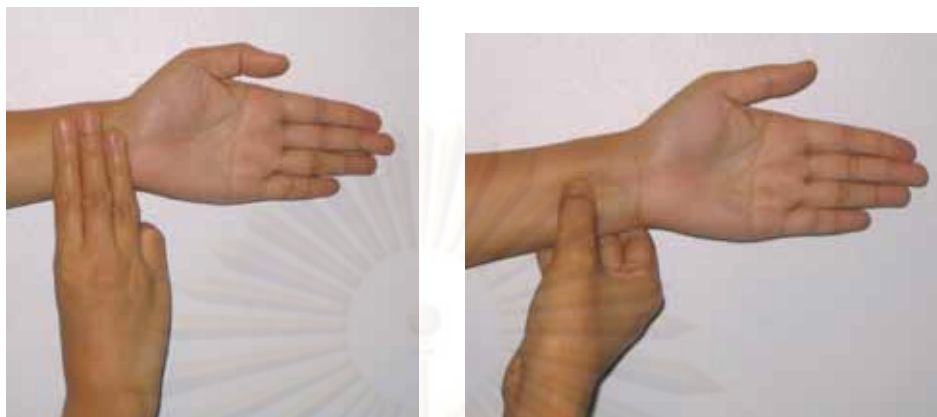
1 ชุ่น = ความกว้างข้อนิ้วหัวแม่มือ

2 ชุ่น = ความกว้างของนิ้วมือ 3 นิ้ว คือนิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางวางชิดกัน



ภาพที่ 4 แสดงการวัด หน่วยเป็นชุ่น

จุด P6 ซึ่งใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นจุดที่อยู่บนท่อนปลายแขน วัดโดยใช้นิ้วมือของผู้ป่วย การวัดตำแหน่งกำมือให้แน่น จะเห็นเส้นเอ็น 2 เส้นอย่างชัดเจนที่บริเวณข้อมือด้านหน้า คือ Palmaris longus และ Flexor carpiradialis, จุด P6 อยู่เหนือรอยพับข้อมือ 2 ชุ่น และอยู่ระหว่างเอ็น 2 เส้นนี้ (ดังภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 แสดงตำแหน่งการวัดและการกดจุด P6

เทคนิคการกดจุด

เทคนิคในการกดจุดเป็นการกระทำให้กล้ามเนื้อเกิดการตอบสนองโดยการหดตัว ได้มีการทดลองทางการแพทย์เกี่ยวกับการตอบสนองสิ่งเร้าของกล้ามเนื้อ โดยใช้เครื่องมือ (Kymograph) เป็นการทดลองด้วยการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าสู่มัดกล้ามเนื้อ ปรากฏว่ากล้ามเนื้อเกิดการตอบสนองโดยการหดตัว แล้วค่อย ๆ คลายตัว เรียกว่า การกระตุก (Twitch) แบ่งเป็น 3 จังหวะ

1. ระยะเวลาเริ่มต้น คือระยะเริ่มทำงานของกล้ามเนื้อโดยเริ่มมีแรงดึงในกล้ามเนื้อ
2. ระยะเวลาหดตัว คือระยะที่เริ่มเกิดแรงดึงในกล้ามเนื้อจนถึงระยะแรงดึงสูงสุด
3. ระยะเวลาคลายตัว คือระยะที่แรงดึงเริ่มคลายตัวลดลงจนถึงระยะปกติ

ปรากฏการณ์เช่นนี้จึงนำมาใช้ในการกดจุด โดยวิธีเพิ่มน้ำหนักและการให้จังหวะ (ซอร์มิน แอล, ผู้แปล, 2552; 21)

น้ำหนักการกดจุด ในการกดสัมผัสแต่ละครั้ง ควรใช้น้ำหนักการกดให้ตรงกับการตอบสนองของกล้ามเนื้อ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน (ดังภาพที่ 5) คือ

1. ระยะแตะถูกผิว สังเกตผิวหนังที่ถูกกดจะไม่มีเงารอบนิ้วมือ ระยะนี้ไม่ต้องออกแรงกดมาก
2. ระยะกดน้ำหนัก ให้ค่อย ๆ เพิ่มน้ำหนักการกดต่อจากระยะแรก จนถึงกดหนักที่สุด สังเกตที่ผิวจะเห็นมีรอยเงาทับ
3. ระยะปล่อย เมื่อผ่านระยะที่ 2 ก็ให้ค่อย ๆ คลายน้ำหนักจนถึงขั้นปกติ จะสังเกตเห็นผิวหนังได้ว่ามีเงาอ่อน ๆ ดังแสดงในภาพที่ 6

การที่จะระบุว่าจะต้องกดแรงขนาดไหนนั้น ไม่สามารถระบุได้ เนื่องจากร่างกายทุกคนมีกล้ามเนื้อและผิวหนังบางไม่เหมือนกัน บางคนอ้วน บางคนผอม จุดประสาทต่าง ๆ ก็จะอยู่ที่นี้ลึก

ไม่เท่ากัน เพราะมีกล้ามเนื้อและไขมันปกปิดไม่เท่ากัน (ซอร์มิน แอล, ผู้แปล, 2552; 22) การใช้
 น้ำหนักเท่าไรจึงจะเหมาะสมนั้น ประเมินจากการที่ผู้ถูกกดจะรู้สึกหน่วง หรือซาจากจุดที่เกิดไปยัง
 ตำแหน่งที่ไกลออกไปโดยรู้สึกซาที่ตำแหน่งนี้วกลงข้างที่มีการกดจุด



ภาพที่ 6 แสดงน้ำหนักในการกดจุด (ซอร์มิน แอล, ผู้แปล, 2552; 22)

ระยะเวลาในการกดจุด

ดังที่กล่าวมาแล้วว่ากล้ามเนื้อมีการตอบสนองเมื่อถูกสัมผัส ฉะนั้นการกดจุดไม่แค่เพียง
 ต้องใช้เทคนิคในการลงน้ำหนักยังต้องมีระยะเวลาในการกดด้วย แต่ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีการตกลง
 ที่แน่นอนว่าระยะเวลาในการกระตุ้นจุดฝังเข็มว่าใช้เวลานานเท่าไรจึงจะได้ผลดี (Abraham,
 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ที่กล่าวถึงระยะเวลาในการกดจุด ดังนี้

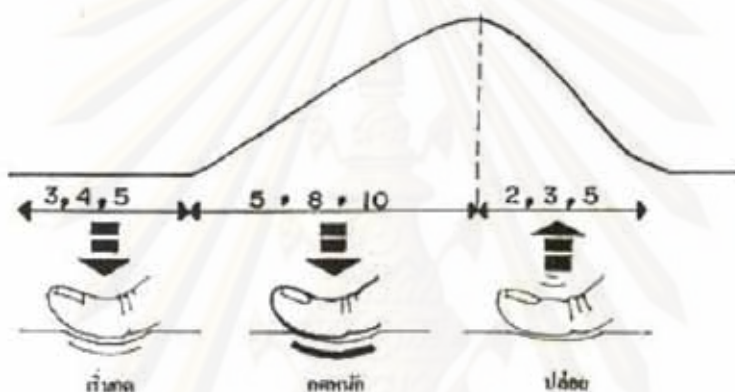
Ming และคณะ (2002) และ Chen และคณะ (2005) กดจุดด้วยนิ้วมือเป็นเวลา 6 วินาที
 ต่อครั้งการใช้แรงกดเริ่มกระทำตั้งแต่วินาทีที่ 1 และ 2 การกดต่อเนื่องไปจนกระทั่งวินาทีที่ 3 และ 4
 ผ่อนแรงกดลงในวินาทีที่ 5 และ 6 กระทำเช่นนี้เป็นวงจร ซึ่งจะซ้ำๆกันจนกระทั่งครบ 5 นาที

ซอร์มิน แอล (ผู้แปล, 2552; 23) กล่าวว่าระยะเวลาในการกดมีอยู่ 3 แบบ แต่ละแบบยัง
 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. แบบรวมกัน 10 วินาที ขั้นแรกระยะเวลาเริ่มกด ใช้เวลา 3 วินาที ขั้นสองระยะกดหนัก ใช้
 เวลา 5 วินาที ขั้นสามระยะปล่อย ใช้เวลา 2 วินาที
2. แบบรวมกัน 15 วินาที ขั้นแรกระยะเวลาเริ่มกด ใช้เวลา 4 วินาที ขั้นสองระยะกดหนัก ใช้
 เวลา 8 วินาที ขั้นสามระยะปล่อย ใช้เวลา 3 วินาที

3. แบบรวมกัน 20 วินาที ชั้นแรกระยะเวลาเริ่มกด ใช้เวลา 5 วินาที ชั้นสองระยะเวลากดหนัก ใช้เวลา 10 วินาที ชั้นสามระยะเวลาปล่อย ใช้เวลา 5 วินาที

ในการวิจัยครั้งนี้ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยกดจุดที่ตำแหน่ง P6 ที่แขนทั้ง 2 ข้าง กดแบบรวมกัน 20 วินาที แบ่งเป็น 3 ชั้นตอน ชั้นแรกระยะเวลาเริ่มกด ใช้เวลา 5 วินาที ชั้นสองระยะเวลากดหนัก ใช้เวลา 10 วินาที ชั้นสามระยะเวลาปล่อย ใช้เวลา 5 วินาที กระทำเช่นนี้เป็นวงจร ซ้ำๆกันข้างละ 5 นาที แล้วจึงสลับข้าง และทำการกดจนครบ 10 นาที ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 แสดงระยะเวลาในการกดจุด (ซอร์มิน แอล, ผู้แปล, 2552; 23)

6. การสร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด โปรแกรมนี้ได้สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด และทฤษฎีการกดจุดตามแนวความคิดการแพทย์แผนจีน มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความต้องการ ความพร้อมและระดับการเรียนรู้ของผู้ป่วย

จากแนวความคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กล่าวถึงประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลต่ออาการ การประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรงสาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต

ขั้นตอนนี้เริ่มจากการศึกษาประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรคจากบันทึกการรายงานของผู้ป่วย จากนั้นจึงเข้าพบผู้ป่วยและสร้างสัมพันธภาพด้วยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูล พร้อมทั้งประเมินความต้องการ ความพร้อมและระดับการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจว่าจะได้รับข้อมูลเรื่องใดบ้างเพื่อเสริมข้อมูลเดิมของผู้ป่วย โดยให้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การผ่าตัดและอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด ความเชื่อ เจตคติต่อการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนจีน การบำบัดแบบผสมผสาน

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูล เป็นขั้นตอนของกลวิธีในการจัดการกับอาการตามแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) เป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการให้กลวิธี การดูแลตนเอง และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลจากผู้วิจัยด้วยสื่อประเภท คู่มือ ภาพพลิก และจัดกิจกรรมในการให้ข้อมูลด้วยการสนทนา ถาม-ตอบ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด กลไกการเกิดอาการ ผลของอาการ การป้องกันและการจัดการกับอาการด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมถึงการแจ้งให้พยาบาลทราบเมื่อมีเริ่มมีอาการคลื่นไส้

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดแบบผสมผสานด้วยการกดจุด เป็นขั้นตอนของกลวิธีในการจัดการกับอาการโดยการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ เป้าหมายเพื่อป้องกันผลลัพธ์ด้านลบ หรือชะลอผลลัพธ์ด้านลบให้ช้าที่สุด ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้การกดจุดจากผู้วิจัย เริ่มจากการประเมินตำแหน่งบริเวณที่จะกดจุด จากนั้นผู้วิจัยกดจุดที่ตำแหน่ง P6 เป็นระยะ 2 ชั่ว เหนือรอยพับด้านบนของฝ่ามือ วัดโดยใช้ด้านกว้างของนิ้วมือ 3 นิ้วคือนิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางของผู้ป่วย หรือประมาณ 5 ซม. ระหว่างเอ็นเหนือข้อมือ คือ tendons of flexor carpi radialis และ palmaris longus โดยกดด้วยนิ้วหัวแม่มือขวาที่แขนทั้ง 2 ข้าง กดครั้งที่ 1 ในคืนก่อนวันผ่าตัด กดเป็นเวลา 20 วินาทีต่อครั้ง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นแรกระยะเริ่มกดใช้เวลา 5 วินาที ขั้นสองระยะกดหนักใช้เวลา 10 วินาที ขั้นสามระยะปล่อยใช้เวลา 5 วินาที กระทำเป็นวงจรซ้ำๆกันข้างละ 5 นาที จนครบ 10 นาที การกดจุดที่ได้ผลผู้ป่วยจะรู้สึกหน่วง ชา หรือรู้สึกซ่าตรงจุดที่กดหรือวิ่งตามเส้นโคจรของเส้นพลังงานไปที่ปลายนิ้วกลาง ครั้งที่ 2 กดจุดหลังการผ่าตัด 4 ชั่วโมง และครั้งสุดท้ายเป็นการกดจุดหลังจากการผ่าตัด 8 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dodd และคณะ, 2001) ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ ก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป และสำหรับในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจาก

การนำความรู้เกี่ยวกับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดว่าได้ผลเป็นอย่างไร โดยประเมินผลที่เกิดจากการกวดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังผ่าตัดตามช่วงเวลาของการกวดจุดในชั่วโมงที่ 4, 8 และประเมินเมื่อครบ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดและมีการประเมินความคิดเห็นต่อการกวดจุดด้วยแบบสอบถาม

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการและการจัดการต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วย หลังการผ่าตัด

สุวิมล ศุภวงศ์วรรณะ (2546) ศึกษาอาการและความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด พบว่าเกิดอาการที่ หอบผู้ป่วยมากที่สุดร้อยละ 20 โดยพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับเพศ (เพศหญิงมีอาการมากกว่าเพศชาย) ดัชนีมวลกาย สภาพร่างกายก่อนผ่าตัด ประวัติการเมาเรือหรือเวียนศีรษะ และอาการ ท้องอืดหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ส่วนอายุ ส่วนความดันโลหิตก่อนการระงับความรู้สึก ยาก่อนการระงับความรู้สึก ขนาด ของยาระงับความรู้สึก และระยะเวลาที่ได้รับการระงับความรู้สึก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด อาการคลื่นไส้ อาเจียน

ผกา มาศ บุญญาภิสมภาร (2548) ศึกษาผลของการกวดจุดต่ออาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดหัวใจ โดยทำการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการกวด จุดต่ออาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดสองกลุ่ม แบบ time series design กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในระยะ 72 ชั่วโมงแรก เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับการกวดจุด P6 หลังผ่าตัดเมื่อเริ่มมีอาการคลื่นไส้ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า การกวดจุดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถลดระยะเวลาและความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจได้แตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ

รัตติยา ศรีอินทร์ (2549) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวด จุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยทำการวิจัย กึ่งทดลอง แบ่งการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่ม ทดลองได้รับการกวดจุด P6 1 ครั้งหลังการผ่าตัดช่องท้อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล ตามปกติ เมื่อประเมินหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมงพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อครบ 24 ชั่วโมง

พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน

Fan และคณะ (1997) ศึกษาการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดด้วยการใช้แถบรัดข้อมือกดจุด โดยทำการวิจัยแบบทดลอง (randomized double-blind study) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน สุ่มจากผู้ที่ใช้รับการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงต่อการมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้สูง ได้แก่ การผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรม ผ่าตัดทอลซิล และผ่าตัดเปิดหน้าท้องตัดถุงน้ำดี เป็นกลุ่มทดลอง 108 คน กลุ่มควบคุม 92 คน กลุ่มทดลองใช้แถบรัดข้อมือกดจุดให้ถูกปิดกดลงบนตำแหน่ง P6 ที่มีมือทั้ง 2 ซ้างก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการระงับความรู้สึก จนกระทั่งถึง 6 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดและมีการกระตุ้นบริเวณลูกบิดของแถบรัดข้อมือเป็นระยะ ส่วนกลุ่มควบคุมใช้แถบรัดข้อมือกดจุดในตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งกดจุด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.0058$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการกดจุดที่ตำแหน่ง P6 เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด

Alkaiissi และคณะ (2002) ศึกษาผลจากการกระตุ้นจุด P6 ต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ใช้รับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม โดยทำการวิจัยแบบทดลอง สุ่มกลุ่มตัวอย่าง 410 คนที่แพทย์นัดผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเข้ากลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ 1 ใช้แถบรัดข้อมือกดจุด กดที่ตำแหน่ง P6 ที่มีมือทั้ง 2 ซ้าง ($n=135$) กลุ่มทดลองที่ 2 ใช้แถบรัดข้อมือกดจุด กดตำแหน่งที่เป็นจุดหลอก ($n=139$) กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ($n=136$) กลุ่มทดลองได้รับการกดจุดด้วยแถบรัดข้อมือกดจุดก่อนเริ่มการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับการกดจุด P6 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่ผ่าตัดช่องคลอด พบว่าอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 36 เป็นร้อยละ 20 ($p<.05$) การเกิดอาการลดลงในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องเช่นเดียวกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Ming และคณะ (2002) ศึกษาผลของการกดจุดต่อการป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด พบว่าการกดจุดด้วยนิ้วมือเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด โดยทำการศึกษาแบบทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการผ่าตัดไชนีสผ่านกล้องโดยวิธีมยาสลบจำนวน 150 คน สุ่มเข้ากลุ่ม 3 กลุ่ม ๆ ละ 50 คน ได้แก่ กลุ่มที่ใช้นิ้วกดจุด กลุ่มที่ใช้แถบรัดข้อมือกดจุด หรือ กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ได้รับการกดจุดด้วยนิ้วมือจะได้รับการกดจุดครั้งแรกก่อนการผ่าตัด 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 กดจุดทันทีเมื่อผู้ป่วยกลับมาที่ตึกพักผู้ป่วย และครั้งสุดท้ายเป็นการกดจุดหลังผ่าตัด 10 ชั่วโมง กลุ่มทดลองที่ใช้แถบรัดข้อมือกดจุด

จะได้รับการพันแถบรัดข้อมือกดจุดที่ข้อมือให้ปุ่มบนแถบรัดกดจุดแทนนิ้วมือก่อนการผ่าตัด และ ถอดออกหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำตีผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีอาการคลื่นไส้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=9.06$, $p<0.001$) โดยกลุ่มที่ได้รับการกดจุดด้วยนิ้วมือมีอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ต่ำที่สุด ส่วนอาการ อาเจียนพบว่าทั้ง 3 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=8.82$, $p< 0.001$)

Schultz และคณะ (2003) ศึกษาเปรียบเทียบผลของแถบรัดข้อมือกดจุด ยาป้องกันอาเจียน ชนิด droperidol และการใช้แถบรัดข้อมือกดจุดร่วมกับยา droperidol เมื่อใช้ก่อนการผ่าตัดเพื่อ ป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีกรรม โดยมี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 46 คน สุ่มเข้ากลุ่ม 1 ใน 4 กลุ่ม คือ กลุ่มยาจริงและกลุ่มแถบรัดข้อมือกดจุดจริง กลุ่มยาจริงและกลุ่มแถบรัดข้อมือกดจุดหลอก กลุ่มยาหลอกและกลุ่มแถบรัดข้อมือกดจุดจริง หรือ กลุ่มยาหลอกและกลุ่มแถบรัดข้อมือกดจุดหลอก ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพของยาป้องกัน อาเจียน ไม่ต่างจากการกดจุดในการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด

Chernyak และ Sessler (2005) ได้ทำการศึกษาแบบเมตาเกี่ยวกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคการฝังเข็มและการกดจุด ต่อการบำบัดและการป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดทั้งที่เป็นการศึกษา ร่วมกับการบำบัดผสมผสานอื่นหรือการได้รับยาต้านการ อาเจียน ผลจากการศึกษาพบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่า การฝังเข็มและการกดจุดสามารถ ลดการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดได้

Chen และคณะ (2005) ศึกษาผลของการกดจุดต่ออาการที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดคลอด ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน วิดกกังวล และการรับรู้อาการปวด โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 104 คน อายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ เลือกกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวกจากตารางการผ่าตัดของโรงพยาบาล แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 52 คน กลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะ คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดจากพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับการกดจุดด้วยนิ้วมือที่จุด P6 รวมทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 กดจุดในคืนก่อนผ่าตัด ครั้งที่ 2 ภายใน 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และครั้งที่ 3 กดจุดหลังผ่าตัด 8-10 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า การกดจุดสามารถลดอัตราการเกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดได้ โดยในระยะ 2-4 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด กลุ่มทดลองมี อาการลดลงจากร้อยละ 69.30 เป็นร้อยละ 53.90 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (95% confidence interval=1.65-0.11; $p=.04$) ส่วนในระยะ 8-10 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด กลุ่มทดลองมีอาการ ลดลงจากร้อยละ 36.20 เป็นร้อยละ 15.40 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (95% confidence

interval=0.59-0.02; $p=.024$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างของระดับความดันโลหิต อัตราการหายใจและอัตราชีพจรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

Turgut และคณะ (2007) ศึกษาประสิทธิผลของการกวดจุดในการป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมและได้รับยาแก้ปวดชนิดควบคุมด้วยตัวเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม อายุ 40-65 ปี จำนวน 100 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับการกวดจุดด้วยการคาดแถบรัดข้อมือกวดจุดให้เม็ดพลาสติกกวดที่ตำแหน่ง P6 ผู้ป่วยทุกคนได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดด้วยเครื่องควบคุมอาการปวดด้วยตัวเองชนิดมอร์ฟีน ผลการศึกษาเมื่อครบ 24 ชั่วโมง พบว่าอัตราการให้ยาป้องกันการอาเจียนในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางเลือกอื่นที่เป็นการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ประทุม สร้อยวงค์ (2538) ศึกษาวิจัยเชิงบรรยายแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยให้ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนด้วยตนเองทุก 24 ชั่วโมงติดต่อกัน 14 วัน พบว่าวิธีการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยประเมินว่าได้ผลค่อนข้างมากเพื่อให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ได้แก่ การรับประทานผลไม้หาของที่ชอบมารับประทานกับอาหารหลัก รับประทานอาหารร้อนๆ การดื่มน้ำอัดลม ส่วนวิธีการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยประเมินว่าได้ผลมากที่สุด ได้แก่ ดื่มน้ำอุ่น น้ำมะพร้าว น้ำหวานเฮลบลูบอย น้ำอ้อย น้ำตาลสด น้ำเห็ดหลินจือ น้ำเสลดพังพอน น้ำข้าวเย็นเหนือข้าวเย็นใต้ รับประทานอ้อยแล้วรอประมาณ 2-3 ชั่วโมงแล้วจะรู้สึกสดชื่น รับประทานอาหารและน้ำได้

ดวงกมล แสนสุโพธิ์ (2542) ศึกษาผลการฝึกการผ่อนคลายต่ออาการคลื่นไส้ ชัยอน อาเจียน ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดประเภทผู้ป่วยใน โดยทำการวิจัยกึ่งทดลอง จากกลุ่มตัวอย่าง 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 11 คนและกลุ่มควบคุม 9 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการผ่อนคลายตามม้วนเทปฝึกการผ่อนคลายแบบ Benson's respiratory one method จากผู้วิจัยขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยฝึกขณะอยู่ในโรงพยาบาล 3 ครั้งและฝึกต่อที่บ้านทุกวัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้ ชัยอน และอาเจียนไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อประเมินผลจากคำบอกเล่าของกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ดีต่อการฝึกการผ่อนคลาย เนื่องจากฝึกง่าย ทำให้จิตใจสงบ ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ ชัยอน และอาเจียนเหมือนที่ผ่านมา

อาริยา สอนบุญ (2543) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยทำการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการฟังดนตรีบำบัดประเภทเพลงไทยสากลบรรเลงเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดเข้าทางหลอดเลือดดำได้ 4 ชั่วโมง โดยฟัง 3 ครั้ง นานครั้งละ 75 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฟังดนตรีบำบัด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้ฟังดนตรีบำบัดมีความวิตกกังวลและมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุสาห์ รุจิระวิโรจน์ (2543) ศึกษาประสพการณ์การเกิดอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลของการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยใน จำนวน 10 คน พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เริ่มจากอาการเวียนศีรษะ ปั่นป่วนภายในท้อง จุกแน่นหน้าอก น้ำลายสอ คลื่นไส้ และอาเจียนออกมา และพบว่าปัจจัยที่กระตุ้นมากที่สุดคือกลิ่นของอาหาร การตอบสนองมีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คือทำให้อ่อนเพลีย ทุกข์ทรมาน ท้อแท้ วิธีการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุดคือการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ส่วนวิธีที่ญาติใช้มากที่สุดคือ การให้กำลังใจโดยการพูดคุยและสัมผัส และวิธีที่พยาบาลใช้มากที่สุดคือ การให้ยาป้องกันอาเจียน สำหรับผลการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนนั้น วิธีที่ได้ผลดีที่สุดคือ การลดกิจกรรม การให้กำลังใจจากญาติและการได้รับยาป้องกันอาเจียนจากพยาบาล

บุษบา สมใจวงษ์ (2544) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพจากผู้วิจัยและนำไปปฏิบัติที่บ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่คลินิกเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า การสร้างจินตภาพสามารถลดความถี่ ระยะเวลา และความทุกข์ทรมานของอาการคลื่นไส้ ความถี่และความทุกข์ทรมานของอาการช้อย่อน ปริมาณอาเจียนและความทุกข์ทรมานของอาการอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

อรนุช ประดับทอง (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.38$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหาร

และด้านการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.36, -.33, -.24$ และ $-.26$) และพบว่า การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการใช้น้ำไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านการ ทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารและด้านการ ทำงาน ส่วนการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการไม่ใช้น้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการ ทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.26$) และพบว่า การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการไม่ใช้น้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ด้านการนอนหลับอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.35$) และไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำ กิจวัตรประจำวัน ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารและด้านการทำงาน

ภัทธิตยา ชัยนาคิน (2549) ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่มีต่ออาการคลื่นไส้ ชัยอน อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่รับประทานเคมีบำบัด โดยทำการวิจัยแบบทดลองแบบสลับ มีกลุ่ม ตัวอย่าง 30 ราย แต่ละรายจะได้รับการสุ่มเข้าสู่ระยะทดลองและระยะควบคุม โดยในระยะทดลอง จะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่มีมือแบบจริง และระยะควบคุมจะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่มีมือ แบบหลอก พบว่าผู้ป่วยในระยะทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่มีมือแบบจริง มีระดับคะแนน ของการเกิดคลื่นไส้ อาเจียนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่มีมือแบบหลอกหลัง การทดลองเสร็จทันทีและหลังการทดลอง 20 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

รักชนก ภักดีโพธิ์ (2550) ศึกษาเปรียบเทียบความเครียด อาการคลื่นไส้ ชัยอนและ อาเจียนในผู้ป่วยสตรีมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังการฟังดนตรีบำบัด โดย การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 รายตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมทั้งระยะควบคุมและระยะทดลอง ผู้วิจัยประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการรับเคมีบำบัด หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่ม ทดลองเลือกชุดเพลงที่ชอบเพื่อใช้ฟังในวันที่ได้รับเคมีบำบัดโดยฟังดนตรีวันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน ครั้งละ 20-30 นาที โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ควบคุมการฟังด้วยตนเอง หลังจากเสร็จสิ้นการรับเคมี บำบัดแล้ว ผู้วิจัยประเมินความเครียด อาการคลื่นไส้ ชัยอนและอาเจียนอีกครั้งในเวลาประมาณ 20.00 น. ผลการวิจัยพบว่า ในระยะหลังวันรับเคมีบำบัดและวันที่ 2 หลังได้รับเคมีบำบัด ค่าเฉลี่ย ของอาการคลื่นไส้ ชัยอนและอาเจียนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ดนตรีบำบัดน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ ไม่ได้ดนตรีบำบัดเฉพาะในวันรับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งามพิศ ธนไพศาล และคณะ (2551) ศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็ง ท่อน้ำดี 1 วันก่อนการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 80 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่

มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 68.8 ($\bar{X}=2.6$, S.D.=0.6) ข้อมูลที่ต้องการมากที่สุดเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการวินิจฉัยโรค รองลงมาคือข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ห้องรับส่งและห้องรอผ่าตัด ตามลำดับ

ปิยะภร ไพโรสนธิ (2551) ศึกษาผลของการกวดจุดต่ออาการบรรเทาอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อน และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่งภายหลังการผ่าตัดเต้านม และได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด ด้วยการวิจัยเชิงทดลองกลุ่มเดียวแบบไขว้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 25 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มลำดับเหตุการณ์ให้ได้รับหรือไม่ได้รับการกวดจุดโดยวิธีจับฉลาก ผู้วิจัยกวดจุดเมื่อเริ่มให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน โดยกวดจุด P6 บริเวณแขนข้างที่ไม่ได้รับการผ่าตัด เป็นเวลา 5 นาทีและกวดซ้ำทุก 2 ชั่วโมงอีก 2 ครั้ง นานครั้งละ 5 นาทีขณะที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเคมีบำบัดประมาณ 4 ชั่วโมงพบว่าอาการอาเจียนในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่อาการคลื่นไส้และชัยอ่อนไม่แตกต่างกัน

Kim และคณะ (2002) ศึกษาการใช้แผ่นพลาสติกปิดปากปิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยทำการศึกษาแบบ double blinded, placebo-controlled study ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน ที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม โดยสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 60 คน กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 50 คนได้รับการปิดแผ่นพลาสติกปิดปากที่จุดฝังเข็มแบบเกาหลี K-D2 ที่นิ้วชี้ทั้ง 2 ข้าง(เป็นตำแหน่งด้านข้างของกระดูกนิ้วชี้ข้อสุดท้าย) กลุ่มทดลองที่ 2 จำนวน 50 คนได้รับการปิดพลาสติกปิดปากที่จุด P6 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มได้รับยาป้องกันอาเจียนชนิด หรือ ยาระงับประสาท (tranquilizers) ภายใน 72 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด กลุ่มทดลองจะได้รับการปิดพลาสติกปิดปากก่อนการระงับความรู้สึก 30 นาที และเปิดต่อเนื่องจนกระทั่ง 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง 2 กลุ่มมีอาการน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อประเมินหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ($P<.001$) ความต้องการยาแก้อาการอาเจียนในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) ดังนั้นการใช้พลาสติกปิดปากบริเวณจุด K-D2 และ P6 เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง

Anderson และ Gross (2004) ศึกษาผลของสูดคนธบำบัดต่อการลดอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดที่มีอาการคลื่นไส้ 33 คน ด้วยการสูดคนธบำบัด เปรียบเทียบระหว่างกลิ่นเปปเปอร์มินต์ ไอโซโพรปิลแอลกอฮอล์ และน้ำเกลือ (กลุ่มเปรียบเทียบ) โดยให้กลุ่มตัวอย่างสูดดมโดยตรงจากแผ่นผ้าก๊อซที่หยดกลิ่นที่ใช้ทดลองด้วยการหายใจเข้าลึกๆและผ่อนลม

หายใจออกช้าๆทางปาก จากนั้นจึงทำการประเมินอาการคลื่นไส้หลังจากนาทิตี่ 2 และ 5 ด้วยแบบประเมินอาการคลื่นไส้ด้วยสายตา พบว่าค่าคะแนนอาการคลื่นไส้ของทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปไว้ว่าการที่ผลการศึกษาไม่แตกต่างกันของทั้ง 3 กลุ่มแสดงให้เห็นว่าการใช้กลิ่นในการบำบัดเกี่ยวกับรูปแบบในการหายใจมากกว่ากลิ่นที่ใช้ ผู้วิจัยชี้ให้เห็นว่าการใช้สุวคนธบำบัดสามารถลดการใช้ยาต้านการอาเจียนได้ถึงร้อยละ 50 และสามารถใช้เป็นทางเลือกแรกเมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ และกระทำได้เร็วกว่าการเตรียมยา

Laurion และ Fetzer (2003) ได้ศึกษาการบำบัดทางการพยาบาล 2 ประเภทคือจินตภาพบำบัดและดนตรีบำบัด ต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรม (n=84) สุ่มเข้ากลุ่ม 3 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มจินตภาพบำบัดด้วยการฟังเทปบันทึกเสียง กลุ่มฟังเทปเสียงดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนระหว่าง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

Chaiyakunapruk และคณะ (2006) วิเคราะห์โสมดำ เฉพาะผลงานที่เป็นการทดลองแบบสุ่ม ด้วยคำค้น ginger, Zingiber officinale, ingwer, ingber, nausea, vomiting และ postoperative nausea และ vomiting โดยไม่จำกัดภาษา ได้ผลงานการศึกษาทั้งหมด 59 เรื่อง คัดออก 53 เรื่อง เนื่องจากไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของการศึกษาประเภททดลอง ผลจากการศึกษาพบว่าขิงขนาด 1 กรัม สามารถป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและอาการอาเจียนหลังการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามีอาการข้างเคียงเพียง 1 อาการ คืออาการอึดอัด แน่นท้อง

Amberger และคณะ (2007) ศึกษาผลของการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้าที่จุดฝังเข็ม P6 ในผู้หญิงที่เข้ารับการผ่าตัดส่องกล้องและผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชกรรมด้วยการระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวจำนวน 220 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 110 คน โดยระหว่างผ่าตัดกลุ่มควบคุมได้รับการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า 1 เอิร์ทซ์ที่เส้นประสาทอัลนา (ulnar nerve) ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า ที่เส้นประสาท มีเดียน (median nerve) ตรงจุด P6 พบว่า อัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีอาการร้อยละ 45 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอาการร้อยละ 61 (P=.02) และเมื่อพิจารณาแต่ละอาการ พบว่าอาการคลื่นไส้ลดลงจากร้อยละ 61 ในกลุ่มควบคุมเป็นร้อยละ 40 (P= .02) ในกลุ่มทดลอง ส่วนอาการอาเจียนมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 23 (P=.44) และพบว่าอาการคลื่นไส้ลดลงมากที่สุดภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด (p=.009)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการข้อมูลและการให้ข้อมูล

ดลธชา อิศริยานันท์ (2546) ทำการวิจัยกึ่งทดลองแบบอนุกรมเวลา เพื่อเปรียบเทียบ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและ การบริหารหลังผ่าตัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 12-15 ปี ที่เข้ารับการ รักษาด้วยการผ่าตัดหรือเพื่อการตรวจรักษาโรคบริเวณอวัยวะภายในช่องท้องส่วนบน จำนวน 40 คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการ ให้ความรู้ก่อนผ่าตัดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังผ่าตัด 2) การผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ มาผสมผสานกับ การเล่นเกี่ยวกับการฝึกหายใจ ได้แก่ การเป่าสีน้ำลงบนกระดาษ การใช้หลอดเป่าน้ำสบู่ การใช้ หลอดเป่าน้ำในขวด ช่วยให้สนุกสนานเพลิดเพลิน และรู้สึกอิสระในการเลือกทำกิจกรรมด้วย ตนเอง 3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการออกกำลังกายของ กล้ามเนื้อ ข้าง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดิน ช่วยเสริมสร้างการทำงานของกล้ามเนื้อ ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดอาการท้องอืด ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและ การบริหารหลังผ่าตัด สามารถเพิ่มการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้ และพบว่าภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง (2547) ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพของสตรีที่ได้รับการผ่าตัด มดลูกแบบเรติคอล ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์แบบเจาะลึกสตรีที่นอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 21 ราย ผลการศึกษาพบว่าสตรีมีความต้องการด้านสุขภาพ 9 ประเด็น คือ ความปลอดภัยในชีวิต ลดความไม่สุขสบายจากการเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด การ ทำงานของร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติ ต้องการได้รับข้อมูล การประดับประคองทางด้านจิตใจ และอารมณ์ การยอมรับในความเป็นบุคคล คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ทางเพศกับสามี และการ สนับสนุนทางการเงินและสวัสดิการสังคม

งามพิศ ธนไพศาล และคณะ (2551) ศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดี 1 วันก่อนการผ่าตัดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 80 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วน ใหญ่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 68.8 ($\bar{X}=2.6$, S.D.=0.6) ข้อมูลที่ต้องการมากที่สุดเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการวินิจฉัยโรค รองลงมาคือข้อมูล การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ห้องรับส่งและห้องรอผ่าตัด ตามลำดับ

Roach, Trembley และ Bowers (1995) ศึกษาผลของโปรแกรมก่อนผ่าตัดในการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า โดยมีการนำสหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมประชุมวางแผนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย 1 สัปดาห์ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โปรแกรมประกอบด้วยขั้นตอนทุกขั้นตอนที่ผู้ป่วยจะได้รับทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโดยการสอนออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

Walker (2007) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องระหว่างการทำข้อมูลก่อนผ่าตัดกับการฟื้นฟูหลังผ่าตัดโดยการศึกษาผลงานที่มีการตีพิมพ์ก่อนหน้าปีค.ศ.2005 ผลการศึกษาพบว่าการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดด้วยแผ่นพับทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและเพิ่มความพึงพอใจพบว่ายังไม่มีการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาและวิธีการที่ดีที่สุดในการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่าการศึกษาด้านการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนเป็นในประเทศไทยส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดยังมีน้อย มีการศึกษาถึงผลของการกดจุด P6 เพียง 2 เรื่อง โดยพบว่าการกดจุดเพียงอย่างเดียว 1 ครั้งหลังการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกคลื่นไส้ไม่สามารถลดความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ได้ (ผกามาศ บุญญาภิสมภาร, 2548) นอกจากนี้การกดจุดเพียงครั้งเดียวหลังการผ่าตัด ยังไม่สามารถลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ ครอบคลุมถึง 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด (รัตติยา ศรีอินทร์, 2549) ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนมากภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด และมีอาการมากที่สุดที่หอผู้ป่วย ระยะเวลาที่เกินจากนี้ ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกจะถูกขับออกจากร่างกายหมดแล้ว (สุวิมล ศุภวงส์วรรณะ, 2546)

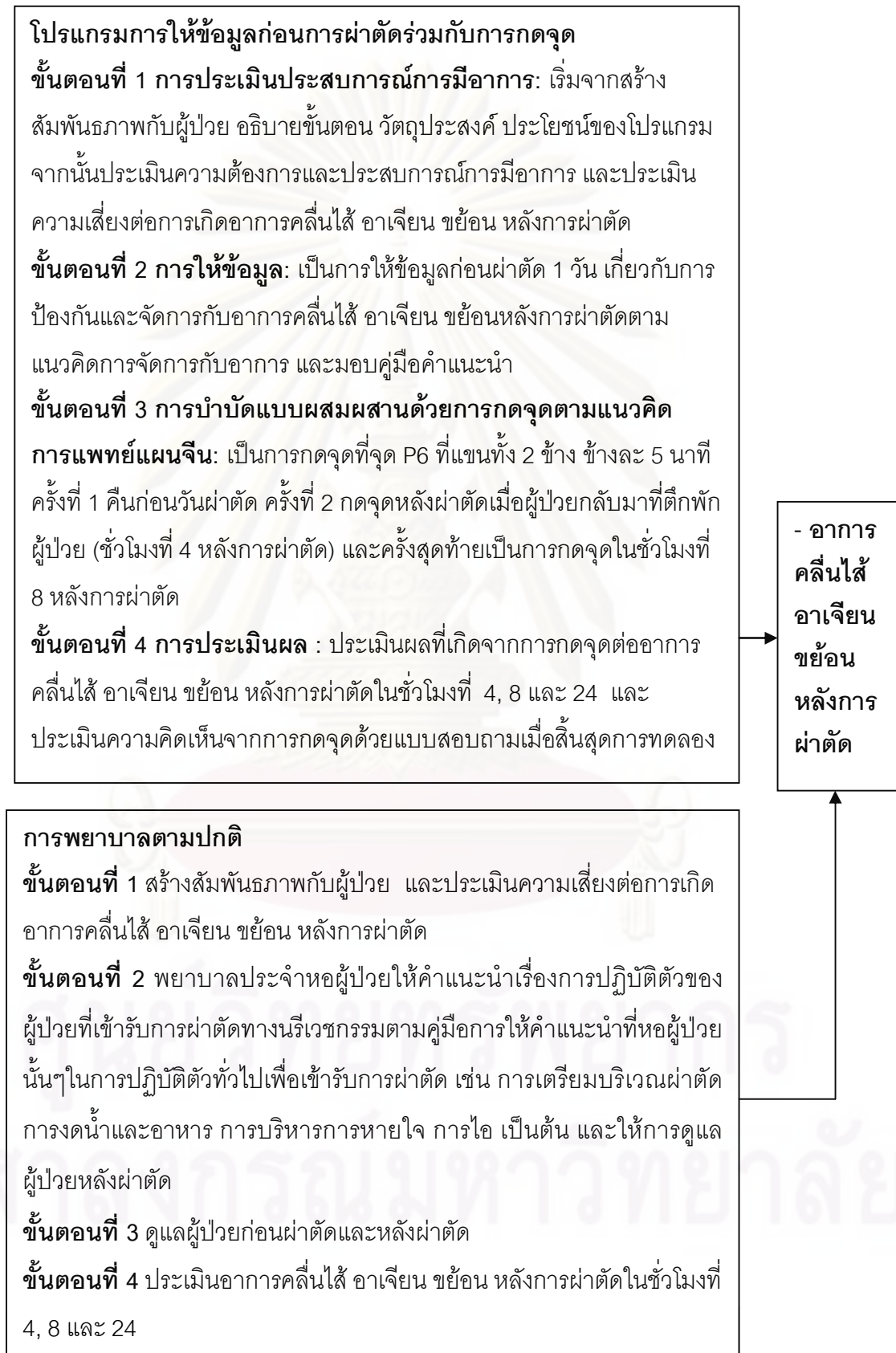
การศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมให้มีความครอบคลุมในการป้องกันและควบคุมการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนให้ครอบคลุมถึงระยะ 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดโดยใช้การบำบัดผสมผสานร่วมกับบทบาทหลักของการพยาบาลในการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าหนึ่งในความต้องการด้านสุขภาพของสตรีที่ได้รับการผ่าตัด คือต้องการได้รับข้อมูล (ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง, 2547) และมีการศึกษาพบว่าการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนกลวิธีการจัดการกับอาการและการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผลของยาป้องกันอาเจียน และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดได้ดีขึ้น (Jolley, 2001) ผู้วิจัยจึงพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด ด้วยการกดจุด P6

ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดร่วมกับกดจุดหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลดีในการลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด โดยจุด P6 เป็นจุดสำคัญที่สุด ทำให้กระเพาะอาหารทำงานเป็นปกติ ช่วยควบคุมอวัยวะภายใน (Streitberger และคณะ, 2006) และพบว่าเป็นวิธีที่ไม่เป็นอันตราย ไม่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ราคาไม่แพง ใช้งานได้หลังการผ่าตัด นำกลับมาใช้ซ้ำได้ (Turgut และคณะ, 2007; Abraham, 2008) และใช้แทนยาแผนปัจจุบันได้ (Ezzo และคณะ, 2006; Abraham, 2008) ดังเสนอเป็นกรอบแนวคิดในหน้า 66



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

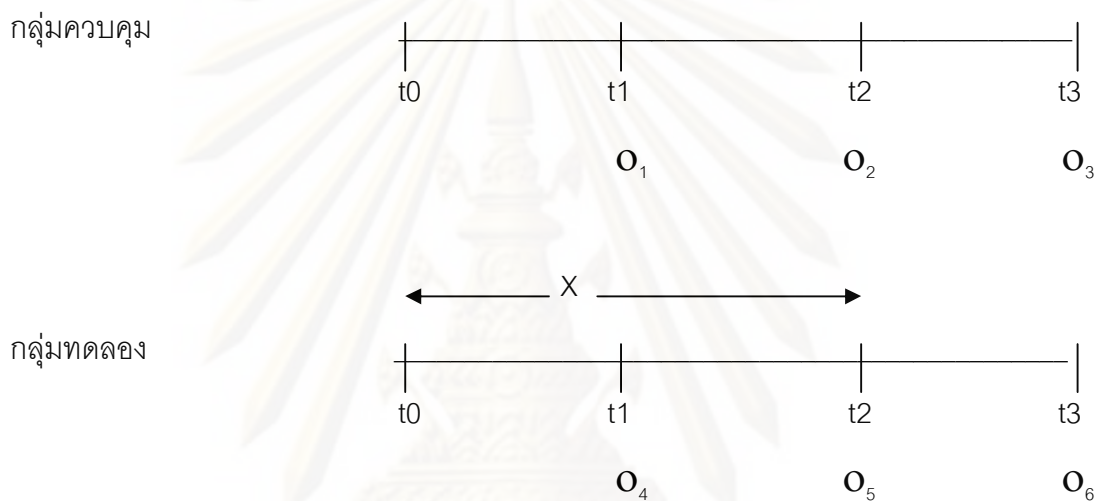
8. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบอนุกรมเวลา (Time series design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้



X หมายถึง โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด ในคืนก่อนวันผ่าตัด ร่วมกับการให้โปรแกรมหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4 และ 8

t0 หมายถึง ก่อนการผ่าตัด 1 วัน

t1 หมายถึง หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4

t2 หมายถึง หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8

t3 หมายถึง หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 24

O₁, O₄ หมายถึง การประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4

O₂, O₅ หมายถึง การประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8

O₃, O₆ หมายถึง การประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 24

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือการฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าไขสันหลัง

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย หรือการฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าไขสันหลังที่ตึกผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยนรีเวชกรรม ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุระหว่าง 18-59 ปี
2. ประเมินสภาพร่างกายตาม American Society Association (ASA) อยู่ใน ASA I, II
ASA I หมายถึง สภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

ASA II หมายถึง สภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีโรคประจำตัวแต่ไม่มีผลต่อระบบต่างๆ ต่อร่างกายและได้รับการรักษาต่อเนื่องสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3. ไม่มีบาดแผลหรือมีอาการบวมที่มือและแขนบริเวณที่จะกดจุด
4. ไม่มีโรคที่เป็นข้อห้ามในการกดจุด ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลาย โรคหัวใจที่มีเครื่องกระตุ้นการเต้นหัวใจหรือมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะที่มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง

5. ไม่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินทางนรีเวชกรรม
6. ไม่เป็นโรคต่อไปนี้ คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคกรดไหลย้อนจากภาวะอาหารสู่หลอดอาหาร (GERD) ผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง

7. สื่อสารให้เข้าใจได้ด้วยภาษาไทย

8. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

9. ได้รับการอนุญาตจากแพทย์ผู้ดูแล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการผ่าตัด เช่น เสียเลือดมากระหว่างการผ่าตัดจนสัญญาณชีพผิดปกติจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. ผู้ป่วยผ่าตัดแล้วเสร็จหลังเวลา 16.00 น. เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วยจากการกอดจุดโดยผู้วิจัยในช่วงตี 00.00 น.

3. การวินิจฉัยโรคหลังจากการผ่าตัดเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลือง

ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางเนื้องอกกรรมถูกคัดออก 4 คน คือ ผู้ป่วยเสียเลือดมากระหว่างการผ่าตัดจนส่งสัญญาณชีพผิดปกติและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 คน หลังจากการผ่าตัดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งรังไข่ระยะลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลือง 1 คน ผ่าตัดแล้วเสร็จหลังเวลา 16.00 น. 2 คน ซึ่งผู้วิจัยได้หากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมจนครบ 30 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามมโนทัศน์ central limit theorem ที่กล่าวว่า เมื่อตัวอย่างมีขนาดใหญ่เพิ่มขึ้น จะทำให้ค่าเฉลี่ยเลขคณิตของตัวอย่างที่ได้มีลักษณะเป็นโค้งปกติมากขึ้น การแจกแจงของค่าเฉลี่ยเลขคณิตของตัวอย่างที่ได้จะเป็นแบบโค้งปกติเมื่อขนาดตัวอย่างเป็น 25 ขึ้นไป (อวยพร เรื่องตระกูล, 2552: 120-121; Polit และ Beck, 2004: 477-478) ดังนั้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่พอในการทำวิจัยและค่าเฉลี่ยเลขคณิตของตัวอย่างเข้าใกล้โค้งปกติผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อาจเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในหอผู้ป่วยเดียวกัน หากมีการดำเนินการศึกษาพร้อมกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอาจทำให้ผู้ป่วยมีการเปรียบเทียบกันเอง เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงทำการดำเนินการตามโปรแกรมในกลุ่มควบคุมจนครบ 30 คนก่อน แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยใช้วิธีจับคู่ (Matched pair) และเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กำหนดให้แต่ละคู่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1) ค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดของ Apfel ได้แก่ เพศหญิง การไม่สูบบุหรี่ มีประวัติการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด ประวัติเมารถเมาเรือ และการมีแผนการรักษาด้วยการให้ยากกลุ่มโอปิออยด์หลังการผ่าตัด

2) ประเภทของยาระงับความรู้สึก (ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือการฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าไขสันหลังด้วยมอร์ฟีนเหมือนกัน)

3) ระยะเวลาในการผ่าตัด (ระยะเวลาแตกต่างกันไม่เกิน 30 นาที)

4) มีแนวทางการรักษาให้ยาบรรเทาปวด ชนิดเหมือนหรือคล้ายคลึงกัน

ในการวิจัยนี้เมื่อทำการจับคู่กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดระดับสูง (จำนวน 28 คู่ คิดเป็นร้อยละ 93.33) ผู้ป่วยร้อยละ 100 ได้รับการรับความรู้ถึงชนิดระดับความรู้สึที่ทั่วร่างกาย ร้อยละ 100 ได้รับการฉีดยากลุ่มโอปิออยด์ระหว่างการผ่าตัด และมีแนวทางการรักษาให้ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์หลังการผ่าตัด ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการผ่าตัดของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 195 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 59.42 นาที ส่วนค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการผ่าตัดกลุ่มทดลองเท่ากับ 197.50 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 58.04 นาที ดังมีรายละเอียดการจับคู่กลุ่มตัวอย่างในภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลการรักษาและการผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของการรับความรู้สึที่ระยะเวลาในการผ่าตัด การได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างผ่าตัด แนวทางการรักษาของแพทย์ในการให้ยาบรรเทาปวด และยาป้องกันคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด

2. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด ใช้ Apfel's score โดยแบบประเมินนี้ใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความเท่าเทียมกัน ประกอบด้วยแบบประเมิน 4 ข้อ คือ 1) เพศหญิง 2) ประวัติการเมารถ เมาเรือ หรือคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด 3) การไม่สูบบุหรี่ 4) การมีแผนการรักษาด้วยยากลุ่มโอปิออยด์หลังผ่าตัด แต่ละข้อมีคะแนน 1 คะแนน คะแนนทั้งหมด 4 คะแนน ประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดตามคะแนนที่ได้ คะแนนน้อยความเสี่ยงต่ำ คะแนนมากความเสี่ยงสูง อ่านค่าความเสี่ยงเป็นระดับความเสี่ยง 3 ระดับ ดังนี้

ความเสี่ยงต่ำ (low risk)	คะแนน 0 – 1	คะแนน
ความเสี่ยงปานกลาง (moderate risk)	คะแนน 2	คะแนน
ความเสี่ยงสูง (severe risk)	คะแนน 3 - 4	คะแนน

3. แบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ใช้แบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนของ Rhodes (Rhodes Index of Nausea, Vomiting, and Retching) (1999) เดิมเป็นการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนในรอบ 12 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ครอบคลุมทั้งด้านระยะเวลา ความถี่ และความทุกข์ทรมานจากอาการ (McDaniel และ Rhodes, 2004) ซึ่งปรับปรุงจาก The Rhodes Index of Nausea and Vomiting form II สามารถนำมาประเมินในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (Fetzer และคณะ, 2003) ประกอบด้วยแบบประเมิน 8 ข้อ ผู้วิจัยนำฉบับที่รัชนี้ นามจันทรา (2535) แปลเป็นภาษาไทยมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับการวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดตามช่วงเวลาประเมินอาการ เครื่องมือมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลย 4 หมายถึง มีอาการมากที่สุด การประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน โดยคิดคะแนนรวมของอาการที่เกิดขึ้น (ค่าพิสัย 0-32 คะแนน) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการ
- 1-11 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเล็กน้อย
- 12-22 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการปานกลาง
- 23-32 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการมาก

ทั้งนี้รัชนี้ นามจันทรา ได้นำแบบวัดนี้ไปหาค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคอนบราคในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.92 และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 18-44 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.86-0.91 นอกจากนี้อรนุช ประดับทอง (2545) ได้นำแบบวัดนี้ไปหาความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเช่นกันจำนวน 30 คน ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคอนบราค ได้ค่าเท่ากับ 0.79 และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 80 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.79

แม้ว่าเดิมนั้นเครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง อย่างไรก็ตามพบว่าสามารถนำไปใช้ได้ในการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนและอาเจียนในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (McDaniel และ Rhodes, 2004; Brearley และคณะ, 2008) ในประเทศไทยมีผู้นำแบบวัดนี้มาใช้ในการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด 1 เรื่อง (รัตติยา ศรีอินทร์, 2549) ได้

ปรับคำถามเหลือ 7 ข้อ (ตัดข้อคำถามระยะเวลาคลื่นไส้ออก) นำแบบวัดนี้ไปหาค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคอนบราคในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.93

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

สำหรับแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้และแปลเป็นภาษาไทยจาก Apfel ส่วนแบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียนของ Rhodes (1999) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังการผ่าตัดจาก Verna Rhodes และขออนุญาตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลใช้แบบวัดนี้ ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย รัชณี นามจันทร์ (2535) ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี ศ.ดร. สมจิต หนูเจริญกุล ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

1.1 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลการรักษาและการผ่าตัด แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด และแบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหาและภาษา หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมเหมาะสมของข้อคำถาม ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูตินรีเวชกรรม 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบผสมผสาน 1 คน

1.1.3 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ให้การดูแลผู้ป่วยนรีเวชกรรมมากกว่า 10 ปี 1 คน

1.1.4 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านฝังเข็ม 1 คน

ตัดสินใจโดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 4 คน จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด ให้ปรับจำนวนภาษา

2) แบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับจำนวนภาษา และปรับข้อคำถามใหม่ให้เห็นชัดเจนว่าเป็นข้อมูลต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้นำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และสอบถามโดยตรงจาก Rhodes ได้ข้อสรุปว่าตัวเลือกตอบเป็นข้อมูลต่อเนื่องอยู่แล้ว

1.2 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของเครื่องมือแต่ละชุด โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550: 224) ผลของค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือแต่ละชุดมีดังนี้

1.2.1 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดมีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .80

1.2.2 แบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.88

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด และแบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา คือกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 30 คน ผลจากการทดลองใช้เครื่องมือ ได้ผลดังนี้

2.1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงกับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัดด้วยการทดสอบไคสแควร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ .05 พบว่าได้ค่าสถิติไคสแควร์ (Pearson Chi-Square) เท่ากับ 25.109 ($p < .05$) สรุปได้ว่าระดับความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 23 คน มีระดับความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยอีก 7 คนมีความเสี่ยงระดับปานกลางและไม่มีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับต่ำ

2.2 วิเคราะห์หาความเที่ยง (internal consistency) ของแบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .89 จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 60 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจุดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด และการบำบัดผสมผสานด้วยการกวดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ศึกษาแนวคิด การจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และศึกษาการบำบัดผสมผสานด้วยการกดจุด ตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน

2. กำหนดเนื้อหาในโปรแกรมให้ครอบคลุมด้านข้อมูลการป้องกันและการจัดการกับ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดตามแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) และการ บำบัดผสมผสานด้วยการกดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน

3. สร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม โดยกำหนดการกระทำกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอนดังนี้

3.1 ประเมินความต้องการ ความพร้อมและระดับการเรียนรู้ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมี ส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจว่าควรจะได้รับข้อมูลเรื่องใดบ้างเพื่อเสริมข้อมูลเดิมของผู้ป่วย โดยให้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดและอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด ความเชื่อ เจตคติ ต่อการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนจีน การบำบัดแบบผสมผสาน

3.2 การให้ข้อมูล เป็นการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด 1 วันเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัด กลไกการเกิดอาการ ผลของอาการ การป้องกันและการจัดการกับอาการด้วย วิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมถึงการแจ้งให้พยาบาลทราบเมื่อเริ่มมีอาการคลื่นไส้

3.3 การบำบัดแบบผสมผสานด้วยการกดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน เป็นการกดจุด จากผู้วิจัย เริ่มจากการประเมินตำแหน่ง P6 ที่ใช้ในการกดจุด จากนั้นผู้วิจัยกดจุดที่แขนทั้ง 2 ข้าง กดจุดครั้งที่ 1 ในคืนก่อนวันผ่าตัด กดเป็นเวลา 20 วินาทีต่อครั้ง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นแรกระยะ เริ่มกดใช้เวลา 5 วินาที ขั้นสองระยะกดหนักใช้เวลา 10 วินาที ขั้นสามระยะปล่อยใช้เวลา 5 วินาที กระทำเป็นวงจรซ้ำๆกันข้างละ 5 นาที จนครบ 10 นาที การกดจุดที่ได้ผลผู้ป่วยจะรู้สึกหนาว ซา หรือ รู้สึกซ่าตรงจุดที่กดหรือวิ่งตามเส้นโคจรของเส้นพลังงานไปที่ปลายนิ้วกลาง กดจุดครั้งที่ 2 หลังการ ผ่าตัด 4 ชั่วโมง และครั้งสุดท้ายเป็นการกดจุดหลังจากการผ่าตัด 8 ชั่วโมง

3.4 การประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ จากการนำความรู้เกี่ยวกับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังผ่าตัดว่าได้ผลเป็นอย่างไร ร่วมกับประเมินความคิดเห็นต่อการกดจุด และเป็นการประเมินผล ที่ผู้ป่วยได้รับจากการกดจุด

4. จัดทำสื่อที่ใช้ในโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

4.1 แผนการสอนเรื่องคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน กลไกการเกิดอาการ ผลของอาการ การป้องกันและการจัดการกับอาการด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา

4.2 จัดทำคู่มือคำแนะนำและภาพพลิกประกอบการสอนเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด

4.3 จัดทำคู่มือขั้นตอนการกวดจุดเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดร่วมกับการกวดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดที่ประกอบด้วยแผนการสอน คู่มือคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด และคู่มือคู่มือขั้นตอนการกวดจุดที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลผู้ป่วยนรีเวชกรรม และผู้เชี่ยวชาญด้านการกวดจุดบำบัดพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม การสื่อความหมายและความเหมาะสมของภาษากับรูปภาพในคู่มือ จำนวน 5 คน ดังนี้

1.1 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูตินรีเวชกรรม 1 คน

1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบผสมผสาน 1 คน

1.3 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ให้การดูแลผู้ป่วยนรีเวชกรรมมากกว่า 10 ปี 1 คน

1.4 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านฝังเข็ม 1 คน

1.5 อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการกวดจุดบำบัดการแพทย์แผนจีน 1 คน

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิลำดับที่ 1-4 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองให้ทั้งหมด ผู้ทรงคุณวุฒิลำดับที่ 5 ตรวจสอบเครื่องมือส่วนที่เป็นคู่มือขั้นตอนการกวดจุดการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

คณะผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เช่นความ

เหมาะสมของภาษา การสื่อความหมายด้วยภาพ ดังนี้

- 1) โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด ปรับสำนวนภาษาให้กระชับ
- 2) แผนการสอน ปรับสำนวนภาษาให้กระชับ
- 3) คู่มือคำแนะนำประกอบการสอน ให้ปรับสำนวนภาษาที่ใช้ และปรับภาพหน้าปกให้สื่อถึงอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เข้าใจง่าย
- 4) คู่มือคู่มือขั้นตอนการกดจุด ปรับแก้เพิ่มเติมข้อห้ามและข้อควรระวังในการกดจุด ปรับสำนวนภาษา เพิ่มภาพจุด P6 ที่สัมพันธ์กับจุดอื่น ให้อ้างอิงการวัดเป็น ชूंตามการแพทย์แผนจีน และแก้ไขภาพการวัดตำแหน่งให้นี้ว่างรากับข้อ่มือ

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้ มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วจึงนำไปใช้ทดลองใช้

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์แล้ว นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษา ที่หอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ 2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 3 คน เพื่อประเมินแผนการสอนความเข้าใจในคู่มือ ภาษาที่ใช้ ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม ตลอดจนดูความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

ผลการนำไปทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจในข้อมูลเรื่องการป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดทั้งในส่วนที่เป็นกรให้ข้อมูลโดยผู้วิจัย และส่วนที่เป็นคู่มือคำแนะนำประกอบการสอน มีความเห็นว่าข้อมูลช่วยให้มีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเพิ่มขึ้น ส่วนการกดจุดนั้นมีความเหมาะสมของเวลา ไม่เป็นการรบกวนการพักผ่อน ใช้ระยะเวลาในการสอนร่วมกับการกดจุดแต่ละรายประมาณ 20-30 นาที

เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน และจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดเป็นแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้ประเมินความรู้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังจากการให้ข้อมูลตามแผนการสอน ประกอบด้วยข้อคำถามให้เลือกตอบถูกผิดจำนวน 10 ข้อ ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่าร้อยละ

80 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียน ขยับหลังจากผ่าตัด แต่ถ้าพบว่าภายหลังการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ และจะให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการทดลอง 30 ราย พบว่าผู้ป่วยตอบแบบทดสอบความรู้ได้คะแนนร้อยละ 100 จำนวน 14 คน ร้อยละ 90 จำนวน 8 คน ร้อยละ 80 จำนวน 6 คน ต่ำกว่าร้อยละ 80 (ได้คะแนน 7 คะแนน) จำนวน 2 ราย ผู้วิจัยได้สอบถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามถึงสิ่งที่ยังไม่เข้าใจและให้ความรู้ที่ถูกต้องซ้ำ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายบอกว่าเข้าใจเนื้อหาที่สอน แต่ตอบผิดเนื่องจากไม่เข้าใจข้อคำถาม

2. แบบประเมินความคิดเห็นต่อการกดจุด เป็นแบบสอบถามประเมินความรู้สึกต่อการกดจุด หลังจากการได้รับการกดจุดทั้งหมด 3 ครั้ง โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของ สุชาติพิภพเกษรลักษมี (2548) โดยเป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลจากการกดจุด เช่น เจ็บหลังจากกดจุด รู้สึกหน่วงบริเวณที่กด รู้สึกซ่าจากที่กดไปที่ปลายนิ้วกลาง เป็นต้น แบบสอบถามมีจำนวน 8 ข้อแต่ละข้อมีตัวเลือกให้เลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีผล หมายถึงกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้สึกนั้นเลย ให้ 0 คะแนน จนถึงมาก หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกนั้นมาก ให้ 4 คะแนน หลังจากผู้ป่วยได้รับการกดจุดครบตามโปรแกรมแล้ว ผู้ช่วยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินความคิดเห็นต่อการกดจุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็น 2 ระยะ คือระยะเตรียมการทดลองและระยะดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และการจัดการกับอาการเพื่อป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดโดยการศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้และชำนาญในการกดจุดตามแนวความคิดการแพทย์แผนจีนโดยได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการกดจุดบำบัด (Acupressure) รุ่นที่ 4 ระหว่างวันที่ 3-7 สิงหาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 40 ชั่วโมง จากสำนักการแพทย์ทางเลือก

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีการอบรมความรู้เกี่ยวกับเส้นลมปราณ และจุดต่างๆที่ใช้ในการบำบัดทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ หลังจากนั้นได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับเส้นลมปราณสม้าเสมอและฝึกฝนการกดจุดกับบุคคลใกล้ชิดที่มีอาการคลื่นไส้ พบว่าการกดจุด P6 สามารถลดอาการคลื่นไส้ได้ทันทีหลังการกดจุด ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ฝึกกำลังนิ้วมือให้มีความแข็งแรงด้วยการบีบลูกบอลยางวันละไม่ต่ำกว่า 100 ครั้ง และเตรียมตัวผู้วิจัยเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ให้มีความคงที่ในทุกครั้งของการนวด กระทำโดยนั่งสมาธินานประมาณ 10 นาทีเพื่อให้จิตใจสงบทุกวัน ก่อนที่จะไปทำการกดจุดผู้ป่วยในวันรุ่งขึ้น

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วย นรีเวชกรรมในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย วิธีการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อย่นโดยใช้แบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อย่น และการประเมินความคิดเห็นต่อการกดจุดด้วยแบบประเมินให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจตามจุดมุ่งหมายของการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถาม

1.3 เตรียมและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.4 ดำเนินการขออนุมัติในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ส่งคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร หลังจากผ่านมติจากคณะกรรมการแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัย

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำหนังสือแจ้งไปยังหัวหน้าหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยนรีเวชกรรมเพื่อผ่าตัดทราบเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด ชี้อย่นหลังผ่าตัด ชี้อย่นหลังผ่าตัด รายละเอียด ขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

2.3 พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบสิทธิที่จะไม่ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พร้อมแสดงแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิและขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3 คน โดยให้เหตุผลว่าต้องการพักผ่อน 2 คน ไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมโครงการ 1 คน

2.4 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด

2.5 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยรายงานแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยให้ทราบขั้นตอนวิธีการทดลองโดยละเอียดว่าจะปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างไร ก็ครั้ง ในแต่ละครั้งใช้เวลานานเท่าใด เมื่อได้รับการอนุญาตจากแพทย์ผู้ดูแลผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม โดยหากมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจะรีบแจ้งแพทย์ผู้ดูแลโดยทันที

ผู้วิจัยดำเนินการโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจุดเป็นรายบุคคล ดำเนินการตามโปรแกรมในกลุ่มควบคุมจนครบ 30 คนก่อน แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมมีดังนี้

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยไม่ได้รับการกวดจุดจากผู้วิจัย ผู้วิจัยพบผู้ป่วย 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนการผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ จากนั้นผู้วิจัยจึงประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัด (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งมีการให้คำแนะนำทั่วไปในการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามคู่มือการให้คำแนะนำที่หอผู้ป่วยนั้นๆ เป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลก่อนการผ่าตัดในการปฏิบัติตัวทั่วไปเพื่อเข้ารับการผ่าตัด เช่น การเตรียมบริเวณผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การบริหารการหายใจ การไอ เป็นต้น

ครั้งที่ 2 ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องพักรักษา 4 ชั่วโมง (ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) ทั้งนี้ในระยะหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้นๆตามมาตรฐาน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด เช่น การประเมินการหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินแผลผ่าตัด อาการปวดแผล การป้องกันการสำลัก การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว

ผู้วิจัยประเมินเวลาที่จะเข้าพบผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในชั่วโมงที่ 8 และ 24 พร้อมแจ้งให้

ผู้ป่วยทราบถึงเวลาที่ผู้วิจัยจะมาพบเพื่อให้ผู้ป่วยประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด 8 ชั่วโมงตามที่ได้ขออนุญาตผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า (ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

ครั้งที่ 4 ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจุด ผู้วิจัยพบผู้ป่วย 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนการผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ จากนั้นจึงเข้าพบผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้รับอนุญาตจากแพทย์ผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

1) ประเมินประสบการณ์การมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การเกิดอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ประเมินความต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าควรจะได้รับความรู้เรื่องใดบ้างเพื่อเสริมความรู้เดิมของผู้ป่วย และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด (ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเรื่องคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด ให้ข้อมูลการป้องกันอาการด้วยวิธีการใช้ยาและแบบผสมผสาน ร่วมกับการให้ข้อมูลการกวดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน จากนั้นจึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

3) ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการกวดจุด โดยกวดครั้งที่ 1 ในคืนก่อนวันผ่าตัด หลังจากการให้ข้อมูลด้วยการสอนประกอบคู่มือดังกล่าวข้างต้น ครั้งที่ 2 กวดจุดในช่วงเวลาหลังการผ่าตัด ชั่วโมงที่ 4 และครั้งสุดท้ายเป็นการกวดจุดในช่วงเวลาหลังการผ่าตัด ชั่วโมงที่ 8

4) แจกคู่มือคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม

5) ผู้วิจัยประเมินตำแหน่งที่จะกวดจุด จากนั้นผู้วิจัยกวดจุดที่ตำแหน่ง P6 ตามขั้นตอนการกวดจุด (รายละเอียดขั้นตอนการกวดจุดมีในคู่มือขั้นตอนการกวดจุด)

6) ประเมินความรู้ที่ได้รับด้วยแบบสอบถามความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด

กิจกรรมทั้งหมดในการพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

สรุป การพบผู้ป่วยในครั้งที่ 1 นี้ ผู้ป่วยให้ความสนใจการสอนดี พบว่าผู้ที่มีประวัติคลื่นไส้

อาเจียนจากการผ่าตัดครั้งก่อน จะสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นนานกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ ผู้ป่วยทุกรายบอกว่าช่วยให้มีความรู้ในการป้องกันอาการได้เพิ่มขึ้น

สำหรับการกอดจุดครั้งแรกก่อนการผ่าตัดนี้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี มีบางรายบอกว่าหลังการกอดจุดแล้วรู้สึกสุขสบายมากและรับรู้ได้ว่าเลือดลมไหลเวียนดีขึ้น เมื่อมอบคู่มือไว้ให้อ่าน ประกอบพบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจดี โดยบอกว่าเปิดอ่านทบทวนวิธีการป้องกันที่ผู้วิจัยสอน

ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องพักรักษา (หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่ห้องพักรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประเมินอาการหลังผ่าตัด ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด (ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) จากนั้นผู้วิจัยจึงกอดจุดตามขั้นตอน ระหว่างกอดจุดผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกหน่วง หรือขาไปที่ปลายนิ้วกลางข้างที่ถูกกอดจุด ผู้วิจัยประเมินเวลาที่จะเข้าพบผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในชั่วโมงที่ 8 และ 24 พร้อมแจ้งให้ผู้พยาบาลถึงเวลาในการประเมินอาการและการดำเนินการตามโปรแกรมครั้งต่อไป และขออนุญาตไว้ล่วงหน้า การพบผู้ป่วยครั้งนี้ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

สรุป การพบผู้ป่วยในครั้งที่ 2 นี้ เป็นการพบผู้ป่วยในระยะหลังการผ่าตัดระยะแรก บางรายยังมีอาการอ่อนเพลียมาก ไม่สามารถวัดตำแหน่งในการกอดจุดได้ ผู้วิจัยปรับปรุงวิธีการวัดระยะ โดยการใช้นิ้วบรทัดวัดระยะจากนิ้วผู้ป่วยแทน โดยประเมินความรู้สึกหน่วง หรือขาไปที่ปลายนิ้วกลางข้างที่ถูกกอดจุด พบว่าได้ตำแหน่งในการกอดจุดที่แน่นอนเช่นเดียวกับการวัดด้วยนิ้วมือผู้ป่วย รายที่มีประสบการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการผ่าตัดครั้งก่อนแล้วพบว่าไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดครั้งนี้ จะบอกกับผู้วิจัยว่าการกอดจุดมีส่วนช่วยให้สุขสบายขึ้นมาก ไม่เหมือนการผ่าตัดครั้งก่อน

ครั้งที่ 3 หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่ห้องพักรักษาตามที่ได้ขออนุญาตผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดในชั่วโมงที่ 8 (ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) จากนั้นผู้วิจัยจึงกอดจุดตามขั้นตอน ระหว่างกอดจุดผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกหน่วง หรือขาไปที่ปลายนิ้วกลางข้างที่ถูกกอดจุด การพบผู้ป่วยครั้งนี้ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

สรุป การพบผู้ป่วยในครั้งที่ 3 นี้ เวลาในการเข้าพบผู้ป่วยมักจะเป็นช่วงค่ำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รอผู้วิจัยมากอดจุดให้ โดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการรบกวนการพักผ่อน

ครั้งที่ 4 หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 24

เป็นการประเมินผล โดยการประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 24

และประเมินความคิดเห็นต่อการกดจุด ทั้งนี้จากการรวบรวมความคิดเห็นต่อการกดจุด พบว่าไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บระดับมากหลังจากกดจุด ผู้ป่วยร้อยละ 53.33 มีความรู้สึกหน่วงบริเวณที่กดระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 83.33 รู้สึกซ่าจากที่กดไปที่ปลายนิ้วกลางระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 86.67 รู้สึกสุขสบายระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 96.67 มีความคิดเห็นว่าเป็นการรบกวนการพักผ่อน ร้อยละ 83.33 มีความคิดเห็นว่าเป็นเวลาที่มีการกดจุดเหมาะสมระดับปานกลางถึงมาก และร้อยละ 100 มีความพึงพอใจระดับปานกลางถึงมาก ดังมีรายละเอียดในภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และคณะกรรมการของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในขั้นตอนการดำเนินการจริง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจาก การวิจัยได้ ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นตื้อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล การรักษาและการผ่าตัด อัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อน วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อน โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามระยะเวลาที่ประเมินอาการ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มที่ได้จากการวัดทั้ง 3 ครั้ง โดยใช้สถิติทดสอบเอฟด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24 ด้วยสถิติ independent t-test

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบอนุกรมเวลา เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ในช่วงเวลาที่ 4, 8 และ 24 หลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมที่ตึกผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยนรีเวชกรรมในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยไม่ได้รับการกดจุดจากผู้วิจัย กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดจากผู้วิจัย กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดจากผู้วิจัยให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละกลุ่ม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในแต่ละช่วงเวลาหลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ และระดับการศึกษา

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
25-33	8	26.67	6	20.0	12	20.00
34-42	7	23.33	11	36.7	20	33.33
43-51	13	43.33	12	40.0	25	41.67
52-59	2	6.67	1	3.3	3	5.00
ค่าเฉลี่ยอายุ	41.37 (S.D.=7.87)		39.67 (S.D.=7.41)		40.52 (S.D.=7.63)	
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	1	3.33	0	0	1	1.67
ประถมศึกษา	6	20.00	6	20.00	12	20.00
มัธยมศึกษา	6	20.00	8	26.67	14	23.33
ประกาศนียบัตร	2	6.67	4	13.33	6	10.00
ปริญญาตรี	13	43.33	10	33.33	23	28.33
ปริญญาโท	2	6.67	2	6.67	4	6.67

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 40.52 (S.D.=7.63) ปี โดยมีอายุระหว่าง 43-51 ปีมากที่สุด จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 รองลงมาคืออายุระหว่าง 34-42 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 โดยกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 28.33 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
โรคที่เป็น						
เนื้องอกมดลูก	12	40.00	11	36.67	23	38.33
เยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่	8	26.67	11	36.67	19	31.67
ถุงน้ำรังไข่	3	10.00	5	16.67	8	13.33
เนื้องอกรังไข่	3	10.00	1	3.33	4	6.67
มะเร็งปากมดลูก	4	13.33	2	6.67	6	10.00
ระยะไม่ลุกลาม						
ชนิดของการผ่าตัด						
ตัดมดลูกและรังไข่	9	30.00	7	23.33	16	26.67
1 หรือ 2 ข้าง						
ตัดเนื้องอกมดลูก	2	6.67	1	3.33	3	5.00
ตัดมดลูก	9	30.00	13	43.3	22	36.67
ตัดรังไข่	3	10.00	1	3.33	4	6.67
ตัดถุงน้ำรังไข่	4	13.33	5	16.67	9	15.00
ตัดเยื่อโพรงมดลูก	3	10.00	3	10.00	6	10.00
เจริญผิดที่						
วิธีการผ่าตัด						
ผ่าตัดเปิดหน้าท้อง	15	50.0	19	63.33	34	56.67
ผ่าตัดโดยการส่องกล้อง	15	50.0	11	36.7	26	43.33
ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที)						
95-150	7	23.33	6	20.00	13	21.67
151-206	13	43.33	13	43.33	26	43.33
207-262	7	23.33	7	23.33	14	23.33
263-318	2	6.67	3	10.00	5	16.67

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
319-374	1	3.33	1	3.33	2	3.33
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการผ่าตัด	195.00		197.00		196.25	
	(S.D.=59.43)		(S.D.=58.04)		(S.D.=58.25)	
ชนิดของการระงับความรู้สึก						
ระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย	30	100	30	100	60	100.00
ฉีดยาระงับความรู้สึกเข้า	0	0	0	0	0	100.00
ไขสันหลังด้วยมอร์ฟีน						
การได้รับยาฉีดกลุ่มโอปิออยด์						
ได้รับระหว่างการผ่าตัด	30	100	30	100	60	100.00
แผนการรักษาด้วยยากกลุ่ม	30	100	30	100	60	100.00
โอปิออยด์หลังการผ่าตัด						
การได้รับยาฉีดป้องกันคลื่นไส้ อาเจียน						
ได้รับยาฉีดป้องกันคลื่นไส้	7	23.33	5	16.67	13	21.67
อาเจียนหลังการผ่าตัด						
แผนการรักษาด้วยยาป้องกัน	30	100	30	100	60	100.00
คลื่นไส้ อาเจียน						

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกมดลูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.33 รองลงมาคือมีภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ คิดเป็นร้อยละ 31.67 และเป็นเนื้องอกรังไข่น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.67 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดมดลูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.67 และได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีเปิดหน้าท้องร้อยละ 56.67 ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องร้อยละ 43.33 มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการผ่าตัด 196.25 (S.D.=58.25) นาที ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายร้อยละ 100 ได้รับยาฉีดกลุ่มโอปิออยด์ระหว่างการผ่าตัดและมีแผนการรักษาด้วยยากกลุ่มโอปิออยด์ร่วมกับมีแผนการรักษาด้วยยาป้องกันคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดร้อยละ 100 โดยพบว่าได้รับยาฉีดป้องกันคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดร้อยละ 21.67

ตารางที่ 3 อัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดทาง
นรีเวชกรรม

ช่วงเวลาที่ประเมินอาการ หลังการผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)	ละ	(คน)	ละ	(คน)	
ชั่วโมงที่ 4						
อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน	19	63.33	11	36.67	30	50.00
อาการคลื่นไส้	18	60.00	10	33.33	28	46.67
อาการอาเจียน	7	23.33	3	10.00	10	16.67
อาการชัยอน	3	10.00	4	13.33	7	11.67
ชั่วโมงที่ 8						
อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน	25	83.33	10	33.33	35	58.33
อาการคลื่นไส้	23	76.67	10	33.33	33	55.00
อาการอาเจียน	12	40.00	2	6.67	14	23.33
อาการชัยอน	9	30.00	1	3.33	10	16.67
ชั่วโมงที่ 24						
อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน	23	76.67	2	6.67	25	41.66
อาการคลื่นไส้	22	73.33	1	3.33	23	38.33
อาการอาเจียน	15	50.00	1	3.33	16	26.67
อาการชัยอน	12	40.00	0	0	0	0

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนมากที่สุดในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8 โดยพบว่ากลุ่มควบคุมมีอัตราการเกิดอาการมากกว่ากลุ่มทดลอง (คิดเป็นร้อยละ 83.33 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้มากที่สุด โดยพบมากที่สุดในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8 ทั้งนี้พบว่ากลุ่มควบคุมมีอัตราการเกิดอาการมากกว่ากลุ่มทดลอง (คิดเป็นร้อยละ 76.67 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 33.33 ในกลุ่มทดลอง)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนอาการคลื่นไส้ อาเจียน
 ชัยอนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละกลุ่ม

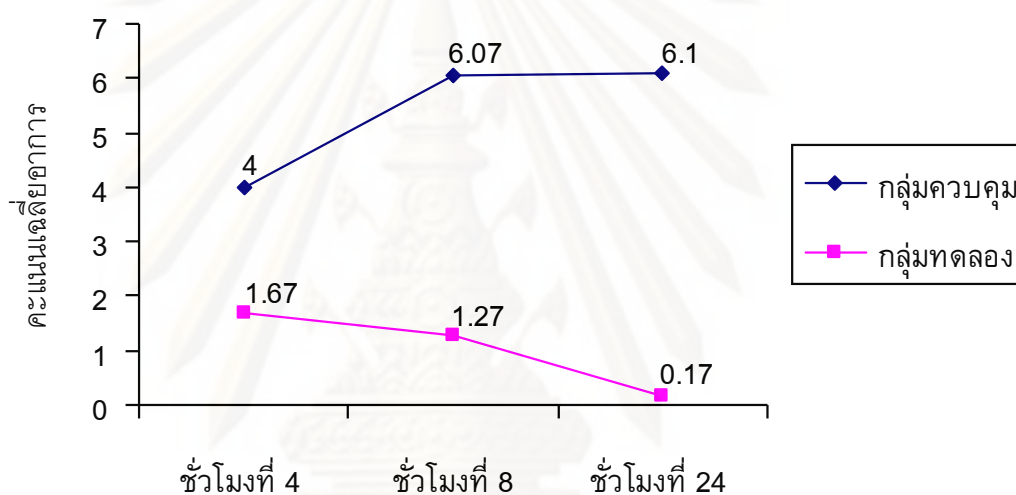
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนโดยรวม
 และจำแนกตามรายด้านตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัด

ช่วงเวลาหลังการผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
ชั่วโมงที่ 4				
อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน	4.00	3.72	1.67	2.71
อาการคลื่นไส้	2.97	2.85	1.10	1.63
อาการอาเจียน	0.33	1.03	0.37	1.03
อาการชัยอน	0.70	1.42	0.20	0.61
ชั่วโมงที่ 8				
อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน	6.07	5.37	1.27	2.05
อาการคลื่นไส้	3.53	2.36	1.03	1.52
อาการอาเจียน	1.10	1.84	0.10	0.55
อาการชัยอน	1.43	2.61	0.13	0.51
ชั่วโมงที่ 24				
อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน	6.10	5.04	0.17	0.65
อาการคลื่นไส้	3.13	2.19	0.10	0.54
อาการอาเจียน	1.46	1.79	0.07	0.37
อาการชัยอน	1.50	2.06	0.00	0.00

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนโดยรวม
 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลองในทุก
 ช่วงเวลา ทั้งนี้กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการมากที่สุด ในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 24
 ($\bar{X}=6.10$, S.D.=5.04) และน้อยที่สุดในชั่วโมงที่ 4 ($\bar{X}=4.00$, S.D.=3.72) ส่วนกลุ่มทดลองมี
 คะแนนเฉลี่ยอาการมากที่สุด ในชั่วโมงที่ 4 ($\bar{X}=1.67$, S.D.= 2.71) และน้อยที่สุดในชั่วโมงที่ 24
 ($\bar{X}=0.17$, S.D.=0.65)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้มากที่สุดในทุกช่วงเวลา ทั้งนี้พบว่ากลุ่มควบคุมมีอาการคลื่นไส้มากที่สุดในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8 ($\bar{X}=3.53$, $S.D.=2.36$) ส่วนกลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้มากที่สุดในชั่วโมงที่ 4 ($\bar{X}=1.10$, $S.D.=1.63$)

จากตารางที่ 4 แสดงกราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ของกลุ่มทดลองหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

จากกราฟ แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในทุกช่วงเวลา คือหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมตั้งแต่ในระยะเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4 และคะแนนน้อยลงตามลำดับในชั่วโมงที่ 8 และ 24 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8 และ 24 และมีค่าเฉลี่ยอาการสูงสุดในชั่วโมงที่ 24

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน ในกลุ่มทดลองที่ได้จากการวัดทั้ง 3 ครั้ง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ผู้ป่วย	199.57	29	6.89		
เวลาที่ประเมินอาการ	1.69	2	18.10	7.135	.002
สมาชิก X เวลาที่ประเมิน	147.13	58	2.54		
รวม	348.39	89			

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ปฏิเสธสมมติฐานที่ว่า ค่าเฉลี่ยของการวัดทั้งสามครั้งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=7.135$, $p=.002$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำค่าเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน ของกลุ่มทดลองที่ได้จากการวัดทั้ง 3 ครั้งไปทดสอบเป็นรายคู่ ด้วยวิธี Bonferroni ได้ผลดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนเป็นรายคู่ในกลุ่มทดลองด้วยวิธี Bonferroni

ช่วงเวลาประเมิน อาการหลังการผ่าตัด	\bar{X}	ตารางสรุปผลการวิเคราะห์รายคู่		
		ชั่วโมงที่ 4	ชั่วโมงที่ 8	ชั่วโมงที่ 24
ชั่วโมงที่ 4	1.67	-	-	-
ชั่วโมงที่ 8	1.27	.40 ^{ns}	-	-
ชั่วโมงที่ 24	0.17	1.50*	1.10*	-

ns = not significant, * $p < .05$

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4 และ 8 แตกต่างจากชั่วโมงที่ 24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าเฉลี่ยในชั่วโมงที่ 4 ไม่แตกต่างจากชั่วโมงที่ 8

เมื่อพิจารณาที่ค่าเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน พบว่า ช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 24 มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=0.17$) ดังนั้นอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนในชั่วโมงที่ 24 เกิดขึ้นน้อยกว่าชั่วโมงที่ 4 ($\bar{X}=1.67$) และชั่วโมงที่ 8 ($\bar{X}=1.27$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนของกลุ่มควบคุมที่ได้จากการวัดทั้ง 3 ครั้งด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
สมาชิก	1138.72	29	39.27		
เวลาที่ประเมินอาการ	86.82	2	43.41	3.01	.057
สมาชิก X เวลาที่ประเมิน	835.84	58	14.41		
รวม	2061.38	89			

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ยอมรับสมมติฐานที่ว่า ค่าเฉลี่ยของการวัดทั้งสามครั้งไม่แตกต่างกัน ($F=3.012$, $p>.05$) ดังนั้นค่าเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนของกลุ่มควบคุมที่ได้จากการวัดทั้ง 3 ครั้งจึงเท่ากัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อนในแต่ละช่วงเวลา
หลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน ในแต่ละช่วงเวลา
หลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ independent t-test

ช่วงเวลาที่มีการประเมิน	\bar{X}	S.D.	t	p-value
หลังการผ่าตัด				
ชั่วโมงที่ 4				
กลุ่มทดลอง	1.67	2.71	2.78	.007*
กลุ่มควบคุม	4.00	3.72		
ชั่วโมงที่ 8				
กลุ่มทดลอง	1.27	2.05	4.58	.000*
กลุ่มควบคุม	6.07	5.37		
ชั่วโมงที่ 24				
กลุ่มทดลอง	0.17	0.65	6.40	.000*
กลุ่มควบคุม	6.10	5.04		

*p<.05

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อนของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกช่วงเวลา คือหลังการผ่าตัด ชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24 และเมื่อพิจารณาที่ค่าเฉลี่ยของอาการในแต่ละกลุ่มพบว่า ค่าเฉลี่ยอาการของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในทุกช่วงเวลา นั่นคือ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบอนุกรมเวลา มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมกลุ่มทดลองตามเวลาที่ต่างกัน คือ หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามเวลาที่ต่างกัน คือหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมในกลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนต่างกันตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมในกลุ่มทดลอง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือการฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าไขสันหลัง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย หรือการฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าไขสันหลังที่ดีผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยนรีเวชกรรม ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลการรักษาและการผ่าตัด

1.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด

1.3 แบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน มีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจุด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดแบบผสมผสานด้วยการกวดจุดตามแนวความคิดการแพทย์แผนจีน เป็นการให้การกวดจุดจากผู้วิจัยที่ตำแหน่ง P6 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในคืนก่อนวันผ่าตัด ครั้งที่ 2 กวดจุดในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4 และครั้งที่ 3 เป็นการกวดจุดในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เป็นการประเมินความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับข้อมูลการป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด ประเมินผลโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจุดตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24 ร่วมกับการประเมินความคิดเห็นต่อการกวดจุดด้วยแบบสอบถาม

โดยมีสื่อใช้ในโปรแกรม คือแผนการสอน คู่มือคำแนะนำ และภาพพลิกประกอบการสอนเรื่องคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัด พร้อมทั้งจัดทำคู่มือขั้นตอนการกวดจุด

2.2 การพยาบาลตามปกติ เป็นคำแนะนำต่างๆจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยนรีเวชกรรมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมตามคู่มือการให้คำแนะนำที่หอผู้ป่วยนั้นๆในการปฏิบัติตัวทั่วไปเพื่อเข้ารับการผ่าตัด เช่น การเตรียมบริเวณผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การบริหารการหายใจ การไอ เป็นต้น และให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 ดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น การประเมินการหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินแผลผ่าตัด อาการปวดแผล การป้องกันการสำลัก การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน และจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด

3.2 แบบประเมินความคิดเห็นต่อการกวดจุด

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ

1. ระยะเตรียมการทดลอง เป็นการเตรียมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เตรียมและสร้างเครื่องมือ และดำเนินการขออนุมัติในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็นรายบุคคล โดยศึกษาจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ขอความร่วมมือในการวิจัยด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมในกลุ่มควบคุมจนครบ 30 คนก่อน แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง 1) ค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด 2) ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือการฉีดยาระงับความรู้สึกเข้าไขสันหลังด้วยมอร์ฟีนเหมือนกัน 3) ระยะเวลาแตกต่างกันไม่เกิน 30 นาที และ 4) มีแนวทางการรักษาให้ยาบรรเทาปวด ชนิดเหมือนหรือคล้ายคลึงกัน

2.2 กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยไม่ได้รับการกวดจุดจากผู้วิจัย

2.3 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจุด ผู้วิจัยพบผู้ป่วย 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนการผ่าตัด 1 วันผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเรื่องคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อ

ป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด จากนั้นผู้วิจัยประเมินตำแหน่งจุด P6 แล้วจึงกดจุดด้วยนิ้วหัวแม่มือขวาที่จุด P6 บริเวณแขนทั้ง 2 ข้าง ช้างละ 5 นาที จนครบ 10 นาที ระหว่างกดจุดผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกหน่วง หรือชาไปที่ปลายนิ้วกลางข้างที่ถูกกดจุด หลังจากการกดจุดมีการประเมินความรู้ที่ให้

ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องพักร้อน (หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่ห้องพักร้อน ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด จากนั้นจึงกดจุดตามขั้นตอน ผู้วิจัยประเมินเวลาที่จะเข้าพบผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในชั่วโมงที่ 8 และ 24 พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเวลาในการประเมินอาการและการดำเนินการตามโปรแกรมครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8 ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน จากนั้นจึงกดจุดตามขั้นตอน

ครั้งที่ 4 หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 24 ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน และประเมินความคิดเห็นต่อการกดจุดด้วยแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การทดสอบเอฟ และสถิติทดสอบค่าที

สรุปผลการวิจัย

1. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนของกลุ่มทดลองแตกต่างกันตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าอาการในชั่วโมงที่ 4 และ 8 แตกต่างจากชั่วโมงที่ 24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการลดลงตามลำดับ ตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัด และมีอาการน้อยที่สุดในชั่วโมงที่ 24 ส่วนอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันตามช่วงเวลา

2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกช่วงเวลาหลังการผ่าตัด คือหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ผลการวิจัย อภิปรายได้ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนต่างกันตามช่วงเวลาที่มีการประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24 โดยมีอาการมากที่สุดในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4 และลดลงตามลำดับในการประเมินครั้งต่อมา ทั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนน้อยที่สุดในชั่วโมงที่ 24 หลังการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และจากผลการวิจัยที่พบว่าค่าเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ในทุกช่วงเวลา คือหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนได้ดีตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด จัดเป็นกลวิธีในการจัดการกับอาการที่มีเป้าหมายเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการใช้กลวิธีการดูแลตนเอง การเข้ายา ในการบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรในที่มสุขภาพ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกลวิธีในการจัดการกับอาการตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดตามแนวทางการป้องกันการเกิดอาการ ช่วยให้สามารถควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งสอดคล้องกับมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ที่ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ของอาการ ทั้งนี้เป้าหมายของการจัดการกับอาการตามแบบจำลองการจัดการกับอาการกล่าวไว้ว่าการจัดการกับอาการเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบให้เกิดช้าที่สุดด้วยการใช้กลวิธีการดูแลตนเอง การเข้ายาในการรักษาอาการหรือกลวิธีที่ต้องอาศัยบุคลากรในที่มสุขภาพ เป็นการส่งเสริมให้การจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดมีประสิทธิภาพดีขึ้น การจัดการกับอาการด้วยการกดจุดจากผู้วิจัยจึงเป็นกลวิธีที่ส่งเสริมให้ชะลอผลลัพธ์ด้านลบ และจัดการกับอาการที่มีความรุนแรงให้บรรเทาลง ดังนั้นเมื่อพิจารณาที่ค่าเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนของกลุ่มทดลองจึงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

การวิจัยนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดในระยะก่อนผ่าตัด 1 วันเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยได้รับการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ใน

มุมมองของผู้ป่วยแต่ละราย และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน มีการให้ข้อมูลด้วยการสอนประกอบคู่มือในเรื่องที่เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด เกี่ยวกับลักษณะอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ผลจากอาการ ปัจจัยที่มีผล การป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดโดยการใช้ยา และการไม่ใช้ยา ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดในระดับปานกลางและสูง และพบว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดจากการผ่าตัดครั้งก่อนหรือจากญาติที่ให้ข้อมูล จะร่วมแสดงความคิดเห็นได้ มากกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์และพร้อมที่จะใช้กลวิธีการป้องกันและจัดการกับอาการที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งประสบการณ์การมีอาการและการรับรู้อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ของผู้ป่วยในแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไป ทำให้การให้ความหมาย ประเมินความรุนแรง และการตอบสนองต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้น (Dodd และคณะ, 2001) ดังนั้นการที่ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงประสบการณ์คลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดจากประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยการประเมินประสบการณ์การรับรู้ในมุมมองของตัวผู้ป่วยเองก่อนโดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความไว้วางใจและความเป็นมิตรกับผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งยังช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิวิธภาพมากขึ้น เนื่องจากการให้ข้อมูลในการจัดการกับอาการตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนกลวิธีการจัดการกับอาการ สภาพที่ผู้ป่วยจะต้องประสบ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดได้ดีขึ้น (กันยา ออประเสริฐ, 2545: 31; Tate และ Cook, 1996; Jolley, 2001)

ในกลุ่มทดลองนี้ นอกจากมีการจัดการกับอาการในระยะหลังการผ่าตัดที่นอกเหนือจากการใช้ยาแผนปัจจุบันแล้ว กลุ่มทดลองได้รับการกวดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีนจากผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาล จึงถือเป็นกลวิธีการจัดการกับอาการจากบุคลากรในทีมสุขภาพ การกวดจุดนี้เริ่มตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดร่วมกับการกวดจุดหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4 และ 8 โดยเป็นการกวดจุดที่จุด P6 ที่แขนทั้ง 2 ข้าง ข้างละ 5 นาที ครั้งที่ 1 คือนก่อนวันผ่าตัด ครั้งที่ 2 กวดจุดหลังการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยกลับมาที่ตึกพักผู้ป่วย (หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4) และครั้งสุดท้ายเป็นการกวดจุดหลังจากการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8 โดยมีการประเมินผลจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดในชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24 ทั้งนี้การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือ

เปลี่ยนแปลงตามความยินยอม หรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งกลวิธีในการจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด จะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่อไปนี้ที่อยู่เสมอคือ ผู้จัดการอาการเป็นตนเอง และ/หรือการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ (Who) เป็นการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอน (What) ใช้วิธีการจัดการโดยใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด เป็นกลวิธีในการจัดการ (How) จัดการให้ผู้ป่วยในบริเวณที่เข้ารับการผ่าตัด (Whom) จัดการตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดร่วมกับหลังการผ่าตัด (When) เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายร่วมกับป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากอาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอน (Why) และจัดการตั้งแต่ในระยะก่อนการผ่าตัด 1 วัน จนถึงหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 24 (How much)

การกดจุดตามแนวความคิดการแพทย์แผนจีนเป็นการช่วยให้เส้นพลังงานที่เรียกว่าชีในร่างกายไม่ติดขัด การไหลของชีที่ราบรื่นบนเส้นลมปราณมีความจำเป็นในการทำให้ร่างกายทำงานประสานกัน トラบไตที่เลือดและปราณยังคงไหลเวียนได้อย่างต่อเนื่องร่างกายก็ยังคงเป็นปกติ แต่ถ้าการไหลเวียนเกิดติดขัดก็จะทำให้อวัยวะต่างๆทำงานผิดปกติและเกิดการเจ็บป่วย เมื่อมีการกระตุ้นให้ลมปราณไหลเวียนไม่ติดขัดก็จะสามารถช่วยให้หายป่วยได้ (อภิชัย ชัยดรุณ, 2543:13-14; Povolny, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดวิทยาศาสตร์ปัจจุบันที่พบว่า การกดจุดจะไปกระตุ้นใยประสาทในกล้ามเนื้อให้มีการส่งกระแสประสาทจากบริเวณที่มีการกดไปยังบริเวณสมองส่วน midbrain ทำให้เกิดการหลั่งสาร serotonin และ norepinephrine ในไขสันหลังและหลั่งสาร endorphins และ adrenocorticotrophic hormone (ACTH) จากต่อมพิทูอิทารีเข้าไปในกระแสเลือด และส่งอิทธิพลต่อ chemo receptor trigger zone และศูนย์การอาเจียน ทำให้พลังงานเกิดการหมุนเวียนและช่วยควบคุมระบบทางเดินอาหารส่วนบน และส่งผลต่อการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน (Mamaril และคณะ, 2006) นอกจากนี้การแพทย์แผนจีนใช้หลักการดูแลแบบองค์รวม เมื่อบุคคลแสดงอาการของการเจ็บป่วย การแพทย์แผนจีนต้องการทราบว่าการที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับร่างกายทั้งหมดอย่างไร ทั้งนี้ผู้ที่สุขภาพดีจะไม่มีอาการที่ทำให้เกิดทุกข์และมีความสมดุลทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ (Kaptchuk, 1983 อ้างถึงใน Woods, 1999) ซึ่งไม่ได้แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่ไม่ใช่มุ่งเพียงการรักษาอาการแต่เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นสนับสนุนได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดส่งผลให้อาการคลื่นไส้อาเจียน ชัยอนในกลุ่มทดลอง ลดลงตามลำดับ หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับกลวิธีการจัดการกับอาการตามปกติ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมตามคู่มือการให้คำแนะนำที่หอผู้ป่วยนั้นๆ ในการปฏิบัติตัวทั่วไปเพื่อเข้ารับการผ่าตัด เช่น การเตรียมบริเวณผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การบริหารการหายใจ การไอ เป็นต้น และให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนในแต่ละช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน โดยเมื่อเปรียบเทียบตามเวลาที่ประเมินอาการพบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน มากขึ้นตามลำดับโดยมีคะแนนเฉลี่ยอาการมากที่สุดในชั่วโมงที่ 24 หลังการผ่าตัด และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการมากกว่ากลุ่มทดลองในทุกช่วงเวลาที่ทำการศึกษาประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า กลวิธีการจัดการกับอาการด้วยกลวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียวไม่อาจทำให้การจัดการกับอาการมีประสิทธิภาพสูงสุดได้ ทั้งนี้กลุ่มควบคุมไม่มีกลวิธีที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพของการดูแลปกติ ซึ่งไม่เพียงพอในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน ในช่วงระยะหลังการผ่าตัด

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดร่วมกับการกดจุดตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด ร่วมกับการกดจุดหลังการผ่าตัดในงานวิจัยนี้ส่งผลให้อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24 ผลการวิจัยสอดคล้องกับ Ming และคณะ (2002) ที่ทำการศึกษาผลของการกดจุดต่อการป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด พบว่าการกดจุดด้วยนิ้วมือเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนหลังการผ่าตัด โดยศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดไชนีสผ่านกล้องโดยวิธีดมยาสลบจำนวน 150 คน สุ่มเข้ากลุ่ม 3 กลุ่ม ๆ ละ 50 คน ได้แก่ กลุ่มที่ใช้เข็มกดจุด กลุ่มที่ใช้แถบข้อมือกดจุด หรือ กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ได้รับการกดจุดด้วยนิ้วมือจะได้รับการกดจุดก่อนการผ่าตัดร่วมกับการกดจุดหลังการผ่าตัด กลุ่มทดลองที่ใช้แถบรัดข้อมือกดจุดจะได้รับการพันแถบรัดข้อมือกดจุดที่ข้อมือให้ปุ้มบนแถบรัดกดจุดแทนนิ้วมือก่อนการผ่าตัด และถอดออกหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีอาการคลื่นไส้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=9.06, p<0.001$) โดยกลุ่มที่ได้รับการกดจุดด้วยนิ้วมือมีอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ที่น้อยที่สุด ส่วนอาการอาเจียนพบว่าทั้ง 3 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=8.82, p < 0.001$) และเมื่องานวิจัยของ Chen และคณะ (2005) ศึกษาผลของการกดจุดต่ออาการ คลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัดตลอด โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 104 คน อายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์

เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวกจากตารางการผ่าตัดของโรงพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับการกดจุดด้วยนิ้วมือที่จุด P6 รวมทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 กดจุดในคืนก่อนผ่าตัด ครั้งที่ 2 ภายใน 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และ ครั้งที่ 3 หลังผ่าตัด 8-10 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า การกดจุดสามารถลดอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือขย้อนหลังการผ่าตัดได้ โดยในระยะ 2-4 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด การเกิดอาการในกลุ่มทดลองลดลงจากร้อยละ 69.30 เป็นร้อยละ 53.90 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (95% confidence interval=1.65-0.11; p=.04) ส่วนในระยะ 8-10 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด กลุ่มทดลองมีอาการลดลงจากร้อยละ 36.2 เป็นร้อยละ 15.4 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (95% confidence interval=0.59-0.02; p=.02)

นอกจากนี้ยังมีผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นจุด P6 ที่พบว่าได้ผลดีในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด เช่น Schultz และคณะ (2003) ศึกษาเปรียบเทียบผลของแถบรัดข้อมือกดจุด ยาป้องกันอาเจียนชนิด droperidol และการใช้แถบรัดข้อมือกดจุดร่วมกับยา droperidol เมื่อใช้ก่อนการผ่าตัดเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม พบว่าประสิทธิภาพของยาป้องกันอาเจียนไม่ต่างจากการกดจุดในการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด Turgut และคณะ(2007) ศึกษาประสิทธิผลของการกดจุดในการป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมและได้รับยาแก้ปวดชนิดควบคุมด้วยตัวเองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีกรรม พบว่าอัตราการให้ยาป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยนั้นการศึกษาเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ยังไม่มีผู้ทำการวิจัยด้านการจัดการกับอาการด้วยวิธีให้โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดหลังการผ่าตัด การศึกษาของรัตติยา ศรีอินทร์ (2549) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยกลุ่มทดลองได้รับการกดจุด P6 1 ครั้งหลังการผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน และขย้อนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะ 6 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด แต่เมื่อครบ 24 ชั่วโมงพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยอาการในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน

โดยสรุปแล้ว การให้ข้อมูลการป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอุบัติการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนได้สูง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีกลวิธีในการจัดการกับอาการ การเสริมกลวิธีในการจัดการกับ

อาการด้วยโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดร่วมกับการกดจุดจากผู้วิจัยเป็นการใช้กลวิธีการจัดการกับอาการจากทีมสุขภาพ ทำให้การจัดการกับอาการมีประสิทธิภาพมากขึ้น และผลลัพธ์คือความรุนแรงของอาการคลีนได้ อาเจียน ชัยอนน้อยลง ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่า แม้จะเป็นโปรแกรมที่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติเพียงสั้นๆ โดยใช้ระยะเวลาก่อนผ่าตัด 1 วัน จนถึงหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง พบผู้ป่วย 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20-30 นาที แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมร้อยละ 100 มีความพึงพอใจระดับปานกลางถึงมาก และร้อยละ 86.67 มีความสุขสบายระดับปานกลางถึงมาก ดังนั้นโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดที่มีการศึกษาแล้วว่าเป็นวิธีที่ไม่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ราคาไม่แพง ใช้ได้หลังการผ่าตัด นำกลับมาใช้ซ้ำได้ (Turgut และคณะ, 2007; Abraham, 2008) ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่มีการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันและเป็นที่ยอมรับทั่วโลก จัดเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลบทบาทหนึ่งของ การช่วยเหลือในการลดและควบคุมอาการไม่ให้ความรุนแรงมากขึ้นโดยใช้กระบวนการพยาบาล คือ การประเมิน การพยาบาล การประเมินผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุด สามารถป้องกันและลดอาการคลีนได้ อาเจียน ชัยอนในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันและลดอาการคลีนได้ อาเจียนหลังการผ่าตัดและช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น ซึ่งเป็นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยนรีเวชกรรมหลังการผ่าตัดที่พยาบาลผู้มีหน้าที่ด้านการบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล ควรให้ความสำคัญ และร่วมกันในการป้องกันและจัดการกับอาการคลีนได้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด ดังนั้นข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ มีดังนี้

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมในการส่งเสริมการป้องกันและจัดการกับอาการคลีนได้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด โดยนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนกลวิธีที่เหมาะสมในการบริการผู้ป่วยนรีเวชกรรมที่เข้ารับการผ่าตัด และให้การสนับสนุนในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรด้านปฏิบัติการกดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน รวมทั้งสนับสนุนในด้านงบประมาณ สถานที่ เอกสารต่าง ๆ
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยนรีเวชกรรมที่เข้ารับการผ่าตัด ควรพิจารณานำโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดไปประยุกต์ใช้ในการให้การ

พยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลเดียวกันในการป้องกันและลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด การปฏิบัติควรประกอบด้วย การประเมินประสพการณ์ การมีอาหาร การให้ข้อมูลด้านการป้องกันและจัดการกับอาการ การกดจุด P6 ก่อนและหลังการผ่าตัด รวมถึงการประเมินผลการป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด

3. ข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดไปใช้

3.1 การให้การบำบัดด้วยการกดจุดนี้ผู้วิจัยพบว่าผู้กดจุดต้องมีจิตใจนิ่ง มีสมาธิขณะทำการกดจุด ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในการกดจุดในกรณีที่ผู้ให้การกดจุดไม่มีสมาธิหรือมีความเครียด ดังนั้นการควบคุมภาวะอารมณ์และการฝึกสมาธิจึงเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในการกดจุดที่ควรมีการฝึกฝนควบคู่กันไปกับการฝึกการกดจุด

3.2 จากความเชื่อทางการแพทย์แผนจีนที่ว่า การกดจุดเป็นการกระตุ้นให้ร่างกายรักษาตัวเอง เพิ่มพลังชีวิต และป้องกันโรค โดยใช้หลักความสมดุลของพลังงานที่เรียกว่าชี่ที่ไหลเวียนอยู่ในร่างกาย ซึ่งเป็นแนวทางเดินที่มองไม่เห็น ผู้วิจัยพบว่าผู้กดจุดและผู้ถูกกดจุดมีการถ่ายทอดพลังงานซึ่งกันและกัน ดังนั้นผู้กดจุดจึงควรประเมินตัวเองและเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนทำการกดจุด เนื่องจากถ้าผู้กดจุดอ่อนเพลียจะมีโอกาสรับพลังงานที่เป็นพลังป่วยจากผู้ถูกกดจุดได้ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการรับพลังป่วยแต่ผู้กดจุดสามารถนำการกดจุดมาบำบัดตัวเองจากอาการที่มีการถ่ายทอดมาจากผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่นอนค้างคืนในโรงพยาบาล หรือในรายผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเกินกว่า 24 ชั่วโมงแต่ยังคงมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยสอนผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้กดจุดให้แก่กลุ่มตัวอย่าง การให้ผู้ป่วยกดจุดด้วยตัวเองเป็นการเพิ่มกลวิธีในการจัดการกับอาการและการให้ครอบครัวกดจุดให้ผู้ป่วยเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว

2. ควรมีการศึกษาผลของการกดจุดในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีแนวโน้มเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เช่น สตรีมีครรภ์ช่วงไตรมาสแรก เพื่อเป็นทางเลือกในผู้ที่ไม่ต้องการรับประทานยาแผนปัจจุบัน และกังวลว่าการรับประทานยาจะส่งผลต่อบุตรในครรภ์

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กอดจูดด้วยตนเอง. 2547. แปลโดย พนิดา กุลประสูติดิติก. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.

กอดจูดหยุดป่วยตามหลักการแพทย์แผนจีน. 2551. แปลโดย วรธนะ มโนภินิเวศ และ

จจรณ มไหศวรรย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ขุนเขา.

กรกฎ ศิริมัช. 2550. การผ่าตัดผ่านกล้องในสาขาวิชาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ (Reproductive endoscopy). ใน ชาญชัย วันทนาศิริ และ ดวงสิทธิ์ วัฒนกนารา (บรรณาธิการ), สูตินรีเวช ทันยุค OB-Gyn in practice 2007, หน้า 357-373. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

การกดจุด: Finger pressure. 2552. แปลโดย ซอรั่มิน แอล. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: กราฟิคอาร์ต.

กันยา ออประเสริฐ. 2545. การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. ใน วรนุช เกียรติพงษ์ถาวร และคณะ (บรรณาธิการ), การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 37-51. กรุงเทพมหานคร: ลีฟวิ่ง ทรานส์ มีเดีย.

กันยา ออประเสริฐ. 2546. การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึก. ใน เบญจมาศ ปรีชาคุณ และ เบญจวรรณ ธีระเทอดตระกูล (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น, หน้า 86-122. กรุงเทพมหานคร: เอ.พี.ลีฟวิ่ง.

โกวิท คัมภีร์ภาพ. 2546. จุดฝังเข็ม. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

โกวิท คัมภีร์ภาพ. 2546. ศาสตร์ฝังเข็ม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา.

งามพิศ ธนไพศาล และคณะ. 2551. ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 23: 360-365.

ใจรัตน์ ศุภสกุล. 2530. ผลการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชนกพร จิตปัญญา. 2551. Nausea, retching, and Vomiting. ใน เอกสารคำสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง 1, หน้า 302-373. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ซัชฎาภรณ์ นันทขว้าง. 2547. ความต้องการด้านสุขภาพของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบ
เวดดิคอล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดลนชา อิศริยานันท์. 2546. ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดและการบริหาร
หลังผ่าตัดต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วยวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงกมล แสนสุโพธิ์. 2542. ผลการฝึกการผ่อนคลายต่ออาการคลื่นไส้ ชัยอ่อน อาเจียน ในผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดารณี พัทฒนกุลชัย. 2546. การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับและจำหน่ายจากห้องพักฟื้น. ใน
เบญจมาศ ปรีชาคุณ และ เบญจวรรณ ชีระเทอดตระกูล (บรรณาธิการ), การพยาบาล
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น, หน้า 70-84. กรุงเทพมหานคร: เอ.พี.ลีสฟิง.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. 2547. ตำราประกอบการเรียนวิชาสถิติในการวิจัยทางการศึกษา: การวิเคราะห์
และการแปลความหมายข้อมูลในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window
Version 10-12. กรุงเทพมหานคร: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณนากร. 2550. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุษบา สมใจวงษ์. 2544. ผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ ชัยอ่อน และอาเจียนใน
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชา
การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประทุม สร้อยวงค์. 2538. แบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้ และอาเจียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและ
การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ โรจน์พลกร-ก๊วย และ ยูวดี ฤาชา. 2549. สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและ
การใช้โปรแกรม SPSS for Window. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- ปิยะภร ไพโรสนธิ์. 2551. ผลของการกวดจุดต่อการบรรเทาอาการคลื่นไส้ ชัยอ่อน และอาเจียนใน
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ผกามาศ บุญญาภิสมภาร. 2548. ผลของการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนิดา กุลประสูติดิลก. 2550. กดจุด หยุดป่วย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วันว่าง.
- ภัททิยา ชัยนาคิน. 2549. ผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่มีต่ออาการคลื่นไส้ ชัยอน อาเจียนใน
ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รักชนก ภัคดีโพธิ์. 2550. ผลของดนตรีบำบัดต่อความเครียด อาการคลื่นไส้ ชัยอนและอาเจียนใน
ผู้ป่วยสตรีมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชณี นามจันทร์. 2535. ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเองและแบบแผนการเกิด
อาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต.
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตติยา ศรีอินทร์. 2549. ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการ
คลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต.
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. 2551. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (Nursing
research: Concepts to application). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน, ศูนย์สารสนเทศ. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 [ออนไลน์].
2542. แหล่งที่มา: <http://rirs3.royin.go.th/word2/word-2-a0.asp> [23 กันยายน 2552]
- เรณู อาจสาดี. 2550. การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- ลักษมี ชาญเวชท์ และคณะ. 2544. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยนอกภายหลังการส่องกล้อง
ทางนรีเวชกรรมโดยการให้ยาสลบไทโอเพนซิล - ไนตรัสออกไซด์ เปรียบเทียบกับโปรโปฟอล-
ไนตรัสออกไซด์ และเทคนิคการให้ยาสลบทางหลอดเลือดดำโดยใช้โปรโปฟอล.
จดหมายเหตุทางการแพทย์ 84: 694-704.
- วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร. 2545. การพยาบาลศัลยศาสตร์. ใน วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร และคณะ
(บรรณาธิการ), การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร:

ลีฟวิง ทรานส์ มีเดีย.

วรภา สุวรรณจินดา. 2536. ฤทธิ์ของยาสลบกับภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร.

ใน อังกาบ ปราการรัตน์ และ วรภา สุวรรณจินดา (บรรณาธิการ), ภัยของการให้ยาระงับ
ความรู้สึก. พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 131-152. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้พับลิเคชั่น.

วิจิต วัฒนาวินบูล และ ภาสกิจ วัฒนาวินบูล. 2548. ปรัชญาแนวคิดพื้นฐานการแพทย์ตะวันออก-
ตะวันตก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์. 2545. การพยาบาลผู้ป่วยหลังกลับจากห้องผ่าตัด. ใน วรสุข เกียรติพงษ์ถาวร
และคณะ (บรรณาธิการ), การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 137-
178. กรุงเทพมหานคร: ลีฟวิง ทรานส์ มีเดีย.

สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. 2550. ตำราวิสัญญีวิทยา: ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับ
ความรู้สึก. สมุทรสาคร: โรงพิมพ์วินเพรสโปรดักชันเฮาส์.

สุชาติพ เกษตรลักษณ์. 2548. การศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการ
นวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายของผู้ป่วยหลังผ่าตัด
หัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักการพยาบาล. 2551. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล
(ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุวรรณี สร้อยสงค์. 2550. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาในระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี:
การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพ. ใน ชมนาด วรรณพรศิริ และ วราภรณ์ สัตยวงศ์
(บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาในระบบต่างๆของร่างกาย: การประยุกต์ใช้
แบบแผนสุขภาพ เล่ม 1, หน้า 248-337. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.

สุวิมล ว่องวานิช และ นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2546. แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์.

กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

สุวิมล ศุภวงศ์วรรณนะ. 2546. อาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- หทัย ถิ่นธารา และ พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา. 2546. บทนำและการฝึกอบรมการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช. ใน หทัย ถิ่นธารา (บรรณาธิการ), การผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวช, หน้า 3-27. นนทบุรี: โฮลิสติก แพบลิชชิง.
- หยาง เผยเซิน. 2552. กุดจุดบำบัดโรค. กรุงเทพมหานคร: เบสท์ กราฟฟิค เพรส.
- อภิชัย ชัยดรุณ. 2543. วิวัฒนาการแห่งเวชกรรมฝังเข็ม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.
- อรนุช ประดับทอง. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร เรื่องตระกูล. 2552. เอกสารคำสอนรายวิชา สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภากร สกุลนรเศรษฐ์. 2553. แนวคิด-กุดจุด หยุดโรคร้าย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ฟิลกูด.
- อาริยา สอนบุญ. 2543. ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุสารห์ รุจิระวิโรจน์. 2543. การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Abraham, J. 2008. Acupressure and acupuncture in preventing and managing postoperative nausea and vomiting in adults. Journal of Perioperative Practice 18: 543-551.
- Agarwal, A., et al. 2002. Acupressure and ondansetron for postoperative nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy. Can J Anesth 49: 554-560.
- Alkaissi, A., Evertsson, K., Johnsson, V. A., Ofenbartl, L., and Kalman, S. 2002. P6 acupressure may relieve nausea and vomiting after gynecological surgery: An effectiveness study in 410 women. Can J Anesth 49: 1034-1039.

- Amdipharm. Post-operative nausea and vomiting [On line]. 2004. Available from :
<http://www.nauseaandvomiting.co.uk/NAVRES001-3-PONV.htm> [August 2, 2009]
- American Society of PeriAnesthesia Nurses. 2006. ASPAN'S evidence-based clinical practice guideline for the prevention and/or management of PONV/PDND. Journal of PeriAnesthesia Nursing 21: 230-250.
- Anderson, L. A., and Gross, J. B. 2004. Aromatherapy with peppermint, isopropyl alcohol, or placebo is equally effective in relieving postoperative nausea. Journal of PeriAnesthesia Nursing 19: 29-35.
- Andrews, P. L. R., and Horn, C. C. 2006. Signals for nausea and emesis: Implications for models of upper gastrointestinal diseases. Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical 125: 100-115.
- Apfel, C. C., et al. 1998. A risk score to predict the probability of postoperative vomiting in adults. Acta Anaesthesiol Scand 42: 495-501.
- Apfel, C. C., et al. 1998. The discriminating power of a risk score for postoperative vomiting in adults undergoing various types of surgery. Acta Anaesthesiol Scand 42: 502-509.
- Apfel, C. C., Laara, E., Koivuranta, M., Greim, C. A., and Roewer, N. 1999. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting. Anesthesiology 91: 693-700.
- Apfel, C. C., Roewer, N., and Korttila, K. 2002. How to study postoperative nausea and vomiting. Acta Anaesthesiol Scand 46: 921-928.
- Apfel, C. C., et al. 2002. Volatile anaesthetics may be the main cause of early but not delayed postoperative vomiting: A randomized controlled trial of factorial design. British Journal of Anaesthesia 88: 659-668.
- Apfel, C. C., and Roewer, N. 2003. Risk assessment of postoperative nausea and vomiting. International Anesthesiology Clinics 41: 13-32.

- Apfel, C. C., Stoecklein, K., and Lipfert, P. 2005. PONV: A problem of inhalational anaesthesia?. Best practice and Research Clinical Anaesthesiology 19: 485-500.
- Arnberger, M., et al. 2007. Monitoring of neuromuscular blockade at the P6 acupuncture point reduces the incidence of postoperative nausea and vomiting. Anesthesiology 107: 903-908.
- Boehler, M., Mitterschiffthaler, G., and Schlager, A. 2002. Korean hand acupressure reduces postoperative nausea and vomiting after gynecological laparoscopic surgery. Anesth Analg 94: 872-875.
- Brearley, S. G., Clements, C. V., and Molassiotis, A. 2008. A review of patient self-report tools for chemotherapy-induced nausea and vomiting. Support Care Cancer 16: 1213-1229.
- Brougham, L., and Bolton, J. 2004. Protocol beat nausea and vomiting. Australian Nursing Journal 11: 35.
- Bryson, E. O., Frost, E. A. M., and Rosenblatt, M. 2007. Management of the patient at risk for postoperative nausea and vomiting. M.E.J. Anesth 19: 15-36.
- Chaiyakunapruk, N., Kitikannakorn, N., Nathisuwan, S., Leeprakobboon, K., and Leelasettagool, C. 2006. The efficacy of ginger for the prevention of postoperative nausea and vomiting: A meta-analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 194 : 95-99.
- Charman, R. A. 2002. Acupressure and reflextherapy in the treatment of medical condition. Physiotherapy 88: 124.
- Chen, H. M., Chang, F. Y., and Hsu, C. T. 2005. Effect of acupressure on nausea, vomiting, anxiety, and pain among post-cesarean section woman in Taiwan. Kaohsiung J Med Sci 21: 341-350.
- Chernyak, G. V., and Sessler, D. I. 2005. Perioperative acupuncture and related techniques. Anesthesiology 102: 1031-1049.

- Chimbira, W., and Sweeney, B. P. 2000. The effect of smoking on postoperative nausea and vomiting. Anaesthesia 55: 540-544.
- Chiravalle, P., and McCaffrey, R. 2005. Alternative therapy applications for postoperative nausea and vomiting. Holist Nurs Pract 19: 207-210.
- Choi, D. H., Ko, J. S., Ahn, H. J., and Kim, J. A. 2005. A Korean predictive model for postoperative nausea and vomiting. J Korean Med Sci 20: 811-815.
- Close, A. 1988. Patient education: A literature review. Journal of Advanced Nursing 13: 203-213.
- Conway, B. 2009. Prevention and management of postoperative nausea and vomiting in adults. AORN 90: 391-413.
- Croissant, K., and Shafi, M. I. 2008. Preoperative and postoperative care in gynaecology. Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine 19: 68-74.
- Dodd, M., et al. 2001. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing 33: 668-676.
- Ebell, M. H. 2007. Point of care guides predicting postoperative nausea and vomiting. American Family Physician 15: 1-3.
- Everett, L. L. 2002. Can the risk of postoperative nausea and vomiting be identified and lowered during the preoperative assessment?. International Anesthesiology Clinics 40: 47-62.
- Ezzo, J., Streiberger, K., and Scheider, A. 2006. Cochrane systematic reviews examine P6 acupuncture-point stimulation for nausea and vomiting. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 12: 489-495.
- Facione, N. C., and Dodd, M. J. 1995. Women's narratives of help-seeking for breast cancer. Cancer Practice 3: 219-225.
- Fan, C.F., et al. 1997. Acupressure treatment for prevention of postoperative nausea and vomiting. Anesth Analg 84: 821-825.

- Fetzer, S. J., Hand, M. C., Bouchard, P. A., Smith, H., and Jenkins, M. B. 2004. Evaluation of the Rhodes Index of nausea and vomiting for ambulatory surgery patients. Journal of Advanced Nursing 47: 74-80.
- Fujii, Y., and Nakayama, M. 2008. Dexamethasone for reduction of nausea, vomiting and analgesic use after gynecological laparoscopic surgery. International Journal of Gynecology and Obstetrics 100: 27-30.
- Gan., T. J. 2002. Postoperative nausea and vomiting-Can It be eliminated?. JAMA 278: 1233-1236.
- Gan, T. J. 2003. Evidence-based management of postoperative nausea and vomiting. Can J Anesth 50: R1-R4.
- Gan, T. J. 2006. Risk factors for postoperative nausea and vomiting. Anesth Analg 102: 1884-1898.
- Garrett, K., Tsuruta, K., Walker, S., Jackson, S., and Sweat, M. 2003. Management nausea and current strategies. Critical Care Nurse 23: 31-49.
- Golembiewski, J. A., and O'Brien, D. 2002. A systematic approach to the management of postoperative nausea and vomiting. Journal of PeriAnesthesia Nursing 17: 364-376.
- Golembiewski, J., Chernin, E., and Chopra, T. 2005. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting. Am J Health-Syst Pharm 62: 1247-1260.
- Grundy, D. 2006. Nausea and vomiting-An interdisciplinary approach. Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical 129: 1-2.
- Gundzik, K. 2008. Nausea and vomiting in the ambulatory surgical setting. Orthopaedic Nursing 27: 182-188.
- Gunta, K., Lewis, C., and Nuccio, S. 2000. Prevention and management of postoperative nausea and vomiting. Orthopaedic Nursing 19: 39-48.
- Habib, A. S., Chen, Y. T., Taguchi, A., Hu, X. H., and Gan, T. J. 2006. Postoperative nausea and vomiting following inpatient surgeries in a teaching hospital:

A retrospective database analysis. Current Medical Research and Opinion 22: 1093-1099.

Harmon., D., Gardiner, J., Harrison, R., and Kelly, A. 1999. Acupressure and the prevention of nausea and vomiting after laparoscopy. British Journal of Anaesthesia 82: 387-390.

Heisler, J. Gynecology surgery defined [On line]. 2009. Available from : <http://surgery.about.com/od/glossaryofsurgicalterms/g/GynecologySurge.htm> [September 19, 2009]

Horn, C. C. 2007. Is there a need to identify new anti-emetic drugs?. Drug Discov Today Ther Strateg 4: 183-187.

Horn, C. C. 2008. Why is the neurobiology of nausea and vomiting so important?. Appetite 50: 430-434.

Hough, M., and Sweeney, B. 1998. The influence of smoking on postoperative nausea and vomiting. Anaesthesia 53: 932-933.

Jolley, S. 2001. Managing post-operative nausea and vomiting. Nursing Standard 15: 40.

Jordan, K., Schmoll, H. J., and Aapro, M. S. 2007. Comparative activity of antiemetic drugs. Critical Reviews in Oncology/Hematology 61: 162-175.

Kerger, H., et al. 2007. Patients' willingness to pay for anti-emetic treatment. Acta Anaesthesiol Scand 51: 38-43.

Kim, K. S., Koo, M. S., Jeon, J. W., Park, H. S., and Seung, I. S. 2002. Capsicum plaster at the Korean hand acupuncture point reduces postoperative nausea and vomiting after abdominal hysterectomy. Anesth Analg 95: 1103-1107.

Koithan, M. 2009. Introducing complementary and alternative therapies. J Nurse Pract 5: 18-20.

Koivuranta, M., Laara, E., Snare, L., and Alahuhta, S. 1997. A survey of postoperative nausea and vomiting. Anaesthesia 52: 443-449.

- Kranke, P., et al. 2001. An increased body mass index is no risk factor for postoperative nausea and vomiting: A systematic review and results of original data. Acta Anaesthesiol Scand 45:160-166.
- Kreis, M. E. 2006. Postoperative nausea and vomiting. Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical 129: 86-91.
- Kucharczyk, J., Stewart, D. J., and Miller, A. D. 2000. Nausea and vomiting: Recent research and clinical advance. Florida: CRC Press.
- Lacey, C. Hysterectomy surgical removal of the uterus, or womb [On line]. 2006. Available from : <http://www.gynecologycenter.medem.com/ypol/user/userMain.asp?siteid=3001154, and content=userViewContentInFramework, and bcx=My%20Doctor^TAB~Web%20Site^MNU~Dr.%20Barrueto^PST^3001154~Home%20Page^CAT^1~Article^MAP^ZZZMULQGSWC, and cid=ZZZMULQGSWC, and secure=2> [September 19, 2009]
- Lambert, K. G., Wakim, J. H., and Lambert, N. E. 2009. Preoperative fluid bolus and reduction of postoperative nausea and vomiting in patients undergoing laparoscopic gynecologic surgery. AANA Journal 77: 110-114.
- Laurion, S., and Fetzer, S. J. 2003. The effect of two nursing interventions on the postoperative outcomes of gynecologic laparoscopic patients. Journal of PeriAnesthesia Nursing 18: 254-261.
- Lazarus, R. S., and Folfman, S. 1984. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer publishing.
- Macario, A., Weinger, M., Carney, S., and Kim, A. 1999. Which clinical anesthesia outcomes are important to avoid? The perspective of patients. Anesth Analg 89: 652-658.
- Maddali, M. M., Mathew, J., Fahr, J., and Zarroug, A. W. 2003. Postoperative nausea and vomiting in diagnostic gynaecological laparoscopic procedures: Comparison of the efficacy of the combination of dexamethasone and metoclopramide with

- that of dexamethasone and ondansetron. J Postgrad Med 49: 302-306.
- Mamaril, M. E., Windle, P. E., and Burkard, J. F. 2006. Prevention and management of postoperative nausea and vomiting: A Look at complementary techniques. Journal of PeriAnesthesia Nursing 21: 404-410.
- Martinez, J. B., Moos, D. D., and Dahlen, L. L. 2006. Droperidol's effect on QT interval. Journal of PeriAnesthesia Nursing 21: 82-87.
- Maxwell, C. V. 2002. Management of postoperative nausea and vomiting. Prim Care Update Ob/Gyns 9: 13-16.
- McDaniel, R. W., and Rhodes, V. A. 2004. Measuring nausea, vomiting and retching. In Frank-Stromborg, M., and Olsen, S.J. (ed.), Instrument for clinical health-care research. 3rd ed., pp.583-593. Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Miller, T. E., Roche, A. M., and Gan, T. J. 2009. Definitions and epidemiology. Current Opinion in Critical Care 15: 314-319.
- Ming, J. L., Kuo, B. I.T., Lin, J. G., and Lin, L. C. 2002. The efficacy of acupressure to prevent nausea and vomiting in post-operative patients. Journal of Advanced Nursing 39: 343-351.
- Moos, D. D., and Hansen, D. J. 2008. Metoclopramide and extrapyramidal symptoms: A case report. Journal of PeriAnesthesia Nursing 23: 292-299.
- Mraovic, B., imurina, T. S., Sonicki, Z., Skitarelic, N., and Gan, T. J. 2008. The dose-response of nitrous oxide in postoperative nausea in patients undergoing gynecologic laparoscopic surgery: A preliminary study. Ambulatory Anesthesiology 107: 818-823.
- Mullen, J. T., et al. 2008. Impact of body mass index on perioperative outcomes in patients undergoing major intra-abdominal cancer surgery. Annals of Surgical Oncology 15: 2164-2172.
- Murphy, M. J., Hooper, V. D., Sullivan, E., Clifford, T., and Apfel, C. C. 2006. Identification of risk factors for postoperative nausea and vomiting in the perianesthesia adult

- patient. Journal of PeriAnesthesia Nursing 21: 377-384.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. Complementary and alternative medicine (CAM) What is CAM? - Definition of CAM [On line]. 2008. Available from : <http://nihseniorhealth.gov/cam/definitionofcam/01.html> [April 13, 2010]
- National Institutes of Health. 1997. Acupuncture. NIH Consensus Statement 15: 1-34.
- Nunley, C., Wakim, J., and Guinn, C. 2008. The effects of stimulation of acupressure point P6 on postoperative nausea and vomiting: A review of literature. Journal of PeriAnesthesia Nursing 23: 247-261.
- O'Regan, P., Wills, T., and O'Leary, A. 2010. Complementary therapies: A challenge for nursing practice. Nursing Standard 24: 35-39.
- Orhan-Sungur, M., Kranke, P., Sessler, D., and Apfel, C. C. 2008. Does supplemental oxygen reduce postoperative nausea and vomiting? A meta-analysis of randomized controlled trials. Anesth Analg 106: 1733-1738.
- Parker, L. A., and Limebeer, C. L. 2006. Conditioned gaping in rats: A selective measure of nausea. Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical 129: 36-41.
- Pearl, M. L., Valea, F. A., Fischer, M., Mahler, L., and Chalas, E. 1998. A randomized controlled trial of early postoperative feeding in gynecologic oncology patients undergoing intra-abdominal surgery. Obstetrics and Gynecology 92: 94-97.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. 2004. Nursing research: Principle and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.
- Polit, D.F., and Hungler, B.P. 1995. Nursing research: Principle and methods. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Povolny, B. 2008. Acupuncture and traditional Chinese medicine: An overview. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management 12: 109-110.
- Rhodes, V. A., and McDaniel, R. W. 1999. The index of nausea, vomiting, and retching: A new format of the index of nausea, vomiting, and retching. Oncology Nursing Forum 26: 889-894.

- Roach, H. A., Trembley, L. M., and Bowers, D. L. 1995. A preoperative assessment and education program: Implementation and outcomes. Patient Education and Counseling 25: 83-88.
- Roberts, G. W., et al. 2005. Postoperative nausea and vomiting are strongly influenced by postoperative opioid use in a dose-related manner. Anesth Analg 101: 1343-1348.
- Russo, J., Jr. Acupuncture for nausea and vomiting: Where do we go from here? [On line]. 2006. Available from : <http://www.thecamreport.com/2006/10/> [August 2, 2009]
- Sahmeddini, M. A., and Fazelzadeh, A. 2008. Does auricular acupuncture reduce postoperative vomiting after cholecystectomy?. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 14: 1275-1279.
- Schlager, A., Boehler, M., and Puhlinger, F. 2000. Korean hand acupressure reduce postoperative vomiting in children after strabismus surgery. Br J Anaesth 85: 267-270.
- Schultz, A. A., Andrews, A. L., Goran, S. F., Mathew, T., and Sturdevant, N. 2003. Comparison of acupressure bands and droperidol for reducing post-operative nausea and vomiting in gynecologic surgery patients. Applied Nursing Research 16: 256-265.
- Scuderi, P. E., and Conlay, L. A. 2003. Postoperative nausea and vomiting and outcome. International Anesthesiology Clinics 41: 165-174.
- Shen, J., et al. 2000. Electroacupuncture for control of myeloablative chemotherapy-induced emesis: A randomized controlled trial. JAMA 284: 2755-2761.
- Sinclair, D. R., Chung, F., and Mezei, G. 1999. Can postoperative nausea and vomiting be predicted?. Anesthesiology 91: 109-118.
- Somri, M., Vaida, S. J., Sabo, E., Yassain, G., Gankin, I., and Gaitini, L. A. 2001. Acupuncture versus ondansetron in the prevention of postoperative vomiting: A study of children undergoing dental surgery. Anaesthesia 56: 927-932.

- Streitberger, K., Ezzo, J., and Schneider, A. 2006. Acupuncture for nausea and vomiting: An update of clinical and experimental studies. Autonomic Neuroscience : Basic and Clinical 129: 107-117.
- Tate, S., and Cook, H. 1996. Postoperative nausea and vomiting 1: Physiology and aetiology. British Journal of Nursing 5: 12-25.
- Tate, S., and Cook, H. 1996. Postoperative nausea and vomiting 2: Management and treatment. British Journal of Nursing 5: 1032-1039.
- Tseng, L. H., et al. 2006. A randomized blinded study of the incidence of postoperative nausea and vomiting in women after major gynecologic laparoscopic surgery. Journal of Minimally Invasive Gynecology 13: 413-417.
- Turgut, S., et al. 2007. Acupressure for postoperative nausea and vomiting in gynaecological patients receiving patient-controlled analgesia. European Journal of Anaesthesiology 24: 87-91.
- Walker, J. A. 2007. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction?. British Journal of Nursing 16: 27-32.
- Watcha, M. F., and White, P. F. 1992. Postoperative nausea and vomiting: Its etiology, treatment, and prevention. Anesthesiology 77: 162-184.
- Weilbach, C., et al. 2006. Postoperative nausea and vomiting (PONV): Usefulness of the Apfel-score for identification of high risk patients for PONV. Acta Anaesth. Belg. 57: 361-363.
- Whalen, F., Sprung, J., Burkle, C. M., Schroeder, D. R., and Warner, D. O. 2006. Recent smoking behavior and postoperative nausea and vomiting. Anesth Analg 103: 70 –75.
- White, P. F. 2004. Editorials: Prevention of postoperative nausea and vomiting - A multimodal solution to a persistent problem. The New England Journal of Medicine 350: 2511-2512.

- Wikipedia. Gynecological surgery [On line]. 2009. Available from : [http:// en. wikipedia. org/wiki/Gynecological_surgery](http://en.wikipedia.org/wiki/Gynecological_surgery) [September 19, 2009]
- Wilhelm, S. M., Dehoorne-Smith, M. L., and Kale-Pradhan, P. B. 2007. Prevention of postoperative nausea and vomiting. The Annals of Pharmacotherapy 40: 68-78.
- Williams, K.S. 2005. Postoperative nausea and vomiting. Surgical Clinics of North America 85: 1229-1241.
- Windle, P. E., Borrromeo, A., Robles, H., and Ilacio-Uy, V. 2001. The effects of acupressure on the incidence of postoperative nausea and vomiting in post-surgical patients. Journal of PeriAnesthesia Nursing 16: 158-162.
- Woods, R. M. 1999. Pericadium-6 acupressure for the prevention of postoperative nausea and vomiting. Graduate school of Nursing Faculty. Faculty of the Uniformed Services University of the Health Sciences.
- World Health Organization. 2008. WHO standard point locations in the Western Pacific region. Geneva: WHO.
- Yusufu, L. M. D. 2002. Postoperative nausea and vomiting. Anals of African Medicine 1: 1-7.
- Zeitz, K., McCutcheon, H., and Albrecht, A. 2004. Postoperative complications in the first 24 hours: A general surgery audit. Journal of Advanced Nursing 46: 633-640.

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

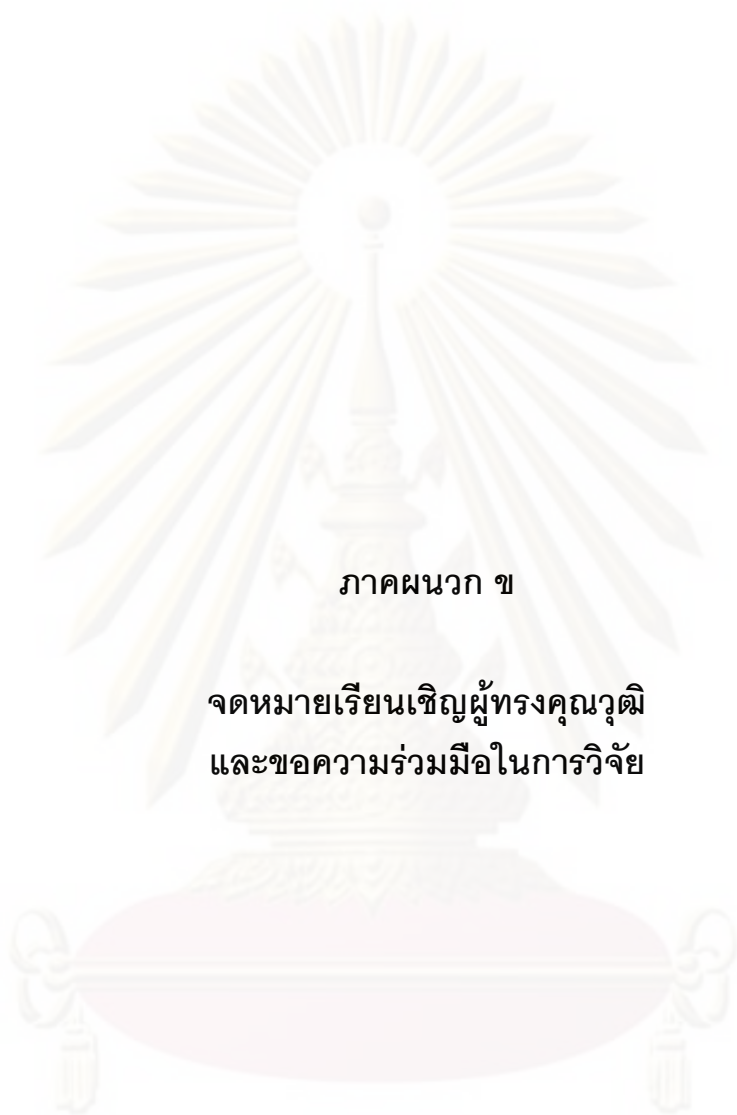
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ของเครื่องมือวิจัย มีดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภจรรย์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูตินรีเวชกรรม คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
2. อาจารย์ ภัททิยา ชัยนาคิน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบผสมผสาน ประจำภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
3. นางปิยมาภรณ์ พุทธพงษ์ศิริพร พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. และ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก) วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ให้การดูแลผู้ป่วยนรีเวชกรรมมากกว่า 10 ปี
4. ศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์วิระวัฒน์ หาญทวิชัย แพทย์ที่ปรึกษาหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู คลินิกฝังเข็ม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
5. อาจารย์ สุพจน์ จันทระเศรษฐ์ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการกวดบำบัดการแพทย์แผนจีน วิทยากรสำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และขอความร่วมมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 2433

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายสุพจน์ จันทระเศรษฐ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศศิสกุล จันทระศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวศศิสกุล จันทระศรี โทร 08-2332-8604

ที่ ศธ 0512.11/ 2433

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศศิสกุล จันทศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ บุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ วีระวัฒน์ หาญวิชัย

2. นางปิยมาภรณ์ พุทธพงษ์ศิริพร พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ วีระวัฒน์ หาญวิชัย

และนางปิยมาภรณ์ พุทธพงษ์ศิริพร

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ที่อนิสิต นางสาวศศิสกุล จันทศรี โทร 08-2332-8604

ที่ ศธ 0512.11/ 2433

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยพายัพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศศิสกุล จันทศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ที่อนิสิต นางสาวศศิสกุล จันทศรี โทร 08-2332-8604

ที่ ศธ 0512.11/ 2433

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวศศิสกุล จันทศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ภัททิยา ชัยนาคิน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิต สร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ภัททิยา ชัยนาคิน

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ที่อนิสิต นางสาวศศิสกุล จันทศรี โทร 08-2332-8604



ภาคผนวก ค

เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

กองวิชาการสำนักงานกรมแพทย
 เลขรับ 8046
 วันที่ 5 ส.ค. 2553
 เวลา 13.00น.

ส่วนราชการ กองวิชาการ (ฝ่ายพัฒนาบุคคล โทร. 0 2224 9710 โทรสาร 0 2221 6029)

ที่ กท 0602.4/วค.099

วันที่ 4 มีนาคม 2553

เรื่อง อนุมัติโครงการวิจัย ของ นางสาว ศศิสกุล จันทร์ศรี

เลขที่ 1198
 วันที่ 5 ส.ค. 2553
 เวลา 13.00น.

เรียน ผู้อำนวยการกองวิชาการ สำนักงานแพทย

ตามบันทึก กท.0602/1252 ลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2552 เรื่อง ขออนุมัติการทำวิจัยในคน ซึ่ง ท่านขอให้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร พิจารณาโครงการวิจัย ของ นางสาว ศศิสกุล จันทร์ศรี เรื่อง "ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการ คลื่นไส้อาเจียน ชั่วครู่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม" นั้น

บัดนี้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ได้พิจารณา โครงการวิจัยที่นำเสนอแล้ว มีความเห็นว่าโครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิด ภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่นำเสนอได้ และให้ผู้วิจัยรายงาน ผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ ฯ ทุก 6 เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป ทั้งนี้ได้แนบเอกสาร รับรองโครงการวิจัยในคนมาด้วยแล้ว

นางสาวเปรมวดี คฤหาเสณ
 (นางสาวเปรมวดี คฤหาเสณ)
 กรรมการและเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน
 ของกรุงเทพมหานคร

เรียน ศอ.วทท.

- เพื่อโปรดทราบ
- เพื่อโปรดพิจารณา
- เห็นควรมอบให้.....

ด่วนที่สุด
 ที่ กท 0602.4/วค.016
 เรียน ศอ.วทท.

เพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

92

(รองศาสตราจารย์เกษม วัฒนชัย เลขาธิการวงศ)

(นางจินตนา กุญชร)
 หัวหน้าฝ่ายบริหาร ศอ.วทท.
 สำนักงานกรมแพทย
 - 8 ส.ค. 2553

นางสมพร คุ้มเดวี
 หัวหน้าฝ่ายบริหาร ศอ.วทท.
 สำนักงานกรมแพทย
 - 8 ส.ค. 2553

ศูนย์พัฒนาศึกษาวิจัยทางการแพทย์

No. ว. 38

Ethics Committee
For
Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

Title of Project : Effects of Preoperative information Giving with
Acupressure Program on Postoperative
Nausea, Vomiting and Retching in
Gynecologically Surgical Patients

Registered Number : 022.53

Principal Investigator : Miss Sasisagul Jantarasri

Name of Institution : Bangkok Metropolitan Administration
Medical College and Vajira Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics
Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of
Helsinki.

P Saicheu
..... Chairman
(Mr. Pirapong Saicheua)
Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL - 4 MAR 2010

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศศิสกุล จันทศรี
 นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน ตึกสูติกรรมพิเศษ 2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและวชิรพยาบาล

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2443447

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-1268577 E-mail: sasisagul@yahoo.com

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2. โครงการนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม

3. ทำไมต้องศึกษา

การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดมีอุบัติการณ์สูงในสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม โดยพบว่าผู้ป่วย 3 ใน 5 รายได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด และพบว่าผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากที่สุดที่หอผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

ถึงแม้ว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่พบว่าเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ เช่น ผลต่อระบบทางเดินหายใจจากการสำลัก ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ภาวะที่ร่างกายขาดน้ำจากภาวะคลื่นไส้ อาเจียนจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้เกิดความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ ภาวะแทรกซ้อนอื่น คือ ทำให้แผลผ่าตัดปริแตก และในกรณีที่อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะหลอดอาหารฉีกขาด นอกจากนี้ อาจทำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานและยาช้าลง ทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น พยาบาลต้องให้การดูแลนานขึ้น และทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ปัจจุบันมีการใช้ยาป้องกันอาเจียนเป็นแนวทางการรักษาแรกและเป็นวิธีมาตรฐานในการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดแต่พบว่ายาทุกชนิดมีผลข้างเคียงและปัจจุบันนี้ยังไม่มียา

ตัวใดตัวหนึ่งที่ได้ผลดี 100% สำหรับผู้ป่วยทุกคนและทุกประเภทของการตมยาผ่าตัด แม้ว่าจะมีการนำยาป้องกันอาการอาเจียนหลายชนิดร่วมกันในการป้องกันการอาเจียนแต่พบว่ากลไกการออกฤทธิ์ที่ต่างกันของยาแต่ละตัวไม่ได้ช่วยลดอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่าแม้จะมีการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดให้มีความปลอดภัยและมีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อยที่สุด มีการพัฒนาระดับความรู้สึก และยาป้องกันอาเจียนใหม่ๆ ออกมา แต่อัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดในรอบ 20 ปียังคงมีจำนวนมาก

การจัดการอาการโดยการใช้อีกวิธีการดูแลตนเอง การบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ จะช่วยให้การป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้พบว่ามีการใช้รูปแบบการบำบัดด้วยการไม่ใช้ยาด้วยรูปแบบการบำบัดที่เข้าร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันที่เรียกว่าการบำบัดแบบผสมผสานซึ่งสามารถช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การกวดจุดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ร่วมกับกวดจุดหลังการผ่าตัด ที่ตำแหน่งเหนือรอยพับด้านบนของฝ่ามือ 3 นิ้วมือ พบว่าเป็นวิธีที่ไม่เป็นอันตราย ไม่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ราคาไม่แพง ใช้ได้หลังการผ่าตัด นำกลับมาใช้ซ้ำได้ นอกจากนี้การให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดได้ดีขึ้น

การศึกษาด้านการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนเป็นในประเทศไทยส่วนใหญ่ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดยังมีน้อย และผลการศึกษาที่ได้ยังไม่ครอบคลุมถึงระยะ 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยมีอาการมาก

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจุดให้มีความครอบคลุมในการป้องกันและควบคุมการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนให้ครอบคลุมถึงระยะ 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด หากพิสูจน์ได้ว่าสามารถใช้ป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดโดยใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน จะทำให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรมกลุ่มทดลอง

ตามช่วงเวลาที่แตกต่างกัน คือ หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

2) เพื่อเปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามช่วงเวลาที่แตกต่างกัน คือหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

5. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ท่านได้รับการเชิญเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 30 คนและกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยไม่ได้รับการกวดจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มทดลองจะมีการดำเนินการตามโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจากผู้วิจัย ทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการประเมินผลอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดด้วยแบบสอบถามในชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24 รวมระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัย 1 วันก่อนและหลังผ่าตัด มีการดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง

กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีดังนี้

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยไม่ได้รับการกวดจากผู้วิจัย ผู้วิจัยพบผู้ป่วย 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนการผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ จากนั้นผู้วิจัยจึงประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัด (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งมีการให้คำแนะนำทั่วไปในการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามคู่มือการให้คำแนะนำที่หอผู้ป่วยนั้นๆ เป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลก่อนการผ่าตัดในการปฏิบัติตัวทั่วไปเพื่อเข้ารับการผ่าตัด เช่น การเตรียมบริเวณผ่าตัด การงดน้ำและอาหาร การบริหารการหายใจ การไอ เป็นต้น

ครั้งที่ 2 ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องพักรักษา 4 ชั่วโมง (ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) ทั้งนี้ในระยะหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้นๆตามมาตรฐาน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด เช่น การประเมินการหายใจ การตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินแผลผ่าตัด อาการปวดแผล การป้องกันการล้าลิก การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาย่างรวดเร็ว

ผู้วิจัยประเมินเวลาที่จะเข้าพบผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในชั่วโมงที่ 8 และ 24 พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเวลาที่ผู้วิจัยจะมาพบเพื่อให้ผู้ป่วยประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8 ตามที่ได้ขออนุญาตผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า (ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

ครั้งที่ 4 ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 24 (ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจุด ผู้วิจัยพบผู้ป่วย 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1. ก่อนการผ่าตัด 1 วัน

ผู้วิจัยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ จากนั้นจึงเข้าพบผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและได้รับอนุญาตจากแพทย์ผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

1) ประเมินประสบการณ์การมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์การเกิดอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ประเมินความต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าควรจะได้รับความรู้เรื่องใดบ้างเพื่อเสริมความรู้เดิมของผู้ป่วย และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด (ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเรื่องคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม ให้ข้อมูลการป้องกันอาการอาเจียนด้วยวิธีการใช้ยาและแบบผสมผสานร่วมกับให้ข้อมูลการกวดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีน จากนั้นจึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

3) ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการกวดจุด โดยกวดครั้งที่ 1 ในคืนก่อนวันผ่าตัดหลังจากการให้ข้อมูลด้วยการสอนประกอบคู่มือดังกล่าวข้างต้น ครั้งที่ 2 กวดจุดหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4 และครั้งสุดท้ายเป็นการกวดจุดหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8

4) แจกคู่มือคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม

5) ผู้วิจัยประเมินตำแหน่งบริเวณที่จะกวดจุด จากนั้นกวดจุดตำแหน่งที่ช่วยป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้ด้วยนิ้วหัวแม่มือขวาที่แขนทั้ง 2 ข้าง ข้างละ 5 นาที จนครบ 10 นาที

6) ประเมินความรู้ที่ได้รับด้วยแบบสอบถามความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด

กิจกรรมทั้งหมดในการพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องพักฟื้น (หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4)

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่ห้องพักผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประเมินอาการหลังผ่าตัด ประเมินอาการคลื่อนไหว อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด (ผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) จากนั้นผู้วิจัยจึงกวดจุดตามขั้นตอน ระหว่างกวดจุดผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกหน่วง หรือขาไปที่ปลายนิ้วกลางข้างที่ถูกกวดจุด ผู้วิจัยประเมินเวลาที่จะเข้าพบผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในชั่วโมงที่ 8 และ 24 พร้อมแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเวลาในการประเมินอาการคลื่อนไหว อาเจียน ชัยอน และการดำเนินการตามโปรแกรมครั้งต่อไป โดยขออนุญาตไว้ล่วงหน้า

การพบผู้ป่วยครั้งนี้ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ครั้งที่ 3 หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่ห้องพักผู้ป่วยตามที่ได้ขออนุญาตผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า ประเมินอาการคลื่อนไหว อาเจียนชัยอนในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8 (ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินอาการคลื่อนไหว อาเจียนชัยอน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) จากนั้นผู้วิจัยจึงกวดจุดตามขั้นตอน ระหว่างกวดจุดผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกหน่วง หรือขาไปที่ปลายนิ้วกลางข้างที่ถูกกวดจุด การพบผู้ป่วยครั้งนี้ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ครั้งที่ 4 หลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 24 เป็นการประเมินผล

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่ห้องพักผู้ป่วย ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินอาการคลื่อนไหว อาเจียน ชัยอน ในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 24 และประเมินความคิดเห็นต่อการกวดจุด

ใช้เวลาในการทำแบบประเมิน 2 ฉบับประมาณ 10 นาที

6. ถ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ของผู้เข้าร่วมโครงการทราบ

7. ประโยชน์

- ส่งเสริมบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ผลงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการทางการพยาบาลและทำให้บทบาทอิสระของพยาบาลเพิ่มขึ้น
- เป็นนวัตกรรมทางการพยาบาล ที่ช่วยทุเลาอาการคลื่อนไหว อาเจียน และเป็นทางเลือกในการใช้ป้องกันการเกิดอาการคลื่อนไหว อาเจียน ชัยอนในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและช่วยลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด
- ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการณ์สูงในการให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

8. การวิจัยนี้มีความเสี่ยงหรือไม่

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากกรรุดจุดเป็นรูปแบบการบำบัดด้วยการไม่ใช้ยาในการป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดที่มีการศึกษาแล้วว่าไม่เกิดอันตรายแต่อย่างใด

ทั้งนี้ในระหว่างการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดและ/หรือยาป้องกันอาเจียนชนิดใดชนิดหนึ่งตามมาตรฐาน

ในระยะหลังการผ่าตัด กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลและ/หรือ คลื่นไส้ อาเจียนและต้องการการบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดและ/หรือยาป้องกันคลื่นไส้ อาเจียนชนิดใดชนิดหนึ่งตามแผนการรักษา

หากมีอันตรายใดๆ ในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตาย ทายาทของผู้ป่วยมีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวผู้ป่วย

หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ท่านจำเป็นต้องร่วมโครงการนี้หรือไม่

การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ ผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะยังคงได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลตามปกติ

10. ค่าตอบแทน

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. การรักษาความลับของผู้ป่วย

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ และผู้วิจัยจะนำผลไปวิเคราะห์ในภาพรวม โดยผลการวิจัยจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดผสมผสานในการป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด

12. เจ้าหน้าที่ที่ท่านสามารถติดต่อได้

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดสอบถามผู้วิจัยได้ที่

นางสาวศศิสกุล จันทร์ศรี หอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ 2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล 0-244-3447 หรือมือถือ 0-82332-8604

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล 0-244-3522

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปีอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1 ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ(หัวหน้าผู้วิจัยและคณะ) นางสาวศศิภุคกุล จันทศรี
เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดออกอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม

ข้อ 2 ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจโดยมิได้มีการบังคับ ชูเชิญ หลอกลวงแต่ประการใด และ
พร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3 ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัย
อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียดแล้วจากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้
ความยินยอมนี้

ข้อ 4 ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการ
วิจัยเท่านั้น

ข้อ 5 ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆ ในระหว่างการวิจัยหรือภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จาก
ผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ ได้ว่าเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษา
พยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยและจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในช่วงระหว่างการรักษาพยาบาลดัง
กล่าว ตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามมาตรฐานค่า
แรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึงแก่ความตายทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่า
ชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6 ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการร่วม
โครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชยและค่าทดแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7 หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆ ของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของโครงการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยง
และอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในการเข้าโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือ
ชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้วิจัย

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1) กรณีผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้แก่ผู้
ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอม
ดังกล่าวด้วย

2) ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการกวดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางนรีเวชกรรม

ปัญหา

การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัดมีอุบัติการณ์สูงในสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม โดยพบว่าผู้ป่วย 3 ใน 5 ราย ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัด (Apfel และคณะ, 2005) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาป้องกันการอาเจียนจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนชัยอ่อน หลังการผ่าตัด ร้อยละ 60 ส่วนผู้ที่ได้รับยาป้องกันการอาเจียนยังคงมีอาการร้อยละ 20-53 (Maddali และคณะ, 2003; Tseng และคณะ, 2006; Fujii และ Nakayama, 2008) การศึกษาของ Koivuranta และคณะ (1997) พบว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนชัยอ่อนหลังผ่าตัดพบมากที่สุดที่หอผู้ป่วยในช่วงชั่วโมงที่ 2-24 ถึงร้อยละ 60 และมีการศึกษาพบว่าอาการอาเจียนมักเกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยย้ายออกจากห้องพักฟื้น 30 นาที (Miller และคณะ, 2009) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ศึกษาอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด พบว่าให้ผลการศึกษาไปในแนวทางเดียวกันโดยพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการมากภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด โดยระยะเวลาที่เกินจากนี้ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกจะถูกขับออกจากร่างกายหมดแล้ว และพบว่าผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากที่สุดที่หอผู้ป่วย (สุวิมล ศุภวงศ์วรรณะ, 2546)

ถึงแม้ว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัดไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่พบว่าส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย และจิตใจผู้ป่วย และเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ เช่น ผลต่อระบบทางเดินหายใจจากการสำลัก ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ภาวะที่ร่างกายขาดน้ำจากภาวะคลื่นไส้ อาเจียนจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้เกิดความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ และทำให้แผลผ่าตัดปริแตก (Gundzik, 2008) นอกจากนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารและยาช้าลง ทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น พยาบาลต้องให้การดูแลนานขึ้น และทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Williams, 2005) มีการสำรวจในผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดพบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลมากกว่าอาการปวด (Macario และคณะ, 1999) และเต็มใจจ่ายเงินเพื่อเลี่ยงความไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พึงพอใจในการป้องกันการเกิดอาการมากกว่าการรักษา (Kerger และคณะ, 2007)

ปัจจุบันมีการใช้ยาป้องกันอาเจียนเป็นแนวทางการรักษาแรกและเป็นวิธีมาตรฐานในการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด แต่พบว่ายาทุกชนิดมีผลข้างเคียงและปัจจุบันนี้ยังไม่มียาตัวใดตัวหนึ่งที่ได้ผลดี 100% สำหรับผู้ป่วยทุกคนและทุกประเภทของการดมยาผ่าตัด (Martinez และคณะ, 2006; Jordan และคณะ, 2007; Moos และ Hansen, 2008) มีการศึกษาการนำยาป้องกันอาเจียนหลายชนิดร่วมกันในการป้องกันอาการอาเจียนแต่พบว่ากลไกการออกฤทธิ์ที่ต่างกันของยาแต่ละตัวไม่ได้ช่วยลดอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่าแม้จะมีการพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดให้มีความปลอดภัยและมีการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อน้อยที่สุด มีการพัฒนาระดับความรู้สึก และยาป้องกันอาเจียนใหม่ๆ ออกมา แต่อัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดในรอบ 20 ปียังคงมีจำนวนมากเหมือนเดิม (White, 2004; Miller, Roche และ Gan, 2009)

ปรัชญา

จากการที่อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อย แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่เกิดภาวะคลื่นไส้ อาเจียน และ/หรือชัยอนหลังการผ่าตัด และต้องการการจัดการอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการนำกลวิธีการดูแลตนเอง การบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจถึงความซับซ้อน สาเหตุการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนในหลายมิติ รวมถึงการจัดการกับอาการทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา

การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัดสามารถป้องกันได้ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด.....

.....

ตัวอย่าง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลการรักษาและการผ่าตัด

Code No.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลการรักษาและการผ่าตัด

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือ เติมคำลงในช่องว่าง เฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. อายุ ปี
2. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตร	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโท
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ		

แบบบันทึกข้อมูลการรักษาและการผ่าตัด (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ชนิดของการผ่าตัด.....
3. ชนิดของการระงับความรู้สึก.....
4. เวลาที่เริ่มการผ่าตัด.....เวลาที่สิ้นสุดการผ่าตัด.....
5. ระยะเวลาในการผ่าตัด
6.
7.
8.
9.

ศูนย์วิทยุทันตกรรม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดของ Apfel (ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน) ใช้เพื่อเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความเท่าเทียมกัน

การประเมิน	คะแนน
เพศหญิง	
ประวัติการเมารถ เมาเรือหรือคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด	
การไม่สูบบุหรี่	
การมีแผนการรักษาด้วยยากกลุ่มโอปิออยด์หลังผ่าตัด	
คะแนนรวม	

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน

แบบวัดนี้มี 3 ชุด ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ตามช่วงเวลาหลังการผ่าตัด
ชั่วโมงที่ 4, 8 และ 24

ชุดที่ 1 การประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมายกากบาท (X) ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของประสบการณ์หรือ
ความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4 โดยเลือกเพียงข้อละ 1 คำตอบ

1. ท่านรู้สึกคลื่นไส้กี่ครั้ง	ไม่รู้สึกเลย	1-2 ครั้ง	3-4 ครั้ง	5-6 ครั้ง	7 ครั้งหรือ มากกว่า
2. ท่านรู้สึกคลื่นไส้นาน เท่าใด	ไม่รู้สึกเลย	10 นาทีหรือ น้อยกว่า	นานกว่า 10 -30 นาที	นานกว่า 30- 60 นาที	นานกว่า 60นาที
3. ท่านรู้สึกทุกซ์ทรมาน จากอาการคลื่นไส้มาก น้อยเพียงใด	ไม่รู้สึกเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
4. ท่านขย้อนโดยไม่มี อาเจียนกี่ครั้ง	ไม่ขย้อนเลย	1-2 ครั้ง	3-4 ครั้ง	5-6 ครั้ง	7 ครั้งหรือ มากกว่า
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					

ชุดที่ 2 การประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8

คำชี้แจง.....

ชุดที่ 3 การประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 24

คำชี้แจง.....

แผนการสอนเรื่องคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อป้องกันและลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด

ผู้สอน นางสาวศศิสกุล จันทศรี

ผู้เรียน ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม

จำนวนผู้ป่วย รายบุคคล

สถานที่ หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดทางนรีเวชกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เวลาในการให้ข้อมูล 30-45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบความเสี่ยงของตนเองในการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดและทราบปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการป้องกันและลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

แผนการสอนเรื่องคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อป้องกันและลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อน หลังการผ่าตัด

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และผู้สอน	<p>บทนำ</p> <p>การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัด มีอุบัติการณ์สูงในสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมได้ถึงร้อยละ 60 แม้ว่าจะมีการพัฒนายาป้องกันการอาเจียน พัฒนาวิธีการผ่าตัด และเทคนิคการดมยาแต่พบว่าอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัดยังคงสูงอยู่มาก</p> <p>ถึงแม้ว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัดไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต แต่พบว่าเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ เช่น ผลต่อระบบทางเดินหายใจจากการสำลัก ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมและ</p>	<p>-ผู้สอนสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมโดยกล่าวคำทักทายและแนะนำตัว</p> <p>- ผู้สอนให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเพื่อสร้างความคุ้นเคย และเตรียมความพร้อม</p> <p>-ผู้สอนนำเข้าสู่บทเรียนด้วยการกล่าวถึงปัญหาที่เกิดจาก อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อน (5 นาที)</p>	<p>-คู่มือคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้</p> <p>- ภาพพลิก</p>	ประเมินจากความสนใจของผู้ป่วยจากสีหน้าท่าทางที่แสดงออก

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
	<p>เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ภาวะที่ร่างกายขาดน้ำจากภาวะคลื่นไส้ อาเจียนจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้เกิดความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ ภาวะแทรกซ้อนอื่น คือ ทำให้แผลผ่าตัดปริแตก และในกรณีมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะหลอดอาหารฉีกขาด นอกจากนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทาน อาหารและยาช้าลง ทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น และทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล</p> <p>การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ และวิธีการลดอาการจะทำให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันและลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมิน
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถบอกหรืออธิบายความหมายของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน</p>	<p>โดยทั่วไปมักใช้คำว่าคลื่นไส้ อาเจียน ร่วมกัน แม้ว่าลักษณะอาการที่เกิดขึ้นมีวิธีประเมินอาการต่างกันทั้งนี้อาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดประกอบด้วยอาการหลัก 3 อาการที่อาจเกิดขึ้นเพียงอาการใดอาการหนึ่ง หรืออาจเกิดขึ้นร่วมกันหลังการผ่าตัด คือ</p> <p>อาการคลื่นไส้ อาเจียน และชี้นอน ความหมายแต่ละอาการ มีดังนี้</p> <p>อาการคลื่นไส้</p> <p>อาการอาเจียน</p> <p>อาการชี้นอน</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>	<p>-ผู้สอนอธิบายความหมายของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน</p> <p>-ผู้สอนสอบถามประสบการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน</p> <p>-ในกรณี que ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ในการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน หลังการผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การผ่าตัดและอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน หลังการผ่าตัด</p> <p>(5 นาที)</p>	<p>-คู่มือคำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้</p> <p>- ภาพพลิก</p>	<p>ประเมินจากสีหน้า ท่าทาง ความสนใจฟังของผู้ป่วย การโต้ตอบ และจากการตอบคำถามเกี่ยวกับความหมายของอาการแต่ละอาการ</p>

ตัวอย่าง คู่มือคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัด

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย
ที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรม
เพื่อป้องกันและจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอ่อนหลังการผ่าตัด



จัดทำโดย
นางสาวศศิสกุล จันทศรี
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร. สรีพร ธนศิลป์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด มีอุบัติการณ์สูงในสตรีที่เข้ารับ การผ่าตัดทางนรีเวชกรรมได้ถึงร้อยละ 60 แม้ว่าจะมีการพัฒนายาป้องกันอาการอาเจียน พัฒนารูปแบบการผ่าตัด และเทคนิคการดมยา แต่พบว่าอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัดยังคงสูงอยู่มาก

การจัดทำคู่มือคำแนะนำนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการจัดการกับอาการจะทำให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันและลด อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

ศศิสกุล จันทรศรี
ผู้จัดทำ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลจากการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด

อาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัดไม่ทำให้เสียชีวิต แต่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ เช่น

- ผลต่อระบบทางเดินหายใจจากการสำลัก ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะปอดบวมและเสียชีวิตได้

- ร่างกายขาดน้ำจากภาวะคลื่นไส้ อาเจียนจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหรือการเต้นของหัวใจผิดปกติ

- ทำให้เกิดความไม่สมดุลของเกลือแร่

- ทำให้แผลผ่าตัดแยก

- ถ้ามีอาการรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะหลอดอาหารฉีกขาด

- ทำให้เริ่มรับประทานอาหารและยาช้าลง

- ทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนาน

- ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล



ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังการผ่าตัด
ประกอบด้วยอาการ 3 อาการ คือ



อาการคลื่นไส้ เป็นความรู้สึกไม่สบายบริเวณลิ้นปี่และในลำคอซึ่งอาจจะมีอาการ
อาเจียนตามมาหรือไม่ก็ได้

อาการช้อ้น เป็นความพยายามที่จะอาเจียนโดยไม่มีสิ่งใด ๆ ออกมา

อาการอาเจียน เป็นการขับเอาสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วนต้นและ
ส่วนกลางออกมาทางปาก



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือขั้นตอนการกดจุดเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. ช่วยให้ผู้ป่วยที่ติดขัดมีการไหลเวียนได้ดีขึ้นทำให้สามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ช่วยกระตุ้นใยประสาทในกล้ามเนื้อให้เกิดการทำงานอย่างสมดุลทั่วร่างกาย
3. ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างทั่วถึง
4. ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

ขั้นตอนในการกดจุด

การกดจุดด้วยการใช้นิ้วมือกดสัมผัสนั้นไม่ต้องใช้ยา โยคะ หรือน้ำมัน เป็นการใช้นิ้วมือหรือ อาจใช้อุปกรณ์ช่วยในกรณีจำเป็น ต่างจากการนวดที่มักต้องทายาหรือทาครีมนวดเพื่อป้องกันการ เจ็บปวดจากอาการเสียดสี โดยมีขั้นตอนในการกดจุดดังนี้

ขั้นตอนก่อนการกดจุด

1. การเตรียมตัวผู้กดจุด
 - 1.1 มีความรู้พื้นฐานทางกายวิภาคสรีรวิทยา และมีความรู้เกี่ยวกับเส้นพลังปราณจาก ตำแหน่ง P6 ซึ่งไหลเวียนไปยังอวัยวะต่างๆ
 - 1.2 ศึกษาหลักการกดจุดที่ถูกต้องวิธี และฝึกปฏิบัติจนมีความชำนาญในการกดจุด ผู้วิจัย ได้เตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้และชำนาญในการกดจุดตามแนวคิดการแพทย์แผนจีนโดยค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร การกดจุดบำบัด (Acupressure) รุ่นที่ 4 ระหว่างวันที่ 3-7 สิงหาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 40 ชั่วโมง จากสำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีการ อบรมความรู้เกี่ยวกับเส้นลมปราณและจุดต่างๆที่ใช้ในการบำบัดทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ หลังจากนั้น ได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับเส้นลมปราณสมาธิและฝึกฝนการกดจุดกับบุคคลใกล้ชิดที่มีอาการ คลื่นไส้ พบว่าการกดจุด P6 สามารถลดอาการคลื่นไส้ได้ทันทีหลังการกดจุด ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ฝึกกำลัง นิ้วมือให้มีความแข็งแรงด้วยการบีบลูกบอลยางวันละไม่ต่ำกว่า 100 ครั้ง และฝึกการทำสมาธิ เพื่อให้จิตใจสงบเพื่อให้สามารถส่งพลังด้านบวกในการบำบัดไปยังผู้ถูกบำบัด
 - 1.3 ผู้กดจุดเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด ต้องมีความเข้าใจ เกี่ยวกับปัจจัยและกลไกการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังการผ่าตัด และสามารถประเมิน

อาการ ดูแลให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าวได้ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

1.4 รักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ไม่มีไข้ ออกกำลังให้แขน มือ และนิ้ว แข็งแรง มีพลังในการกดจุด การกดจุดอาจใช้อุปกรณ์เพื่อกดจุดได้ เช่น ด้ามไม้กดจุด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ใช้อุปกรณ์อื่น เป็นการใช้นิ้วหัวแม่มือในการกดจุด เนื่องจากมีข้อดีคือ เป็นนิ้วที่ให้น้ำหนักแรงกดดีกว่านิ้วอื่นๆและมีความคล่องตัวในการเคลื่อนนิ้วได้ดีกว่า (ซอร์มิน แอล, ผู้แปล, 2552: 16)

1.5 ล้างมือให้สะอาด ตัดเล็บให้สั้น ระวังไม่ให้นิ้วที่ใช้กดมีบาดแผล

1.6 แต่งกายให้สุภาพเรียบร้อย

1.7 ก่อนการกดจุด ทำจิตใจให้สงบและมีสมาธิ มีความตั้งใจ จิตเมตตา ปราศจากดีในการใช้การกดจุดเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น ระลึกถึงพระคุณครู ควบคุมอารมณ์ให้คงที่โดยการฝึกสมาธิทุกวัน เพื่อให้สามารถส่งพลังจากผู้กดจุดถ่ายทอดไปสู่ผู้รับการกดจุดได้อย่างเต็มที่

2. การเตรียมสถานที่

สถานที่ที่ทำการกดจุดจะต้องสงบเงียบ ไม่มีเสียงรบกวน อากาศถ่ายเทสะดวก การกดจุดที่หอผู้ป่วยจะต้องไม่มีการพยาบาลอื่นระหว่างทำการกดจุด

3. การเตรียมผู้รับการกดจุด

3.1 ก่อนทำการกดจุด อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน ให้ผู้ป่วยทราบอีกครั้ง

3.2 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าไม่ควรมีการทำกิจกรรมอื่นควบคู่ไปกับการกดจุด เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ผู้รับการกดจุดตั้งสมาธิอยู่กับการกดจุดเช่นเดียวกับผู้กดจุด

3.3 ผู้ป่วยควรสวมเสื้อผ้ายืดสบายตัว ไม่รัดแน่นอึดอัด ก่อนการกดจุดควรจัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและผ่อนคลาย

3.4 ตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามต่อการกดจุด

3.5 บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า อาจมีรอยแดงเกิดขึ้นที่ตำแหน่งกดจุด แต่จะหายได้เองโดยไม่มีอันตราย

ข้อห้ามและข้อควรระวัง

1. มีอาการบวม เป็นแผลในตำแหน่งที่จะกดจุด

2. ผู้ที่เป็นโรคผิวหนัง เพราะอาจทำให้เกิดเชื้อเพิ่มขึ้นและเกิดการแพร่กระจายเชื้อ

3. มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.8 องศาเซลเซียส

4. ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีเครื่องกระตุ้นการเต้นหัวใจ (pacemaker) ติดอยู่ในร่างกาย เพราะ

อาจรบกวนการทำงานของเครื่อง ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะจนเกิดอันตรายร้ายแรงได้

5. ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกหัก ข้อเคลื่อน หรือมีภาวะเลือดออก

6. ผู้ป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและเส้นประสาทส่วนปลาย

หลักการและเทคนิคในการกดจุด

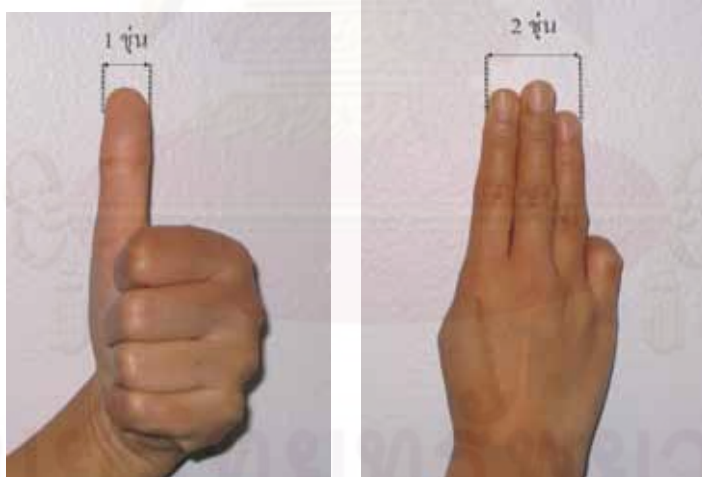
การกดจุดเพื่อป้องกันและลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอนหลังการผ่าตัด เป็นการกดจุดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดร่วมกับการกดจุดหลังการผ่าตัด โดยมีหลักการและเทคนิคในการกดจุด ดังนี้

1. การหาตำแหน่งจุด

การหาตำแหน่งจุดนั้น ใช้หน่วยวัดความยาวเป็นชุ่นตามแพทย์แผนจีน เป็นวิธีวัดโดยใช้นิ้วมือของผู้ถูกกดจุดเท่านั้น ความยาวของชุ่นมีความยาวผันแปรกันไปตามขนาดรูปร่างของร่างกายแต่ละคน ไม่มีระยะที่ตายตัว เพราะขนาดนิ้วมือแต่ละคนไม่เท่ากัน บางคนอ้วน บางคนผอม บางคนสูง บางคนเตี้ย

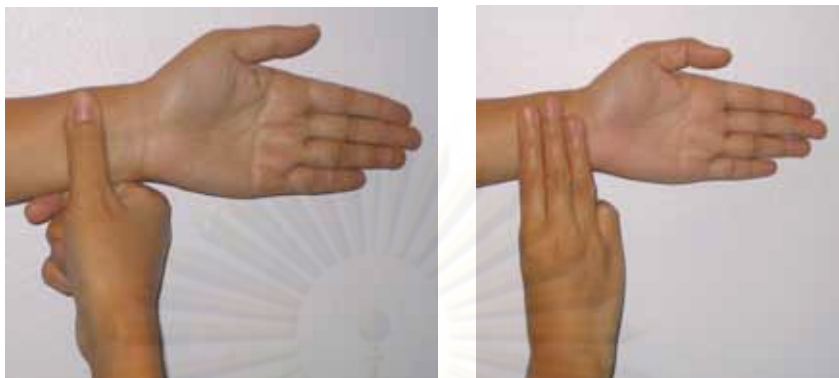
1 ชุ่น = ความกว้างข้อมนิ้วหัวแม่มือ

2 ชุ่น = ความกว้างของนิ้วมือ 3 นิ้ว คือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนางวางชิดกัน



แสดงการวัดเป็นหน่วยชุ่น

การหาตำแหน่งในการกดจุดในการวิจัยครั้งนี้ วัดโดยใช้ความกว้างของนิ้วมือของผู้ป่วย 3 นิ้ว คือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนางวางชิด เริ่มต้นด้วยการกำมือให้แน่น จะเห็นเอ็นเหนือข้อมือ 2 เส้นอย่างชัดเจน คือ tendons of flexor carpi radialis และ palmaris longus ตำแหน่ง P6 อยู่ระหว่างเอ็นสองเส้นนี้ เหนือรอยพับข้อมือ 2 ชุ่น



แสดงการวัดตำแหน่ง P6 เป็นระยะ 2 ชู่น



ภาพแสดงตำแหน่ง P6 ที่ใช้ในการกดจุด ระหว่าง tendons of flexor carpi radialis และ palmaris longus (Russo, 2006: ออนไลน์)

2. **วิธีการกดจุด** ผู้วิจัยกดจุดด้วยนิ้วหัวแม่มือขวา อีก 4 นิ้วที่เหลือข้อมไปประคองด้านหลังมือ ดังภาพ



การกดจุดที่ตำแหน่ง P6

3. **น้ำหนักในการกด** กดด้วยแรงกดที่พอเหมาะ กดลงไปซ้ำๆที่แขนทั้ง 2 ข้าง

4. **ระยะเวลาในการกดจุด** กดจุดครั้งที่ 1 ในคืนก่อนวันผ่าตัด กดเป็นเวลา 20 วินาทีต่อครั้ง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นแรกระยะเริ่มกดใช้เวลา 5 วินาที ขั้นสองระยะกดหนักใช้เวลา 10 วินาที ขั้นสามระยะปล่อยใช้เวลา 5 วินาที กระทำเป็นวงจรรซ้ำๆกันข้างละ 5 นาที จนครบ 10 นาที ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องพักฟื้น (หลังการผ่าตัดชั่วโมงที่ 4) และครั้งสุดท้ายเป็นการกดจุดหลังจากการผ่าตัดชั่วโมงที่ 8

5. **การกดจุดที่ได้ผล** ผู้ป่วยจะรู้สึกหน่วง ชา หรือรู้สึกซ่าตรงจุดที่กดหรือวิ่งตามเส้นโคจรของเส้นพลังงานไปที่ปลายนิ้วกลาง ทั้งนี้ในขณะที่กดจุดไม่ควรพูดหรือสนทนา เพราะจะทำให้สมาธิในการกดจุดเสียไป และทำให้การกดจุดไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร

Pericardium meridian



แสดงเส้นโคจรของเส้นพลังงาน Pericardium meridian (WHO, 2008; 151)

เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน และจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน
ขย้อนหลังผ่าตัด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในช่องซ้ายมือแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด กรุณาตอบทุกข้อ โดยถือเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

เลือกตอบ ใช่ เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น ถูกต้อง

เลือกตอบ ไม่ใช่ เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น ผิด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. อาการคลื่นไส้ เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณลิ้นปี่และในลำคอซึ่ง อาจจะมีอาการอาเจียนตามมาหรือไม่ก็ได้.....
2. อาการอาเจียนเป็นความพยายามที่จะอาเจียนโดยไม่มีสิ่งใดๆออกมา.....
3. อาการขย้อนเป็นการขับเอาสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วน ต้นและส่วนกลางออกมาทางปาก
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		
8.....		
9.การเคลื่อนไหวร่างกายช้าๆ ช่วยป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังการผ่าตัด.....
10. ท่านจะแจ้งให้พยาบาลทราบเมื่อเริ่มมีอาการคลื่นไส้หลังผ่าตัด เพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดอาการคลื่นไส้มากขึ้น หรือมีอาการอาเจียนตามมา.....

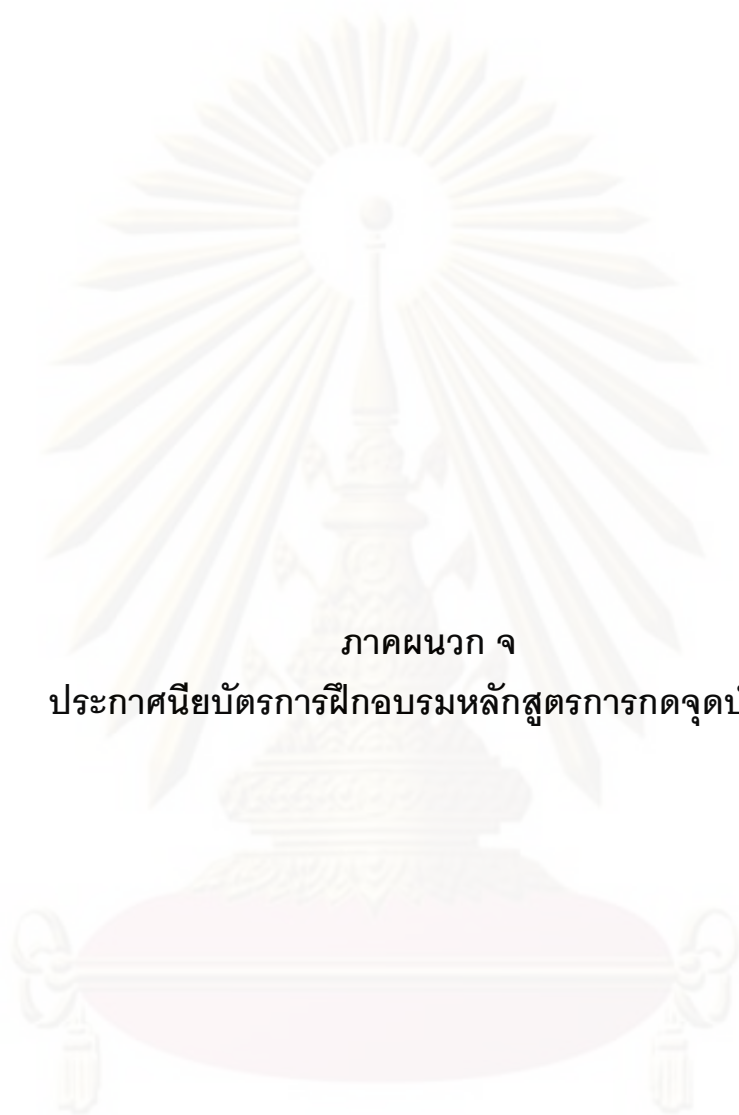
ศูนย์เวชศาสตร์ทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความคิดเห็นต่อการกวดจุด การประเมินความคิดเห็นต่อการกวดจุด เป็นการสอบถามความรู้สึกต่อการกวดจุด เมื่อให้การกวดจุดในแต่ละครั้ง เพื่อนำมาปรับปรุงการบำบัดด้วยการกวดจุดในโอกาสต่อไป

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึก หลังจากที่ท่านได้รับการกวดจุดทั้งหมด 3 ครั้ง ในแต่ละข้อให้ท่านระบุระดับของความคิดเห็นหรือความรู้สึกดังกล่าวว่า มาก ปานกลาง ไม่แน่ใจ น้อย หรือ ไม่มีผล

ความคิดเห็นต่อการกวดจุด	ระดับความคิดเห็น				
	มาก	ปานกลาง	ไม่แน่ใจ	น้อย	ไม่มีผล
1. รู้สึกเจ็บหลังจากกวดจุด					
2. รู้สึกห่วงบริเวณที่กวด					
3. รู้สึกซ่าจากที่กวดไปที่ปลายนิ้วกลาง					
4. รู้สึกสุขสบาย					
5. เป็นการรบกวนการพักผ่อน					
6. ช่วงเวลาในการกวดจุดเหมาะสม					
7. ต้องการให้เพิ่มเวลาที่มาให้การกวดจุด					
8. รู้สึกพึงพอใจ					



ภาคผนวก จ

ประกาศนียบัตรการฝึกอบรมหลักสูตรการกวดจับบำบัด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สำนักงานการแพทย์ทางเลือก
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ประกาศนโยบายบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวศศิภัฏา จันทร์ศิริ

ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร "การกดจุดบำบัด" (Acupressure) รุ่นที่ ๔
ระหว่างวันที่ ๓ - ๗ สิงหาคม พุทธศักราช ๒๕๕๒ จำนวน ๔๐ ชั่วโมง
ณ ที่ประชุม (สวนกีฬา) กระทรวงสาธารณสุข

ขอให้ทำนุประสิทธิผลความสุข และความเจริญตลอดไป
ให้ไว้ ณ วันที่ ๗ สิงหาคม พุทธศักราช ๒๕๕๒

ไพรัช ธัญรัตน

(นายแพทย์ ธานีรัตน์)

ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ทางเลือก

ศูนย์วิทยุโทรพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ฉ
การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ตามคุณลักษณะด้านความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน และระยะเวลาในการผ่าตัด (กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีแผนการรักษาด้วยยากลุ่มโอปิออยด์จึงไม่ได้แสดงไว้ในตาราง)

คู่ที่	ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน (2=ความเสี่ยงปานกลาง 3,4=ความเสี่ยงสูง)		ระยะเวลาในการผ่าตัด (แตกต่างกันไม่เกิน 30 นาที)	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	3	3	225	230
2	3	3	195	195
3	4	4	170	160
4	3	3	260	260
5	4	4	195	200
6	4	4	225	230
7	3	3	135	135
8	4	4	285	280
9	4	3	185	180
10	3	3	95	115
11	3	3	180	200
12	3	3	135	135
13	3	4	260	255
14	3	3	125	120
15	2	2	285	270
16	3	3	195	215
17	3	3	180	170
18	3	3	260	265
19	2	2	100	115
20	3	3	140	135
21	3	3	160	165

ตารางที่ 9 (ต่อ)

คู่ที่	ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน (2=ความเสี่ยงปานกลาง 3,4=ความเสี่ยงสูง)		ระยะเวลาในการผ่าตัด (แตกต่างกันไม่เกิน 30 นาที)	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
22	4	3	205	195
23	3	3	165	135
24	3	3	175	180
25	3	4	165	165
26	3	3	145	160
27	3	4	180	200
28	3	4	240	240
29	3	3	360	370
30	4	3	225	225

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน
ต่อการกดจุด

ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น				
	มาก	ปานกลาง	ไม่แน่ใจ	น้อย	ไม่มีผล
	จำนวน (คน) ร้อยละ	จำนวน (คน) ร้อยละ	จำนวน (คน) ร้อยละ	จำนวน (คน) ร้อยละ	จำนวน (คน) ร้อยละ
1. รู้สึกเจ็บหลังจากกดจุด	0	11 (36.67)	0	10 (33.33)	9 (30.00)
2. รู้สึกหน่วงบริเวณที่กด	1 (3.33)	15 (50.00)	2 (6.67)	7 (23.33)	5 (16.67)
3. รู้สึกซ่าจากที่กดไปที่ ปลายนิ้วกลาง	6 (20.00)	19 (63.33)	2 (6.67)	2 (6.67)	1 (3.33)
4. รู้สึกสุขสบาย	16 (53.33)	10 (33.33)	2 (6.67)	1 (3.33)	1 (3.33)
5. เป็นการรบกวนการพักผ่อน	0	0	0	1 (3.33)	29 (96.67)
6. ช่วงเวลาในการกดจุด เหมาะสม	17 (56.67)	8 (26.67)	2 (6.67)	3 (10.00)	0
7. ต้องการให้เพิ่มเวลาที่มาให้ การกดจุด	12 (40.00)	11 (36.67)	2 (6.67)	1 (3.33)	4 (13.33)
8. รู้สึกพึงพอใจ	25 (83.33)	5 (16.67)	0	0	0

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวศศิสกุล จันทศรี เกิดวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2512 สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2 จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ในปีพ.ศ. 2534 เข้ารับราชการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ 2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เมื่อปี พ.ศ. 2534- ปัจจุบัน ได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 7วช. หอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ 2 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย