

ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน
หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง



นางสาวรัตติยา ศรีอินทร์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

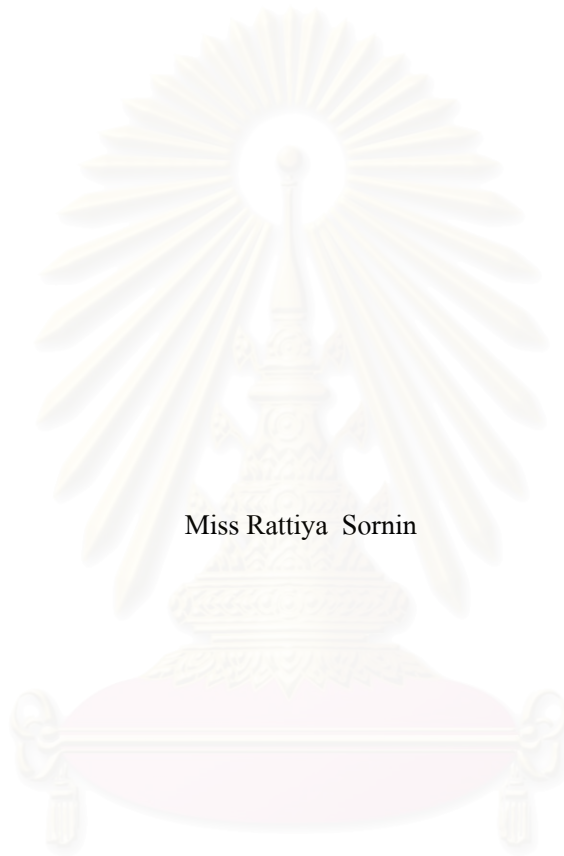
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF NURSING MANAGEMENT COMBINED WITH ACCUPRESSURE
PROGRAM ON POSTOPERATIVE NAUSEA, VOMITTING,
AND RETCHING IN PATIENTS RECEIVING
ABDOMINAL SURGERY



Miss Rattiya Sornin

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

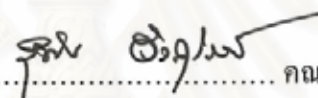
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

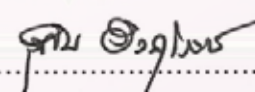
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

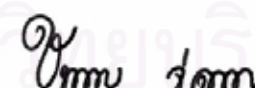
Academic Year 2006

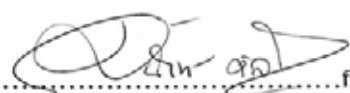
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการ
คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
โดย นางสาวรัตติยา ศรีอินทร์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ สติโกสม)

รัตติยา ศรีอินทร์ : ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (EFFECTS OF NURSING MANAGEMENT COMBINED WITH ACCUPRESSURE PROGRAM ON POSTOPERATIVE NAUSEA, VOMITTING, AND RETCHING IN PATIENTS RECEIVING ABDOMINAL SURGERY) อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา 118 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ภายหลังจากผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย จัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยให้มีลักษณะเหมือนกันในด้านอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และชนิดของการผ่าตัด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด น้อยกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
3. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2549

ลายมือชื่อนิสิต..... *Sm* *Ok*

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... *Ok* *r*

4777643036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD : NAUSEA / VOMITTING / RETCHING / SYMPTOM MANAGEMENT /
ACCUPRESSURE/POST-OPERATIVE

RATTIYA SORNIN : EFFECTS OF NURSING MANAGEMENT COMBINED WITH
ACCUPRESSURE PROGRAM ON POSTOPERATIVE NAUSEA, VOMITTING, AND
RETCHING IN PATIENTS RECEIVING ABDOMINAL SURGERY. THESIS ADVISOR :
ASST.PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 118 pp.

The purpose of this quasi- experimental research was to study effects of nursing management combined with accupressure on postoperative, nausea, vomiting , and retching in patients receiving abdominal surgery. The sample consisted of 40 women received an operation at Suratthani Hospital. Participants were selected into a control group and an experimental group. The groups were similar in age, weight, height, and type of operation. The experimental group received nursing management program and acupressure program while the control group received conventional care. The research instruments were nursing management program and acupressure developed based on the concept of Dodd (2001). The research instruments were a demographic data form, and Index of Nausea,Vomitting and Retching. The instruments were tested for content validity by 5 experts. The reliability tested with Cronbach's Alpha Coefficient was 0.93. Data were analyzed using frequency, percentage , mean, standard deviation, and t-test.

The findings were as follows:

1. The posttest mean score for nausea, vomiting , and retching after an operation of the experimental group were significantly lower than that the control group.
2. The posttest mean score for nausea, vomiting , and retching of the experimental group at 6 hours after an operation were significantly lower than that the control group. ($p < .05$)
3. The posttest mean score for nausea, vomiting , and retching of the experimental group at 24 hours after an operation were not significantly different from the control group.

Field of study Nursing Science

Academic year 2006

Student's signature..... Rattiya Sornin

Advisor's signature..... Ch. J

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรักความห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้การสอบวิทยานิพนธ์ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ สดโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและให้ข้อคิดเห็นด้านสถิติ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ จากสถาบันต่างๆ ทุกท่านที่ได้สละเวลา ในการตรวจสอบความตรงและแก้ไขเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลากรพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีทุกท่าน และที่สำคัญ คือผู้พยาบาลห้องห้องทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณา และความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการทดลองใช้ เครื่องมือวิจัย และเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณทุน 90 ปีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช ที่สนับสนุนทุนในศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณพี่น้องๆและเพื่อนๆ ที่สนับสนุนด้านการศึกษา เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น พี่ น้อง เจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

ท้ายที่สุด ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อเขต – คุณแม่ปราณี ศรีอินทร์ ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนด้วยความรักความห่วงใย ขอขอบคุณนางฐิตาพร วรภักษ์วิศิษฐ์ พี่สาว และนางสาววิปาจริย์ศิริโชติ นางสาววิมลรัตน์ ผลงาม เพื่อนที่ได้คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ ขอมอบแด่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้พยาบาลที่ดูแลห้องห้องทุกท่าน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานงานวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	
1.แนวคิดเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด.....	14
1.1 อุบัติการณ์ของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด.....	15
1.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด.....	15
1.3 ผลกระทบของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด.....	16
1.4 การป้องกันอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด.....	18
1.5 การรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด.....	22
1.6 บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด.....	22
2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ.....	25
3. แนวคิดการกอดจุด.....	32
3.1 ประวัติความเป็นมา.....	32
3.2 ความหมาย.....	33
3.3 หลักการโดยทั่วไปของการกอดจุด.....	34
3.4 ข้อห้ามในการกอดจุด.....	36

	หน้า
4.เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
5.กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	40
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	55
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	68
สรุปผลการวิจัย.....	71
อภิปรายผล.....	72
ข้อเสนอแนะ.....	74
รายการอ้างอิง.....	75
ภาคผนวก.....	83
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	84
ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	86
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ใบยินยอมของประชากร และ ใบขอรับการพิจารณาจริยธรรม.....	88
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	93
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	118

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	อุบัติการณ์การคลื่นไส้ อาเจียน หลังผ่าตัด.....	1
2	อุบัติการณ์การคลื่นไส้ อาเจียน หลังผ่าตัด.....	2
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว และชนิดของการผ่าตัด.....	43
4	ลักษณะของปัจจัย ด้านอายุ และชนิดของการผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	46
5	ลักษณะของปัจจัยด้านน้ำหนัก และส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	47
6	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยแบ่งตามระดับความรุนแรง ของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง จำแนกตามอาการ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	59
7	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยแบ่งตามระดับความรุนแรง ของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จำแนกตามอาการ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	62
8	คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง จำแนกตามรายด้าน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	65
9	คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จำแนกตามรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	66

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ.....	28
2	กราฟค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรุนแรงของอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง จำแนกตามรายด้านของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง.....	65
3	กราฟค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรุนแรงของอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จำแนกตามรายด้านของกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	66
4	กราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรุนแรง ของอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน เป็นรายด้าน ในแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	67

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังการผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย ทำให้เกิดความรู้สึกกระสับกระส่าย ไม่สบาย และถ้ามีอาการรุนแรงก็จะเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะพร่องน้ำ และเสียดุลของ electrolyte ตามมาได้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น พบในการผ่าตัดทั่วไปเฉลี่ย 25-40% และ 70-80% ของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดในช่องท้อง และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, 2546) ในต่างประเทศมีรายงานการศึกษาพบว่าอัตราการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดทั่วไปประมาณ 20-30% (Mehernoor. et al.,1992) และผู้ป่วยหญิงที่มาผ่าตัดทางสูติรีเวช จะพบประมาณ 67-80% (Ashraf S. et al., 2006) ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพบว่าเกิดการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดทั่วไปเฉลี่ยมีอุบัติการณ์สูงถึง 28 % พบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องประมาณ 40% ในผู้ป่วยผ่าตัดตาประมาณ 25% ในผู้ป่วยเด็กประมาณ 30% การผ่าตัดโดยใช้ยาสลบแบบไอระเหยพบประมาณ 20% (ข้อมูลสถิติแผนกวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ,2549)

ตารางที่ 1 อุบัติการณ์การคลื่นไส้ อาเจียน หลังผ่าตัด

Year study	Population Size(n)	Incidence of ponv	Investigators	ประชากรที่ศึกษา
1989	10,000	41%	Waters et al.	ผู้ป่วยเด็ก
1992	748	19%	Bellville et al.	ผ่าตัดในช่องท้อง
1994	2,230	23%	Adriani j et al.	ผ่าตัดตา หู จมูก
1997	1,183	43%	Rowley et al.	ผ่าตัดโดยวิธี SB
1998	2,000	13%	Cohen et al.	ผู้ป่วย day case

ที่มา: Anesthesia Analgesia , ฉบับที่ 102, ปีที่ 10

ตารางที่ 2 อุบัติการณ์การคลื่นไส้ อาเจียน หลังผ่าตัด

Year study	Population Size(n)	Incidence of ponv	Investigators	ประชากรที่ศึกษา
2000	9,616	0.2%	วรสรวง ทองสุข	ใช้ยา propofal
2002	9,910	20%	Abbotts	ผ่าตัดโดยใช้ inhalation
2004	2,922	25%	คามพ์ มุกต์มณี	ผ่าตัดแก้ไขตาเขในเด็ก

ที่มา: วารสารวิสัญญีสาร ฉบับที่ 5 ปีที่ 7

จากตารางข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และช้อนภายหลังการผ่าตัด จะแตกต่างกันแต่ละบุคคล ชนิดของการผ่าตัดที่มักเกิดอาการอาเจียนได้ง่าย ได้แก่ การผ่าตัดช่องท้อง, การผ่าตัดหูชั้นกลาง, การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง, การผ่าตัดแก้ไขกล้ามเนื้อตา, และปัจจัยเกี่ยวกับยาที่ได้รับยาสลบ ได้แก่ ยาแก้ปวดชนิดแรง (narcotics), ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เพิ่มการบีบตัวของลำไส้, ยาสลบทั้งชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด (etomidate , ketamine) ไอระเหยหรือก๊าซ เช่น Nitrous oxide, การฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังที่มีระดับการชาสูงเกินระดับกระดูกอกที่ (Rose ferrara-love., et al., 1996.) นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยอื่นๆ เช่น ในเพศหญิง (มักเกิดบ่อยกว่าเพศชาย 2-4 เท่า) วัยเด็กและผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้บ่อย เพราะยาสลบจะสะสมในไขมันมากขึ้น และอาหารจะอยู่ในกระเพาะนาน ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบในช่องท้องและมีประวัติเมารถเมาเรือ หรือมีประวัติของอาการอาเจียนจากการดมยาสลบในอดีต (วรภา สุวรรณจินดา, 2536) เป็นต้น

การอาเจียนของสารหรืออาหารสูในช่องปากและคอ ขณะที่ reflex ป้องกันการหายใจเสียหรือหย่อนสมรรถภาพ โดยเฉพาะในช่วงการผ่าตัดของผู้ป่วย ทำให้เกิดการสำลักของก้อนอาหารที่ยังไม่ย่อย อาจทำให้มีการอุดตันของทางเดินหายใจหรือหลอดลม ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะการขาดออกซิเจน ปอดแฟบ และถ้ารุนแรงอาจถึงแก่ความตายได้อย่างรวดเร็ว การอาเจียนหรือสำลักทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย เกิดอาการเขียวจากการขาดออกซิเจนเนื่องจากการหดเกร็งตัวของหลอดลม การที่มีของเหลวออกนอกหลอดเลือดมาสะสม อยู่ในบริเวณรอบหลอดลมและภายในปอด จากการอักเสบโดยสารเคมีและภาวะถุงลมปอดแฟบ ทั้งนี้ ภาวะความเป็นกรดของอาหารที่สำลักเข้าไปเป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหานี้รุนแรง (ชูศรี พิศลยบุตร, พงษ์ธรา วิจิตรเวชไพศาล, 2543)

การอาเจียนรุนแรงหรือผู้ป่วยพยายามกลืนการอาเจียน การหดเกร็งของกล้ามเนื้อหูรูดของหลอดอาหารส่วนบนไว้ จะทำให้มีการฉีกขาดของหลอดอาหารส่วนล่างเกิดขึ้น อาการที่สำคัญคือมีการเจ็บหน้าอก และปวดท้องอย่างรุนแรง มี sign ของ mediastinal emphysema และ crepitation ที่

ชายปอด ถ้าไม่สามารถวินิจฉัยได้ทันท่วงที จะทำให้เกิด dissection ของผนังหลอดเลือดตามมา ด้วยการกลืนลำบาก การอาเจียนมากๆจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง electrolyte ทำให้เกิดการขาดน้ำ และhypokalemic alkalosis โปตัสเซียมจะยิ่งต่ำลงโดยมีการสูญเสียทาง renal tubule จาก sodium potassium exchange ในtubule ส่วนปลาย ระหว่างการขับไบคาร์บอเนตที่เกินพอ และจากผลการเพิ่มปริมาณของmineralocorticoid ในพลาสมา จากการที่extracellular volumnลดลง ถ้าการดูดซึมโซเดียมจากการขาดน้ำมีมาก และขาดคลอไรด์ ไบคาร์บอเนตจะถูกดูดซึมพร้อมกับโซเดียม เพื่อคงความเป็นกลางทางประจุไฟฟ้า จึงทำให้alkalosis มากขึ้น การขับorganic acid ชนิด non-absorbable anions ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด การมีโปตัสเซียมต่ำทำให้เกิดการตายของtubule ของไต กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นอัมพาตได้ (กำพล กลั่นกลินและคณะ,2542)

ผลของอาการอาเจียนนอกจากมีผลทาง metabolic ทำให้ร่างกายเสีย electrolyte ออกไป ซึ่งจะทำให้เกิดการกระตุ้น hormones ในร่างกาย และเกิดการปรับตัวของไตแล้ว ยังมีผลทางอันตรายจากสารเคมี เช่นเกิดมี mallory-weiss'lesion ในผู้ป่วยบางคนฟันอาจจะกร่อน เนื่องจากมีอาเจียนเรื้อรังแล้วกรดกัดฟันจนกร่อน หรือผู้ป่วยสำลักเข้าปอดทำให้เกิดปอดบวมหรือฝีในปอดได้(บัญชา โอวาทพารพร,2536)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด จากการศึกษาพบว่าเพศ ซึ่งมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2-4 เท่า วัยเด็กพบมากกว่าผู้ใหญ่ 2 เท่า ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนได้บ่อย ยาสลบที่ได้รับในการผ่าตัด และชนิดของการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดหู คอ จมูก การผ่าตัดตา การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดในช่องท้อง จะพบอุบัติการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนได้บ่อย ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดได้ทั้งสิ้น (วรภา สุวรรณจินดา , 2536)

ในการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดมีหลายรูปแบบ (Julia A. Golembiewski, 2002) เช่นการใช้ยาด้านอาการอาเจียน มีรายงานการศึกษาจำนวนมากที่พยายามจะพัฒนาประสิทธิภาพของยาด้านการอาเจียน แม้จะพบว่าประสิทธิภาพในการควบคุมอาการดีขึ้น แต่ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังคงมีอาการถึงแม้ว่าจะได้รับยาเหล่านี้แล้ว และข้อเสียของยากลุ่มนี้ทำให้น้ำย่อยจากกระเพาะอาหารไหลกลับเข้า esophagus ได้ง่าย อาจกระตุ้น extrapyramidal tract ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสั่นเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วไป ยาระงับอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดและเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ได้แก่ 5HT₃ antagonist (dexamethasone, droperidol, plasil, ondansetron) ซึ่งยาจะถูกทำลายที่ตับ และขับออกทางไต นอกจากนี้ ยาเหล่านี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่นพบอาการปวดศีรษะประมาณ 5-27% ท้องเสียประมาณ 1-16% ท้องผูกประมาณ 1-9% ไข้ประมาณ 1-8% อ่อนเพลียประมาณ 13% (Thomas Board at al, 2006) เป็นต้น

การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนด้วยวิธีที่ไม่ใช่ยาระงับการอาเจียน เช่น การใช้จิง ซึ่งเป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่มีสรรพคุณในการกระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหาร เป็นยาขับลม แก้อืดท้องอืด ท้องเฟ้อ และมีการศึกษายืนยันว่า จิงมีประสิทธิภาพในการป้องกันการคลื่นไส้ อาเจียน (จิรัฐคณา จันทรงาม, 2546; Rasr Wiggo Fischer-Rasmussen et al, 1990; E.Eenst and M.H.Pittler, 2000) นอกจากนี้ ยังมีการฝังเข็ม กดจุด ซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของจุดซึ่งเกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ ซึ่งมีการศึกษาถึงวิธีการกดจุด, ฝังเข็ม การใช้ wristband เป็นต้น (Ashraf.S Habib, et al, 2006; Chiu-Ming Ho, et al, 2006; Julie A.Glolenbiewski, 2002; Rose Ferrara-Love et al, 1996; เถ ที, 2543)

ในการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับ การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดเป็นอย่างมาก ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทั้งบทบาทอิสระและตามแผนการรักษา กิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด มีหลายวิธี วิทยาลัยพยาบาลสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด สำหรับผู้ป่วยแต่ละคน หรืออาจใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อที่จะ บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนขย้อน แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลในการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว เช่น การให้ข้อมูล สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผล และเชื่อมโยงกับความรู้ ประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และคงอยู่ถาวร (ชินันท์ สิงห์เฉลิม, 2542.) ซึ่งวิธีการให้ข้อมูล จะเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล โดยบอกถึงวิธีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดทั่วไป ความสำคัญ ของการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าสู่หลอดลม บอกถึง สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด รวมทั้งบอกวิธีการรักษาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมพยาบาลที่ให้การหลีกเลี่ยง นอกจากนี้ วิทยาลัยพยาบาลอาจป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน โดยเริ่มตั้งแต่การให้ premedication ก่อน การให้ยาสลบ วิธีการให้ยาสลบ การนำสลบ ยาสลบต่างๆที่ใช้ในระหว่างการผ่าตัดให้เหมาะสม ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจควรคลุมหรืออาหารในกระเพาะอาหารออก เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง หลีกเลี่ยงการใช้ sellick's maneuver (cricoid pressure) เป็นสาเหตุหนึ่งที่กระตุ้น gag reflex ทำให้ เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ปริมาณของยาสลบที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ก๊าซไนตรัสออกไซด์ ยา ลดปวดต่างๆ ยาคลายกล้ามเนื้อ แก๊สระเหย เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนทั้งสิ้น การถอดท่อช่วยหายใจหลังจากการผ่าตัดเสร็จสิ้นก็มีผลต่อการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน เนื่องจากทำให้มีการระคายเคืองหรือบาดเจ็บของท่อหลอดลมได้เช่นกันในการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังจากเสร็จผ่าตัด หรือการเคลื่อนย้ายในห้องพักฟื้น วิทยาลัยควรเคลื่อนย้ายอย่าง นุ่มนวล เนื่องจากการเคลื่อนหรือการเปลี่ยนอิริยาบถของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นการกระตุ้นให้เกิด

อาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้ (Dundee, J.W., et al.; Robert Knapp, M., 1956.; Chiu-Ming Ho., 2006.) หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในห้องพักฟื้น วัตถุประสงค์ดูแลจัดทำผู้ป่วยโดยการตะแคงหน้า เพื่อป้องกันการสำลักของเศษอาหารเข้าปอด ให้าระงับการอาเจียนและสังเกตอาการและระดับของการอาเจียน วัตถุประสงค์อย่างใกล้ชิด เมื่อส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยให้พยาบาลดูแลและสังเกตบันทึก ระดับและความถี่ของการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน เพื่อการวางแผนการที่เหมาะสม (Gan, T.J., et al., 1994.)

จะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันนี้สถานการณ์ หรือข่าวที่เกี่ยวกับอันตราย หรือผลร้ายจากการอาเจียน มีอาการตั้งแต่ ไม่สุขสบายไปจนถึงอันตรายรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตเกิดขึ้นได้บ่อยๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้าง โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่มีการศึกษาในการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน หลังผ่าตัดโดยไม่ต้องใช้ยา ทำให้มีผลดีต่อผู้ป่วยในการที่ไม่ต้องรับสารเคมีเข้าไปในร่างกาย ไม่มีการตกค้างของสารเคมี ไม่เสียค่าใช้จ่าย และที่สำคัญการใช้ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดนั้น จะไม่เกิดผลเสียหรือเกิดอันตรายใดๆต่อผู้ป่วยเลย (โกวิท คัมภีรภาพ, 2544) การใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดนั้น เป็นการร่วมมือและมีปฏิสัมพันธ์กันของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ บุคลากรในทีมสุขภาพนั้นต้องมีความรู้ความชำนาญ มีการฝึกฝนทักษะในการกดจุด ถึงแม้ว่าการกดจุดจะไม่มีผลเสียก็ตาม แต่ละจุดจะมีผลต่อการรักษาแตกต่างกัน ในการกดจุดเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนนั้น จะกระทำทันทีเมื่อผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบแล้ว หายใจเองได้ดี วัตถุประสงค์พยาบาลถอดท่อช่วยหายใจออกแล้ว ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวเต็มที่ สามารถถามตอบรู้เรื่อง ผู้วิจัยจะกดจุดทันทีโดยกดจุดที่ข้อมือด้านท้องแขนทั้ง 2 ข้าง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าจุดบริเวณนี้สามารถระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน ได้ โดยกดจุดนาน 15 นาที ในระยะนี้วัตถุประสงค์จะมีการบันทึกสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด โดยมีการลงบันทึกทุก 5 นาที จนกระทั่งครบ 30 นาที จึงส่งผู้ป่วยกลับไปยังหอผู้ป่วยได้

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน พบว่าในการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนนั้น ส่วนใหญ่จะมีผู้ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด หรือผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง โดยใช้วิธีการต่างๆที่ไม่ใช้ยา เช่น ใจรัตน์ สุภกุล (2530) ศึกษาผลการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 20 ราย โดยการฝึกผ่อนคลายและมอบคู่มือนำไปปฏิบัติด้วยตนเองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการฝึกมีระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ และอาเจียนลดลงใน สัปดาห์ที่ 3-4 และ สัปดาห์ที่ 5-6 และเมื่อเปรียบเทียบความรุนแรงระหว่างกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รัชณี นามจันทร์ (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเองและอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่สัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน ความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองและอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของประทุม สร้อยวงศ์ (2538) ที่ศึกษาแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในคลินิกเคมี ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนโดยรวมและแต่ละอาการ ภายหลังจากได้รับเคมีบำบัด ไม่เพิ่มขึ้นตามชุดของการได้รับเคมีบำบัด ส่วนในด้านความสัมพันธ์พบว่า ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนโดยรวม บุญบา สมใจวงศ์ (2544) ได้ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนและขย้อน ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพจากผู้วิจัยและนำกลับไปฝึกที่บ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า การสร้างจินตภาพสามารถลดความถี่ ระยะเวลาและความทุกข์ทรมานของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนโดยการพึ่งพาการสร้างจินตภาพที่ปริญา สนิกะวาที สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของโฮโรวิทซ์ ส่วนในด้านอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดนั้น จิรัฐคณา จันทร์งาม(2546) ศึกษาประสิทธิผลของฉิงในการป้องกันคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดและให้ยามอร์ฟีนทางไขสันหลังในการผ่าตัดบริเวณส่วนล่างของร่างกาย โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 108 ราย ได้รับแคปซูลฉิง 1 กรัม กลุ่มควบคุมได้รับยาหลอก 1 ชั่วโมงก่อนได้รับยาสลบ พบว่ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่.05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด ยังไม่มีการใช้โปรแกรมการจัดการร่วมกับการกดจุดเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดเลย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน โดยผลการวิจัยจะช่วยพัฒนาให้ปฏิบัติการการพยาบาล อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence base practice) และเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกไปปฏิบัติ เพื่อให้ได้ประสิทธิผลที่มีความคุ้มค่า คุ่มทุน รวมทั้งเป็นแนวทางในการวิจัยครั้งต่อไปด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ค่าคะแนน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ โปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการกดจุด มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการ โปรแกรมการจัดการกับ อาการร่วมกับการกดจุดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001) ที่กล่าวว่าอาการหรืออาการแสดง เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์หรือบุคลากรในทีม สุขภาพ ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวิต สังคม ความรู้สึกและ สติปัญญา ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุของความทุกข์

แบบจำลองการจัดการกับอาการกล่าวถึง 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และผลจากอาการ (Symptom Outcomes) ดังนี้

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences)

ประสบการณ์การมีอาการ เป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา มีความเกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยเริ่มจากที่บุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากที่ตนเองเคยรู้สึก เคยปฏิบัติ ใช้ สติปัญญาในการรวบรวมความรู้สึกต่างๆ ในการแปลความหมายของข้อมูลออกมาถึงระดับความรุนแรง จากการค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประสบการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้เริ่มจาก อาการเวียนศีรษะ ปั่นป่วนภายในท้อง จุกแน่น หน้าอก น้ำลายสอ คลื่นไส้และอาเจียนออกมา (อุสาห์ รุจิระวิโรจน์, 2543) โดยที่อาการคลื่นไส้ อาการขย้อน และอาการอาเจียนเป็นอาการที่แยกออกจากกัน ผู้ป่วยอาจเกิดอาการใดอาการหนึ่ง หรือหลายอาการร่วมกันก็ได้ (Rhodes et al., 1987)

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาแบบแผนของอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดย Rhodes และคณะ (1987) รัชนี นามจันทร์ (2535) และประทุม สร้อยวงศ์ (2338) ผลการศึกษาพบว่า มีความคล้ายคลึงกัน เพียงบางส่วน ทั้งนี้อาจเนื่องจากทั้ง 3 การศึกษาได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอแบบแผนอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ศึกษาโดย Rhodes และคณะ (1987) เนื่องจากแบบแผนดังกล่าวพบได้ในผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้ แบบแผนของอาการ คลื่นไส้มี 4 ลักษณะคือ 1) อาการรุนแรงตลอด 2) อาการเล็กน้อย 3) อาการเริ่มจากเล็กน้อยแล้ว ค่อยๆ รุนแรงขึ้น และ 4) อาการรุนแรงขึ้นช่วงหนึ่งแล้วลดลงรวดเร็ว

2. กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies)

เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่าง ๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยยอมรับโดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทา ชะลอผลทางลบด้วยการรักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาทีมสุขภาพ และการดูแลตนเอง โดยเริ่มต้นจากประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย ตามด้วยการระบุเป้าหมายของการปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งการจัดการกับอาการจะสำเร็จได้ต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ป่วย และบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้ผลตามต้องการ

จากการค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นจำนวนมาก ทั้งการพัฒนาประสิทธิภาพของยาต้านการอาเจียน การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาต้านการอาเจียน ทั้งการศึกษาในเชิงทดลองที่ใช้จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด รวมถึงการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ ซึ่งต่างก็มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมและบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน

3. ผลจากอาการ (Symptom Outcomes)

เป็นผลจากประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีจัดการอาการ ปัจจัยบ่งชี้ถึงผลจากอาการมี 10 ประการ ประเมินออกมาในรูปของ ภาวะของอาการ ภาวะการทำหน้าที่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ภาวะอารมณ์ การใช้บริการทางสุขภาพ อัตราการป่วย ความเจ็บป่วยร่วม และอัตราการตาย โดยมีภาวะของอาการเป็นแกนกลางที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากข้อบ่งชี้อื่นๆ ซึ่งผลจากอาการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้จากการใช้กลวิธีจัดการอาการต่างๆของผู้ป่วย บุคลากรในทีมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

จากการค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังรับยาเคมีบำบัดมีผลด้านลบต่อการทำหน้าที่ (Farly et al.,1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lindley และคณะ (1992) ที่พบว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ และอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีผลต่อคุณภาพชีวิต (Lindley & Hirsch,1992) และจากการประเมินผลภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของโอซาบาและคณะ (Osaba et al.,1997) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้หลังรับยาเคมีบำบัดมีผลต่อทางด้านร่างกาย บทบาทหน้าที่ ภาวะอารมณ์ การรับรู้ และบทบาทหน้าที่ทางสังคม และผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนมีผลด้านลบต่อร่างกาย บทบาทหน้าที่ และหน้าที่ทางสังคม รวมถึงผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งหมด

แบบจำลองการจัดการกับอาการกล่าวถึง 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และผลจากอาการ (Symptom Outcomes) วัฏจักรนี้ เมื่อบุคคลประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของตนเองจาก การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ เกิดเป็นผลจากอาการในรูปของ ภาวะของอาการ ภาวะการทำหน้าที่ ภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต

ความสามารถในการดูแลตนเอง การใช้บริการทางสุขภาพ อัตราการเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยร่วม อัตราตาย หรือภาวะอารมณ์ บุคคลจะปฏิบัติกรเพื่อบรรเทาและแก้ไขอาการโดยวิธีการต่างๆ โดยอาศัยความร่วมมือของตนเอง และทีมสุขภาพ จนกว่าจะได้ผลตามที่ต้องการ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการ ของ Dodd et al., (2001) ซึ่งอธิบายประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการอาการและผลจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง ได้ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องรับรู้ว่าจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ขึ้น ผู้ป่วยจะประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของตนเอง จากการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ เพื่อแปลความหมายของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ในเรื่องความรุนแรงของอาการ จากนั้นบุคคลจะหาวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสม เพื่อควบคุมหรือบรรเทาผลของอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การจัดการอาการโดยการใช่ยาและไม่ใช่ยา ครอบคลุมถึงการจัดการด้วยตนเอง ร่วมมือกับทีมสุขภาพ จนกว่าจะได้ผลตามที่ต้องการ ถ้าการจัดการกับอาการมีประสิทธิภาพจะสามารถควบคุมหรือบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

การกดจุดเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ซึ่งมีผลดีต่อร่างกายและจิตใจ รวมทั้งระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เชื่อกันว่าตำแหน่ง PC6 นี้เป็นจุดกระตุ้นการทำงานของซี่โครงซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารและย่อยอาหาร จากการศึกษาพบว่าเมื่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารและย่อยอาหารถูกรบกวน จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตามหลักการของแพทย์จีน (Traditinal Chinese Medicine) ในขณะกดจุดผู้ป่วยอาจรู้สึกเมื่อย ชา หน่วง ปวดตื้อๆ หรือปวดถ่วงตามแนวทางช่องทางเดินของจุดนั้นๆ เรียกว่า Propagated Sensation along the Channels หรือ PSC เนื่องจากมีพลังแห่งชีวิต (Qi) วิ่งไปตามช่องทางเดินของจุด ตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน ในปี 1956 จากอบส์ (Jacobs 1960: 97 อ้างตาม วิจิตรา กุสุมภ์ 2532: 58) กล่าวว่าอาการกดคลิกและนวดด้วยแรงจะเป็นการกระตุ้นอวัยวะที่รับความรู้สึกที่ตั้งอยู่ที่ผิวหนัง (Tendon organ) ทำให้เกิดรีเฟล็กซ์ไปยังศูนย์ควบคุมการอาเจียนซึ่งอยู่บริเวณเรติคิวลา ฟอร์เมชัน (reticular formation) ในเมดัลลา ออบลองกาตา ซึ่งได้รับการกระตุ้นจาก vagal visceral afferents sympathetic visceral afferents, trigger zone, vestibulocerebella afferents, cortex และ limbic system เมื่อศูนย์ควบคุมการอาเจียนถูกยับยั้งจะส่งกระแสประสาทมอเตอร์ไปตามเส้นประสาทสมองเพื่อไปยังทางเดินอาหาร และส่งผ่านเส้นประสาทไขสันหลังไปยังกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ไม่มีการหดตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก จึงไม่มีการหดตัวของกระบังลม และกล้ามเนื้อหน้าท้อง ยังผลให้ไม่มีการขับสิ่งที่บรรจุอยู่ในกระเพาะอาหารออกมาทางปาก จึงไม่ทำให้เกิดการอาเจียน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง ดังมีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน หลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อนหลังผ่าตัดใน 6 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน หลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และช้ออ่อน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยมี

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

2. ตัวแปรที่ศึกษา โดยมี

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด

ตัวแปรตาม คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และช้ออ่อน หลังผ่าตัด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลหลังจากการผ่าตัดช่องท้อง ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยทราบว่าจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง พยาบาลจะให้ความรู้ในการปฏิบัติก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง การเซ็นใบยินยอมในการรับการผ่าตัด การเตรียมความสะอาดบริเวณที่ทำผ่าตัด การเตรียมตัวทางด้านร่างกายให้ถอดฟันปลอม ไม่ใส่เครื่องประดับ และไม่นำของมีค่าไปห้องผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีปอด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 35 ปี ต้องมีผลการตรวจคลื่นหัวใจด้วย และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหาร อีกอย่างน้อย 2

วัน การเปลี่ยนอิริยาบถหลังผ่าตัดในการลุกนั่งหรือลุกเดิน เพื่อให้ลำไส้ได้มีการเคลื่อนไหว ป้องกันอาการท้องอืด ซึ่งอาจเป็นผลทำให้แผลผ่าตัดแยกได้ การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

2. ระยะหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยย้ายจากห้องพักฟื้นมายังหอผู้ป่วย พยาบาลต้องประเมินอาการผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง โดยประเมิน ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย สัญญาณชีพได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ แผลผ่าตัดมีเลือดซึมน้อยหรือไม่ ชนิดและจำนวนของสารน้ำที่ได้รับ มีการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และสัญญาณชีพทุกๆ 15 นาทีเป็นจำนวน 4 ครั้ง บันทึกสัญญาณชีพทุกๆ 30 นาที เป็นจำนวน 2 ครั้ง หลังจากนั้นบันทึกทุกๆ 2 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการปกติ หากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในอาการและสัญญาณชีพ ให้ลงเวลา ลักษณะอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับทันที ในการได้รับยาแก้ปวดผู้ป่วยจะได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ การให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดทั่วไป เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การห้ามออกแรงเบกของหนัก และมาพบแพทย์ตามนัด

อาการคลื่นไส้ อาเจียน และขย้อน หลังผ่าตัด หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ใช้ระหว่างผ่าตัด หรือจากการที่อวัยวะบริเวณที่ผ่าตัดถูกรบกวน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย ทุกข์ทรมาน ซึ่งจะเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยเสร็จสิ้นการผ่าตัด ฟื้นจากยาสลบ และกลับมาพักฟื้นที่หอผู้ป่วยได้ทุกระยะ

อาการคลื่นไส้ คือการรับรู้ความไม่สบายที่เกิดขึ้นบริเวณหลังคอ ลิ้นปี่ ร่วมกับความรู้สึกอยากอาเจียน หรือเป็นความไม่สบายที่เกิดขึ้นภายในกระเพาะอาหาร ขณะเกิดพบว่ามีน้ำลายออกมามาก

อาการอาเจียน คือการขับเอาสิ่งต่างๆที่อยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้นผ่านออกมาทางปาก

อาการขย้อน คือการพยายามที่จะขับเอาสิ่งต่างๆที่อยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้นออกมา

อาการคลื่นไส้ อาการขย้อน และอาการอาเจียน เป็นอาการที่แยกออกจากกัน อาจเกิดอาการใดอาการหนึ่งหรือหลายอาการรวมกันได้

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดอาการคลื่นไส้ และ อาเจียนของโรดส์ (Rhodes et al., 1999) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ของลิเคอร์ท์ (Likert scale) แบ่งระดับการรับรู้เป็น 5 ระดับโดยคะแนนรวมมาก แสดงถึงผู้ป่วยรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนขย้อนมาก ค่าคะแนนรวมน้อยแสดงถึงผู้ป่วยรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนขย้อนน้อย

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด หมายถึงวิธีการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd(2001) และร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับการกดจุด พัฒนาขึ้น

เพื่อใช้ในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุมทั้งจากสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น โดยเป็นโปรแกรมที่ดึงอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ในการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดนั้น มีผลดีต่อผู้ป่วยในการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน หลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง ซึ่งสามารถลดปริมาณการใช้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน และหลีกเลี่ยงการเกิดอาการข้างเคียง หรือฤทธิ์อันไม่พึงประสงค์จากยาได้ เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งสามารถลดระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกด้วย การใช้กลวิธีในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชื่อย่อน โดยอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ คือพยาบาลในการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยโดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแต่ละคน ได้เล่าถึงประสบการณ์อาการคลื่นไส้ อาเจียน และชื่อย่อน ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของตนเอง โดยยอมรับในความเป็นบุคคลด้วยการแสดงท่าทีเป็นกันเอง และยอมรับฟังความคิดเห็น มีการประเมินความต้องการ ความรู้เกี่ยวกับ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และชื่อย่อน สาเหตุการรักษา ความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชื่อย่อน หลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชื่อย่อน ที่ผ่านมา การสร้างสัมพันธภาพช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการช่วยเหลือบรรเทาของพยาบาล (ใช้เวลา 10-15 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยประสบจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชื่อย่อนหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นกระบวนการก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคลได้รับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติที่ถูกต้อง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เชื่อมโยงกับความรู้ และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ ไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมและคงอยู่ถาวร ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยจะเข้ารับการผ่าตัด 1 วัน ในช่วงเวลา 14.30-16.30 น. เป็นการบรรยายเกี่ยวกับการเตรียมร่างกายและจิตใจ สภาพห้องผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัดพอสังเขป ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด และวิธีปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชื่อย่อนหลังผ่าตัด และการให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมาน จากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้น และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ความรู้ และเลือกวิธีที่จะจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดความทุกข์ทรมานลงด้วย (ใช้เวลา 45 นาที) ผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชื่อย่อนหลังผ่าตัด ให้แก่ผู้ป่วย

เพื่อใช้ในการทบทวนความรู้และนำไปปฏิบัติพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ผู้ป่วย
ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยตอบข้อซักถามตามความต้องการของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนของการกดจุดซึ่งเป็นกลวิธีการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน
และขย้อน เป็นการควบคุมอาการโดยไม่ใช้ยาซึ่งเป็นวิธีการบำบัดรักษาสุขภาพอย่างหนึ่งมาใช้
ร่วมกันระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการดูแลแบบทางเลือกมาผสมผสานกัน หรือเรียกว่าการ
ดูแลแบบผสมผสาน (Complementary care) และยังเป็นบทบาทอิสระอีกอย่างหนึ่งของพยาบาลที่
สามารถจัดการกระทำให้กับผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย โดย
การกดจุด ตำแหน่งที่ใช้ในการกดจุด คือตำแหน่ง Pc-6 (Nei-Guan) เป็นตำแหน่งที่อยู่เหนือข้อมือ
ขึ้นไป 1 ใน 4 ส่วนซึ่งเป็นระยะที่วัดจากข้อมือถึงข้อพับแขน หรือ 2 cun (Cheng xinnong, 1999) กด
ที่บริเวณจุดนี้โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดให้ลึกลงไปประมาณ 0.5-0.8 นิ้ว โดยเมื่อแพทย์ผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว
วิสัญญีประเมินว่าผู้ป่วยหายใจดี ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถทำตามคำสั่งได้ วิสัญญีจึงถอดท่อ
ช่วยหายใจ หลังจากนั้นใช้นิ้วมือกดที่ข้อมือผู้ป่วยทั้ง 2 ข้าง ให้ลึกและลงน้ำหนักกดที่ กดเข้าไว้นาน
15 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.ด้านบริหาร เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรทางการ
พยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถ และเห็นความสำคัญในการพยาบาล เพื่อลดอาการคลื่นไส้
อาเจียน ขย้อนของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

2.ด้านบริการ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการใช้เทคนิคการกดจุดแก่
ผู้ป่วยเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนภายหลังการผ่าตัด และยังมีส่วนช่วยให้บุคลากรทางการ
พยาบาลตระหนักถึงความจำเป็นและพัฒนาการพยาบาลที่ครอบคลุมร่างกาย และจิตใจ

3.ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการทำวิจัยเพื่อค้นหาลักษณะ กิจกรรมการพยาบาลที่
สามารถลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด ต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำเสนอสาระเป็นลำดับ ดังนี้

1. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด
 - 1.1 อุบัติการณ์ของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด
 - 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด
 - 1.3 ผลกระทบของอาการเกิดคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด
 - 1.4 การป้องกันอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด
 - 1.5 การรักษาคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด
 - 1.6 บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด
2. แนวคิดเกี่ยวกับแบบจำลองการจัดการกับอาการ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการกดจุด
 - 3.1 ประวัติความเป็นมาของการกดจุด
 - 3.2 ความหมาย
 - 3.3 หลักการ โดยทั่วไปของการกดจุด
 - 3.4 ข้อห้ามในการกดจุด
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดและทฤษฎี

1.อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนภายหลังการผ่าตัด

อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย ทำให้เกิดความรู้สึกกระสับกระส่าย ไม่สบาย และถ้ามีอาการรุนแรงก็จะเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะพร่องน้ำและเสียดุลของ electrolyte ตามมาได้

1.1 อุบัติการณ์ของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดสูง พบในการผ่าตัดทั่วไปเฉลี่ย 25-40% และ 70-80% ของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดในช่องท้อง และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, 2546) ในต่างประเทศมีรายงานการศึกษาพบว่าอัตราการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดทั่วไปประมาณ 20-30% (Meheer et al., 1992) โดยเฉพาะในผู้ป่วยหญิงที่มาผ่าตัดทางสูติรีเวชพบประมาณ 67-80% (Ashraf S. et al., 2006)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ภายหลังการผ่าตัด จะแตกต่างกันแต่บุคคลได้แก่

1. เพศ พบได้บ่อยในเพศหญิง ซึ่งพบบ่อยกว่าเพศชาย 2-4 เท่า เนื่องจากในเพศหญิงมีไขมันหนากว่าทำให้มีการสะสมของ ยาต่างๆที่ใช้มากกว่า และมีความอดทนต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนได้น้อยกว่าเพศชาย และมีฮอร์โมนของเพศหญิงซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ง่าย ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหญิงที่มาผ่าตัดทางสูติ รีเวช มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน มาก โดยพบประมาณ 67-80% (Ashraf et al. , 2006)

2. วัย พบว่าในวัยเด็กหลังผ่าตัดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนได้มากเป็น 2 เท่าของผู้ใหญ่ เนื่องจากการขับถ่ายก๊าซยาสลบ ซึ่งสามารถขับออกโดยลมหายใจ ในเด็กจะใช้เวลานานกว่าในผู้ใหญ่ เนื่องจากปริมาณของยาสลบที่ให้ขณะผ่าตัดเมื่อเทียบตามน้ำหนักแล้วในเด็กจะต้องใช้ในปริมาณมากกว่าผู้ใหญ่ เป็นผลมาจากระบบของ blood brain barrier (วรภา สุวรรณจินดา , 2536)

3. น้ำหนักตัว ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนเพราะยาสลบจะสะสมในไขมันมากขึ้น และอาหารจะค้างอยู่ในกระเพาะนาน เมื่อมีการกระตุ้นจึงทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนได้ง่าย (วรภา สุวรรณจินดา , 2536)

4. ประวัติของอาการคลื่นไส้ อาเจียนในอดีต ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบในช่องท้องและมีประวัติเมารถเมาเรือหรือมีประวัติของอาการอาเจียนจากการดมยาสลบในอดีต จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนได้มากกว่า หรือที่เรียกว่า Hypersensitivity (วรภา สุวรรณจินดา , 2536)

5. ชนิดของการผ่าตัดที่มักเกิดอาการอาเจียนได้ง่าย ได้แก่ การผ่าตัดช่องท้อง, การผ่าตัดสมอง, การผ่าตัดหูชั้นกลาง, การผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้อง, การผ่าตัดดมคลุกทางหน้าท้อง, การผ่าตัดแก้ไขกล้ามเนื้อตา, การผ่าตัดอัมพาต เนื่องจากอวัยวะต่างๆเช่น ในช่องท้อง สมอง หูชั้นกลาง

กล้ามเนื้อตา เมื่อมีการดึงรั้งของอวัยวะเหล่านี้ ร่างกายจะเกิดปฏิกิริยา ที่เรียกว่า Vagovagal reflex เป็นปฏิกิริยาที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ (วรรณ สุวรรณจินดา , 2536)

6.ปัจจัยเกี่ยวกับยาที่ได้รับยาสลบ ได้แก่ ยาแก้ปวดชนิดแรง (marcotics), ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เพิ่มการบีบตัวของลำไส้, ยาสลบทั้งชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด (etomidate , ketamine) ไอระเหยหรือก๊าซ เช่น Nitrous oxide ยาสลบที่ได้รับในระหว่างการผ่าตัดนั้น มีฤทธิ์ในการเพิ่มการบีบตัวของลำไส้ ซึ่งทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนขย้อนได้ (วรรณ สุวรรณจินดาและอังกาบ ปรากฏรัตน์,2542)

1.3 ผลกระทบของอาการคลื่นไส้ อาเจียน

อาการคลื่นไส้ อาเจียนทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงเรื้อรังอยู่นานจะเกิดผลเสียต่อร่างกายที่สำคัญคือ (ทวีศักดิ์ แทนวันดี, 2537:85-86 ; ชูชื่น คำารชธรรม,2535:63 ; Hogan,1990:480)

1.3.1 การสูญเสียสารน้ำและเกลือแร่

การอาเจียนทำให้มีการสูญเสียน้ำและโซเดียมจากสิ่งที่อาเจียน นอกจากนั้นโซเดียมยังสูญเสียทางไตในรูปโซเดียมไบคาร์บอเนต ในการแลกเปลี่ยนกับโปแตสเซียม จากภาวะhypokalemic metabolic alkalosis การสูญเสียน้ำและโซเดียม ทำให้ปริมาตรเลือดไหลเวียนลดลงความเข้มข้นของเลือดมากขึ้น มีปัสสาวะออกน้อยและยังกระตุ้นการหลั่ง antidiuretic hormoneช่วยเสริมให้เกิดภาวะโซเดียมต่ำในเลือดได้ ถ้าขาดเลือดไหลเวียนมากๆ ความดันโลหิตอาจต่ำลงการอาเจียนจะทำให้โปแตสเซียมในเลือดลดลงจากการสูญเสียทางไตโดยกลไกของ renninangiotensin-aldosterone system ส่วนน้อยสูญเสียไปกับการอาเจียนร่วมกับการได้รับน้อย ถ้าร่างกายสูญเสียโปแตสเซียมมากจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง ปัสสาวะมากจากการทำงานของไตผิดปกติ ถ้าโปแตสเซียมต่ำมากอาจทำให้เกิดการเต้นผิดปกติของหัวใจได้

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ

การคลื่นไส้ อาเจียนจะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ารับประทานอาหาร เพราะเมื่อรับประทานเข้าไปก็อาเจียนออกมา ถ้าเป็นนานๆ จะเกิดภาวะทุพโภชนาการและน้ำหนักตัวลดมากๆ ได้

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

ถ้าอาเจียนแรง ๆ อาจมีการฉีกของเยื่อเมือก บริเวณหลอดอาหารตอนล่าง จนมีเลือดออกได้ เรียกว่า Mallory Weiss tear ถ้าการฉีกขาดลึกจนเกิดการทะลุของหลอดอาหาร เรียก Boer-haave's syndrome จำเป็นต้องรับการผ่าตัดโดยด่วน กรณีที่ปนมากับสิ่งที่อาเจียนอาจกัดกร่อนฟัน จนเกิดฟันผุได้ถ้าอาเจียนบ่อยๆ ในบางรายมีอาเจียนรุนแรงอาจเกิด petechiae หรือ purpura บริเวณหน้าและหน้าอกส่วนบนจากการแตกของหลอดเลือดฝอย เพราะหลอดเลือดดำบริเวณส่วนบนของร่างกายไม่มีลิ้นกั้นนอกจากนี้ The City of Hope National Medical Center Model ได้แบ่งผลของอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็น 4 มิติ (Grant,1997:6) ประกอบด้วย

1. ผลต่อร่างกาย (Physical impact) อาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่ไม่สามารถควบคุมได้ส่งผลกระทบต่อโภชนาการ เสี่ยงสมดุลย์ของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เกิดภาวะทุพโภชนาการ อ่อนเพลีย นอกจากนี้อาการคลื่นไส้ อาเจียนยังรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันเช่น อาบน้ำ แต่งตัว และเมื่อใดที่ความสามารถของผู้ป่วยลดลงจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น

2. ผลต่อจิตใจ (Psychological impact) อาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจ อาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความกลัว และความกลัวที่เกิดจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร เกิดความไม่สุขสบาย ผลต่อความรู้สึกในการทำกิจกรรมต่างๆ จากการศึกษาของรัชนี นามจันทรา (2535) สอดคล้องกับของโรดส์และคณะ (Rhodes et al.,1986;43-46) โดยพบว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ก่อนให้ซิสพลาตินในครั้งแรกของเคมีบำบัด มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าหลังให้ยาอย่างมีนัยสำคัญ และสูงกว่าความวิตกกังวลก่อนให้ยาในครั้งที่ 2-5 ส่วนความวิตกกังวลขณะเผชิญและหลังให้ซิสพลาตินในครั้งหลังๆของการให้เคมีบำบัด มีแนวโน้มว่าสูงกว่าก่อนการให้ยา อาจจะอธิบายได้ว่าในการให้เคมีบำบัดในครั้งหลังๆ ความวิตกกังวลเกิดจากความไม่สุขสบาย และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของยา หากมีความวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก

3. ผลต่อสังคม (Social impact) ส่งผลถึงบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพ เมื่อใดอาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถควบคุมได้ส่งผลถึงการทำงาน ไม่สามารถทำงานได้ เปลี่ยนแปลงบทบาทความสัมพันธ์ทางเพศ การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีการพบปะกับบุคคลอื่นลดลง และเป็นภาระให้กับครอบครัว

4. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual impact) ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดและรับรู้ถึงผลของอาการ ความไม่สุขสบาย อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ไม่สามารถควบคุมได้เป็นผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน และท้อแท้ (อุสาห์ รุจิระวิโรจน์,2543) นอกจากรายงานการศึกษาข้างต้นแล้ว อาการคลื่นไส้ อาเจียนยังรบกวนการทำหน้าที่ของบุคคล ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงาน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันได้น้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่มีอาการ ดังรายงานเกี่ยวกับอาการอาเจียนว่า 23% ของผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนไม่สามารถทำงานได้ 22% ไม่สามารถเตรียมอาหารได้ และ 12% ไม่สามารถรับยาต่อได้ (Lindley&Hirsch,1992:s28) จากการศึกษาของ Lindley และคณะ(1992) พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดรู้สึกไม่สบายตลอดวัน และ 1 ใน 4 มีอาการอาเจียนและจะยังอาเจียนอยู่เรื่อยๆ ต่ออีกหลายวัน (Lindley et al.,1989 cited in Bliss et al.,1992:s14) และอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับทำให้นอนหลับได้ยาก (ชูชุกิและคณะ,1994:19-26 อ้างถึงใน ประทุม สร้อยวงศ์,2538:33) สอดคล้องกับการศึกษาของเนลและคณะ ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มา

รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยให้ผู้ป่วยบันทึกอาการข้างเคียงที่เกิดจากเคมีบำบัดและให้รายงานวิธีการดูแลตนเองพร้อมประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการ

1.4 การป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด

1.4.1.การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยา (Pharmacological management) ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนมี 9 กลุ่มดังนี้ (Hogan, 1990:486-488 ; Goodman, 1997:22-26; Peter,1989:103-104; Wickham,1989:565-571; ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์, 2542:116-119)

1. Antihistamine เช่น diphenhydramine และ dimenhydrinate ยาในกลุ่มนี้ไม่สามารถควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัดได้เมื่อใช้เพียงขนาดเดียว ต้องใช้ร่วมกับยาในกลุ่มที่ปิดกั้นตัวรับ dopamine จึงมีผลในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนดีขึ้น นิยมใช้ในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการเมาเรือและเมาเรือ อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่อาการมึนงง ปากแห้ง และง่วงนอน

2 Anticholinergics เช่น bucladin และ alizapride เป็นต้น มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัดน้อยมากโดยทั่วไปแล้วผลในการรักษาคือคล้ายกับกลุ่ม histamine และออกฤทธิ์คล้าย atropine

3 Benzamide เช่น metoclopramide และ alizapride เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้มีทั้งเป็นทั้งยาด้าน dopamine และเป็นตัวกระตุ้น cholinergic ดังนั้นจึงมีกลไกการออกฤทธิ์ในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด 2 แห่ง คือ ปิดกั้นตัวรับ dopamine บริเวณ chemoreceptor trigger zone และยังออกฤทธิ์ในการกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบของทางเดินอาหารส่วนบนบีบตัวเร็วขึ้น เพื่อทำให้อาหารหรือสารที่อยู่ในกระเพาะอาหารเคลื่อนไหวยกลงสู่ทางเดินอาหารส่วนล่างเร็วขึ้น เพื่อทำให้อาการอาเจียนลดลง อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยเมื่อใช้ในขนาดที่สูง ได้แก่ กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง นอนไม่หลับ และตาข้าง

4 Benzodiazepines เช่น diazepam และ lorazepam เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ที่เปลือกสมองและเส้นประสาทที่ลงมาที่ศูนย์การอาเจียน มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลและคลายความเครียด ใช้ได้ผลดีในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการคาดคะเนล่วงหน้า

5 Butyrophenones เช่น droperidol และ haloperidol เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับ dopamine ที่บริเวณ chemoreceptor trigger zone ยาในกลุ่มนี้ได้ผลดีกว่ากลุ่มของ phenothiazine และใช้ได้ผลดีในการควบคุมอาการอาเจียนอย่างรุนแรงที่เกิดจากยา cisplatinum อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ ง่วงซึม และมีอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ

6 Cannabinoid เช่น dronabinol และ levonantradol เป็นต้น มีกลไกการออกฤทธิ์สกัดกั้นแรงกระตุ้นจากเปลือกสมองไม่ให้ไปที่ศูนย์การอาเจียน นอกจากนี้ยังมีคุณสมบัติเป็นยา anticholinergics มักใช้ในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน จากการได้รับเคมีบำบัดที่ไม่สามารถควบคุมด้วยยาอื่นได้

อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ค่อนข้างรุนแรงและอันตราย ได้แก่ ทำให้เกิดปากแห้ง กลืนอาหารลำบาก ประสาทหลอนและชัก

7 Phenothiazine เช่น prochlorperazine และ trimethobenzamide เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้สามารถควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัดกลุ่มที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงน้อย ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ด้วยการปิดกั้นตัวรับ dopamine บริเวณ chemoreceptor trigger zone และศูนย์การอาเจียนใน medullar oblongata นิยมใช้ควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด อาการข้างเคียงที่พบได้แก่ อาการง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ

8 Steroid เช่น dexamethasone และ methylprednisolone เป็นต้น กลไกการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนของยากลุ่มนี้ยังไม่ทราบ แต่เชื่อว่าเป็นผลจาก prostaglandin ลดลง มีรายงานว่ายาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการบำบัดอาการอาเจียนได้ดี สามารถบรรเทาอาการอาเจียนได้ร้อยละ 70-80 ผลของการรักษาของยากลุ่มนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับยาควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนอื่นๆ อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ แต่อาการข้างเคียงจะเกิดเพียงชั่วคราวเท่านั้น

9 Antihistamine เช่น ondansetron และ dolasetron เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้จะปิดกั้นตัวรับ 5-HT₃ ทั้งบริเวณ chemoreceptor trigger zone และออกฤทธิ์บริเวณส่วนปลายของ vagal afferent ทำให้สามารถป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนได้เป็นอย่างดีและได้ผลดีกว่าการใช้ metoclopramide ขนาดสูง ในปัจจุบันมีการใช้ยากลุ่มนี้ร่วมกับกลุ่ม steroid เพื่อให้สามารถป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนดีขึ้น อาการข้างเคียง ที่พบได้แก่ ปวดศีรษะ ท้องผูก

ซึ่งจากคำอธิบายข้างต้นจะเห็นได้ว่าการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ข้อนั้น การให้ยาส่วนใหญ่จะมีอาการข้างเคียงหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่งผลเสียให้แก่ผู้ป่วยไปยังระบบต่างๆของร่างกาย อีกทั้งยาแต่ละตัวมีราคาแพง และระยะเวลาในการออกฤทธิ์ไม่แน่นอน ที่ผู้วิจัยสนใจเลือกการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดนั้น เนื่องจาก การกดจุดไม่ได้รับกวนอวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกายและไม่มีอาการข้างเคียง และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ อีกทั้งยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันด้วย

1.4.2 การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้สารจากธรรมชาติ (Reduction with the use of natural product) มีการศึกษาการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในสัตว์ทดลองที่ได้รับ cisplatin พบว่าดอกเบญจมาศมีผลในการลดการหลั่ง serotonin จากเกร็ดเลือด และจึงมีผลในการต้านการทำงานของตัวรับ 5-HT มีการศึกษาเบื้องต้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่าการใช้จึงสามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ดีกว่าการใช้ยาหลอก (placebo) (Bone et al., 1990 อ้างถึงใน ประทุม สร้อยวงศ์, 2538)

1.4.3 การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการไม่ใช้ยา (Nonpharmacological management)

การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการไม่ใช้ยา ส่วนใหญ่เป็นการใช้การบำบัดทางจิต และพฤติกรรมบำบัด และวิธีการอื่นๆ การใช้การบำบัดทางจิต และพฤติกรรมบำบัด เช่น การผ่อนคลาย (relaxation) การป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) การสะกดจิตตนเอง (self-hypnosis) การเบี่ยงเบนความสนใจ (cognitive distraction) การสร้างจินตนาการและ การลดความไวต่อความรู้สึกอย่างเป็นระบบ (guide imagery and systematic desensitization) เทคนิคใช้การนวดด้วยมือแทน การฝังเข็ม (acupressure) ดนตรีบำบัด (music therapy) พบว่าพฤติกรรมบำบัดดังกล่าว สามารถช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ในขณะที่ยาต้านการอาเจียนไม่สามารถควบคุมอาการหรือควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนได้น้อย (Pratt et al., 1984:488) วิธีการอื่นๆ เช่น การให้ผู้ป่วยควบคุมการได้รับยาระงับอาการคลื่นไส้อาเจียนด้วยตนเองการออกกำลังกาย การให้น้ำตลอดเวลาที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นต้น อาจใช้วิธีการใด วิธีการหนึ่งหรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ซึ่งพอจะสรุปรายละเอียดของแต่ละวิธีการได้ดังนี้

การสะกดจิตตนเอง (Self-hypnosis) เป็นวิธีการแรกที่ใช้ควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากการคาดคะเนล่วงหน้า (anticipatory nausea and vomiting) เทคนิคการสะกดจิตตนเองนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย วิธีการปฏิบัติต้องมีความตั้งใจจึงจะได้ผลดี มีข้อจำกัดในการปฏิบัติในเด็กและวัยรุ่นง่ายในการเรียน/ปฏิบัติ ลดความรุนแรง (intensity) และระยะเวลา (duration) ของการเกิดอาการคลื่นไส้ ลดความถี่ (frequency) ความรุนแรง (intensity) จำนวนครั้ง (amount) และระยะเวลา (duration) ของการเกิดอาการอาเจียน

ลลิตา ชีระศิริ (2539) กล่าวว่า การสะกดจิตตนเองเป็นการสั่งจิตได้สำนึกให้ทำตามความตั้งใจของตัวเอง เป็นการสร้างความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถรักษาโรคของตนเองได้ เป็นการสร้างความมั่นใจ โดยเฉพาะกับผู้ป่วยโรคมะเร็งว่า สามารถสั่งให้ก้อนมะเร็งเล็กลงและหายได้ เพื่อให้เจ้าตัวรู้ถึงความสามารถภายใน

เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) ช่วยให้อวัยวะเนื้อต่างๆผ่อนคลาย ใช้เวลาในการปฏิบัติประมาณ 30 นาที มักใช้ร่วมกับการสร้างจินตนาการ ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ง่ายในการเรียนปฏิบัติ ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้ในระหว่างและหลังรับเคมีบำบัด ลดระยะเวลาและความรุนแรงของการเกิดอาการอาเจียน และยังพบว่าไม่มีผลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนที่เกิดจากการคาดคะเนล่วงหน้า

การป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) ควบคุมการตอบสนองของร่างกายโดยได้รับข้อมูลที่ทำให้เกิดการผ่อนคลาย มี 2 วิธี คือ electromyographic และ skin temperature การปฏิบัติอาจใช้วิธีเดียวหรือทำร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation) ก็ได้ ง่ายในการเรียน/ปฏิบัติ ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้ในระหว่างและหลังรับเคมีบำบัด มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive muscle relaxation)

การสร้างจินตนาการ (Imagery) เป็นการคิด หรือมุ่งจุดสนใจไปที่ใดหรือสถานที่ที่ทำให้ผ่อนคลาย มีประสิทธิภาพมากเมื่อใช้ร่วมกับวิธีการอื่นๆ เพิ่มการควบคุมตนเองที่มากขึ้น ช่วยลดระยะเวลาการเกิดอาการคลื่นไส้ ลดอาการอาเจียน ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายรู้สึกผ่อนคลาย และมีกำลัง ซึ่งจากการศึกษาของ บุษบา สมใจวงษ์ (2544) พบว่า สามารถช่วยลดความถี่ ระยะเวลา และความทุกข์ทรมานของอาการคลื่นไส้อาเจียน

การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์ที่กำลังคุกคามเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย อาจโดยใช้วิดีโอ เกมส์ เกมส์ปริศนา พบว่าไม่มีผลข้างเคียง ลดการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการคาดคะเน ลดความเครียดภายหลังรับยาเคมีบำบัด Desensitization ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน เทคนิคการผ่อนคลาย และการจินตนาการ ช่วยลดความไว ต่อสิ่งกระตุ้น ค่าใช้จ่ายเล็กน้อย ง่ายในการเรียน/ปฏิบัติ ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการคาดคะเน

ดนตรีบำบัด (Music therapy) เป็นการใช้นักร้องในการโน้มน้าวร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ใช้ร่วมกับวิธีการอื่นๆ ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดอาการคลื่นไส้ระหว่างและหลังรับเคมีบำบัดและลดอาการอาเจียน

นอกจากนี้ยังพบรายงานการศึกษาของฮอว์แกน (Hogan, 1983 cited in Fessele, 1996:1412-1413; Hogan, 1990:492) เกี่ยวกับการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง พบว่า ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีเสียงและกลิ่นน้อยที่สุด การจัดให้ผู้ป่วยได้รับความเพลิดเพลิน เช่น ดูทีวี ดูวิดีโอ ฟังเพลง ทั้งนี้ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยด้วย พยายามควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำหอมหรือสเปรย์แต่งผม ควรลดอาหารที่ย่อยยากหรือจำกัดอาหารหรือทานอาหารเหลวก่อน

วิธีในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรงในปี 1906 พบว่า มีการใช้วิธีการดื่มนม น้ามะนาว กาแฟเย็น การประคบน้ำแข็งบนบริเวณหน้าท้อง และให้นอนพักผ่อนบนเตียง และยังมีวิธีอื่นที่อันตรายน้อยกว่าการฉีดคาเฟอีนซึ่งชาวอเมริกันพื้นเมืองใช้ เช่น ใบเปบเปอร์มินท์ การรับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว และดื่มน้ำ ถือเป็นวิธีที่ดี

การควบคุมอาการโดยไม่ใช้ยา จากการรายงานของโรดส์ (Rodes, 1990) สรุปได้ดังนี้ อาหารที่ควรรับประทาน คือ รับประทานอาหารที่ชอบ ทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง ทานอาหารอ่อนก่อนการรับการรักษา ทานยาลดกรดก่อนการรับประทานอาหาร สิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยง คือ อาหารที่มีกลิ่น อาหารมันหรืออาหารปรุงรส ควรทำให้อาหารเย็นก่อน ทานอาหารช้าๆ ในส่วนของการพักผ่อนหย่อนใจ คือ การสนทนาพูดคุย เปลี่ยนแปลงสถานที่ การออกกำลังกาย เล่นเกมส์ จินตนาการ ฟังเพลง ดูทีวีหรือวิดีโอที่ชอบ พักผ่อน อ่านหนังสือ นอกจากนี้ยังมีวิธีในการดูแลตนเองอื่นๆ เช่น รักษาความสะอาดของช่องปากและฟันบ่อยๆ และตามต้องการ พักผ่อนในท่าที่สบายและเงียบสงบ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Trester (1982)

การศึกษาของ Menashiam และคณะ ในปี 1992 ได้ทดลองให้อาหาร ไม่มีทั้งสี ไม่มีทั้งกลิ่น พบว่า ช่วยป้องกันและลดการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และการให้อาหารปริมาณมาก ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นด้วย และยังพบว่า การให้อาหารเหลวหรือเครื่องดื่มน้ำช่วยให้ขณะอาหารเย็นและให้ทานช้าๆ (Hogan, 1983 cited in Fessele, 1996: 1412-1413) การให้อาหารควรให้เป็นรายๆ ไปขึ้นกับความชอบและความต้องการของผู้ป่วยด้วย (Fessele, 1996: 1412-1413)

สำหรับรายงานการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยมีการดูแลให้ตนเองได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอโดยเน้นเรื่องการรับประทานอาหาร พยายามรับประทานอาหารให้ได้มากที่สุดสรุปวิธีการต่าง ๆ ได้ดังนี้ รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย อาหารที่มีรสเปรี้ยว อาหารที่มีรสหวานอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ผลไม้ต่างๆ อาหารเสริม อาหารร้อนๆ การดื่มน้ำสมุนไพร อมลูกอม หลีกเลี่ยงอาหารมันๆ ส่วนวิธีการอื่นๆที่ใช้ เช่น การออกกำลังกาย การอยู่นิ่งๆ ลดการเคลื่อนไหว ดมยาหอม รับประทานยาต้านการอาเจียน หากิจกรรมอื่นๆทำ หลีกเลี่ยงการนึกถึงยาฉีด ไม่พะวงกับอาการ การให้กำลังใจโดยญาติ ซึ่งวิธีการเหล่านี้ มีทั้งวิธีที่ผู้ป่วยคิดริเริ่มทำด้วยตนเอง วิธีที่ได้รับจากญาติ และทีมสุขภาพ (รัชนี นามจินตรา, 2535; ประทุม สร้อยวงษ์, 2538; อุตสาหกรรมโรจนวิโรจน์, 2543)

1.5 การรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังผ่าตัด

ในการรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังผ่าตัดนั้น โดยทั่วไปแพทย์จะให้ยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ในการปิดกั้นตัวรับ dopamine บริเวณ chemoreceptor trigger zone และยังออกฤทธิ์ในการกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบของทางเดินอาหารส่วนบนบีบตัวเร็วขึ้น เพื่อทำให้อาหารหรือสารที่อยู่ในกระเพาะอาหารเคลื่อนไหวลงสู่ทางเดินอาหารส่วนล่างเร็วขึ้น ทำให้อาการอาเจียนลดลง แต่ยาเหล่านี้มีอากรข้างเคียงที่พบได้บ่อยเมื่อใช้ในขนาดที่สูง ได้แก่ กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง นอนไม่หลับ และตาแดง และยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์สกัดกั้นแรงกระตุ้นจากเปลือกสมองไม่ให้ไปที่ศูนย์การอาเจียน นอกจากนี้ยังมีคุณสมบัติเป็นยา anticholinergics แต่อากรข้างเคียงของยากลุ่มนี้ค่อนข้างรุนแรงและอันตราย ได้แก่ ทำให้เกิดปากแห้ง กลืนอาหารลำบาก ประสาทหลอนและชัก ยาแก้อาเจียนคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน ที่มักพบบ่อยๆ ได้แก่ metopropamide , droperidol, ondanzetron เป็นต้น แต่ยาเหล่านี้มีราคาแพง และอากรข้างเคียงหรือมีฤทธิ์อื่นไม่พึงประสงค์ได้

1.6 บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน หลังผ่าตัด

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติงานตามกิจกรรมการพยาบาลปกติ คือ การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด การให้ยาก่อนการผ่าตัดเพื่อลดความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นในระยะของการผ่าตัด ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียดเช่น โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการผ่าตัด ประวัติการแพ้ยา ตลอดจนประวัติข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติครอบครัว เพื่อเป็นการวางแผนเตรียมการในการให้ยาระงับความรู้สึก

ในวันผ่าตัด วิสัญญีจะเฝ้าระวังในการดูแลผู้ป่วย ทั้งทางด้านสัญญาณชีพ ภาวะการเสียเลือด การดูแลไม่ให้เกิดการพร่องสารน้ำในร่างกาย ซึ่งวิสัญญีจะต้องดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาและมีความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อเสร็จผ่าตัด วิสัญญีจะต้องประเมินอาการผู้ป่วยดูการหายใจ ระดับความรู้สึกให้อยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อเห็นว่าผู้ป่วยปลอดภัยแล้ว จึงย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้นได้ ในระยะหลังผ่าตัด วิสัญญีจะต้องเฝ้าตรวจดูอาการเพื่อดูภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวด ชีต เป็นต้น

วิสัญญีพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชีตหรือ ชีตหลังผ่าตัดเป็นอย่างมากทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ซึ่งวิสัญญีพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ทั้งบทบาทอิสระ โดยแบ่งเป็นระยะ ดังนี้

ในระยะก่อนผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยโดยใช้หลักการประเมินสภาพร่างกายของ American Society Association (ASA) ซึ่งแจกแจงไว้ดังนี้

ASA 1 หมายถึง สภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

ASA 2 หมายถึง สภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง มีโรคประจำตัวแต่ไม่มีผลต่อระบบต่างๆ ต่อร่างกาย และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ASA 3 หมายถึง สภาพร่างกายสมบูรณ์ มีโรคประจำตัวและมีผลต่อระบบต่างๆของร่างกาย เช่น โรคหัวใจที่ต้องได้รับยาตลอด มีการจำกัดกิจกรรม ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้าง ไม่สามารถทำงานหนัก หรืองานที่ต้องออกแรงได้

ASA 4 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่แสดงผลต่อระบบต่างๆของร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบหายใจ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล

ASA 5 หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ระบบต่างๆที่สำคัญในร่างกายไม่สามารถทำงานตามปกติได้ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และต้องให้ยาที่กระตุ้นการทำงานของระบบที่สำคัญๆของร่างกาย (วรา สุวรรณจินดาและอังกาบ ปราการรัตน์, 2542)

เมื่อประเมินสภาพร่างกายแล้ว วิสัญญีพยาบาลตรวจผลการตรวจทางห้องทดลอง ภาพถ่ายรังสีปอด เมื่อพบสิ่งที่ผิดปกติ วิสัญญีจะรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขก่อนผ่าตัด ให้คำแนะนำก่อนผ่าตัด เช่น งดอาหารและน้ำ อย่างน้อย 8 ชั่วโมง งดฟันปลอม ไม่ใส่เครื่องประดับและไม่นำของมีค่าไปห้องผ่าตัด

ในระยะผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยและตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนให้ยาสลบแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสลบและศัลยแพทย์สามารถทำการผ่าตัดได้ ในระยะนี้วิสัญญีพยาบาลจะเฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วย และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการบันทึกสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงทุก 5 นาที มีความพร้อมและมีการตื่นตัวในการแก้ปัญหา

ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เมื่อการผ่าตัดใกล้จะเสร็จสิ้น ทัศนวิสัยพยาบาลจะเริ่มให้ผู้ป่วยหายใจเอง และให้ยากระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อแก่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยหายใจได้ดี สม่่าเสมอ สามารถยกศีรษะค้างได้นาน 3 วินาที กำมือได้แน่น ทัศนวิสัยพยาบาลจะถอดท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวล เพราะการใส่ท่อช่วยหายใจและการถอดท่อช่วยหายใจ เป็นการกระตุ้น gag reflex ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดได้ ระยะเวลาในการผ่าตัดก็มีผลกับปริมาณของยาสลบที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ก๊าซไนตรัสออกไซด์ ยาคลายตัวต่างๆ ยาคลายกล้ามเนื้อ แก๊สระเหย เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนทั้งสิ้น ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังจากเสร็จผ่าตัด หรือการเคลื่อนย้ายในห้องพักฟื้น ทัศนวิสัยพยาบาลควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล เนื่องจากการเคลื่อนย้ายหรือการเปลี่ยนอิริยาบถของผู้ป่วยหลังจากฟื้นรู้สึกตัวดีจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนได้ (Dundee, J.W., et al.; Robert Knapp, M., 1956.; Chiu-Ming Ho., 2006.)

ในระยะหลังผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยฟื้นรู้สึกตัวดีแล้ว ทัศนวิสัยพยาบาลจะย้ายผู้ป่วยมาที่ห้องพักฟื้น หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในห้องพักฟื้น ทัศนวิสัยควรดูแลจัดทำผู้ป่วยโดยการตะแคงหน้าเพื่อป้องกันการสำลักของเศษอาหารเข้าปอด สังเกตอาการและระดับของการอาเจียน วัดสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด และลงบันทึกทุกๆ 5 นาที แต่ในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงให้ลงบันทึกทุกๆ ครั้งที่เกิดอาการด้วย เมื่อส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยให้พยาบาลดูแลและบันทึก เพื่อการวางแผนการที่เหมาะสม (Gan, T.J., et al., 1994.)

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด ซึ่งมีหลายวิธี ทัศนวิสัยพยาบาลสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด สำหรับผู้ป่วยแต่ละคนหรืออาจใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อที่จะบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว เช่น การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผล และเชื่อมโยงกับความรู้ประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และคงอยู่ถาวร (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542.) ซึ่งวิธีการให้ข้อมูลจะเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล โดยบอกถึงวิธีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดทั่วไป ความสำคัญของการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าสู่หลอดลม บอกถึงสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด สภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด รวมทั้งบอกวิธีการรักษาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมพยาบาลที่ให้การหลีกเลี่ยง หรือป้องกันการส่งเสริมให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน โดยเริ่มตั้งแต่การให้ premedication ก่อนการให้ยาสลบ วิธีการให้ยาสลบ การนำสลบ ยาสลบต่างๆที่ใช้ในระหว่างการผ่าตัด ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจควรคลุมหรืออาหารในกระเพาะอาหารออก เพื่อให้กระเพาะอาหารว่าง หลีกเลี่ยงการใช้

sellick's maneuver (cricoid pressure) เป็นสาเหตุหนึ่งที่กระตุ้น gag reflex ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน

จะเห็นได้ว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นมีผลต่อผู้ป่วย ส่งผลรบกวนผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งด้าน กาย จิต และสังคม หากปล่อยไว้ให้อาการยังคงดำเนินต่อไป จะเกิดผลด้านลบกับผู้ป่วย ดังนั้นจึง มีความจำเป็น ที่จะต้องสรรหาวิธีในการจัดการกับอาการ เพื่อควบคุมและ บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนดังกล่าว

2.แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ

แบบจำลองการจัดการกับอาการ (A Model for Symptom management) ของลาร์สันและ คนอื่นๆ(Larson et al.,1994) ซึ่งได้ให้ความหมายไว้ว่า อาการ หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของ บุคคล ต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวจิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญา ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้ เป็นสาเหตุของความทุกข์(distress) แบบจำลองการจัดการกับอาการกล่าวถึง 3 แนวคิดที่มีความ สัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และผลจากอาการ (Symptom Outcomes)

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences)

ประสบการณ์การมีอาการของบุคคล เป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย การ บาดเจ็บและการรักษา มีความเกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการ (Perception of symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) และ การตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms)

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of Symptoms) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการ เปลี่ยนแปลงจากที่ตนเองเคยรู้สึก เคยปฏิบัติ โดยบุคคลนั้นต้องรู้สึกตัวและใช้สติปัญญาในการ รวบรวมความรู้สึกต่างๆในการแปลความหมายของข้อมูล สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของ บุคคลมี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย

1.1.1 ปัจจัยด้านตัวบุคคล เป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล และเป็นการพิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ภายหลังมีอาการปรากฏ มีความสำคัญมาก หากปัจจัยด้านตัวบุคคลมีอยู่ก่อนอาการปรากฏจะมีอิทธิ พลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุคคล ในทางกลับกันบางครั้งอาการอาจมีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านตัว บุคคลได้ ปัจจัยด้านตัวบุคคลได้แก่ ลักษณะโดยทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพ สมรส และเศรษฐกิจ ลักษณะทางจิตวิทยา เช่น ลักษณะบุคลิกภาพ ความสามารถในการรู้คิดและ แรงจูงใจ ลักษณะทางสังคม หมายถึง ครอบครัววัฒนธรรมและศาสนา และลักษณะทางสรีรวิทยา ได้แก่ แบบแผนการพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรมและความสามารถของร่างกาย

1.1.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม หมายถึง บรรยากาศและภูมิหลังในสถานการณ์ต่างๆ ที่มิ การรับรู้ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ บ้าน ที่อยู่อาศัย สถานที่ ทำงานและ

สถานที่พักผ่อน สภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เครื่องอำนวยความสะดวกทางสังคม สภาพแวดล้อมทางทางวัฒนธรรม หมายถึง ความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีปฏิบัติ

1.1.3 ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง ภาวะสุขภาพ โรคหรือความเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงหมายถึงพฤติกรรมที่ติดตัวมาแต่กำเนิด หรือเกิดขึ้นภายหลัง เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะสุขภาพหมายถึงความผิดปกติทางสรีระ โครงสร้างและ การทำหน้าที่ของร่างกาย โรคหรือความเจ็บป่วย เป็นการเบี่ยงเบนทางสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังอันเนื่องมาจากการมีพยาธิสภาพ

ปัจจัยทั้ง 3 นี้จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุคคล

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่ง ความถี่ รูปแบบของอาการ ความพิการที่อาจเกิดขึ้น และคุณภาพต่อชีวิต

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms) หมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่ออาการ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นความรู้สึก ความคิดหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ภายหลังจากการเกิดอาการ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านสรีระ จิตและพฤติกรรม ซึ่งอาจมีการตอบสนองต่ออาการ ได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ ประกอบด้วย

1.3.1 การตอบสนองทางสรีระ เป็นการแสดงออกทางร่างกาย เช่น ใจสั่น การเปลี่ยนแปลงอัตราการหายใจ การนอนไม่หลับ

1.3.2 การตอบสนองทางจิต เป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรู้คิดและอารมณ์ เช่น การขาดสมาธิ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงความมีคุณค่าแห่งตนเอง

2. กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies)

เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่าง ๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยยอมรับโดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทา ผลลัพท์ทางลบด้วยการรักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาทีมสุขภาพ และการดูแลตนเองโดยเริ่มต้นจากประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย การจัดการกับอาการ รวมถึงการจัดการกระทำ และการพัฒนาวิธีการในการจัดการกระทำ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ

3. ผลจากอาการ (Symptom Outcomes)

เป็นผลจากประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีจัดการอาการ ปัจจัยบ่งชี้ถึงผลจากอาการ มี 10 ประการ ประเมินออกมาในรูปของ ภาวะของอาการ ภาวะการทำหน้าที่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ภาวะอารมณ์ การใช้บริการทางสุขภาพ อัตราการป่วย ความเจ็บป่วยร่วม และอัตราการตาย โดยมีภาวะของอาการ เป็นแกนกลางที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นผลจากข้อบ่งชี้อื่นๆ ซึ่งผลจากอาการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้จากการใช้กลวิธีจัดการอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลากรในทีมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

แบบจำลองการจัดการกับอาการ กล่าวถึง 3 แนวคิด ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และผลจากอาการ (Symptom Outcomes) ไว้ดังนี้ เมื่อบุคคลประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของตนเองจากการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการเกิดเป็น ผลจากอาการในรูปของ ภาวะของอาการ ภาวะการทำหน้าที่ ภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง การใช้บริการทางสุขภาพ อัตราการเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยร่วม อัตราตาย หรือภาวะอารมณ์ บุคคลจะปฏิบัติการเพื่อบรรเทา/แก้ไขอาการโดยวิธีการต่างๆ โดยอาศัยความร่วมมือของตนเอง ครอบครัว และทีมสุขภาพ จากนั้นบุคคลจะประเมินผลวิธีการที่ใช้ ซึ่งวิธีการจัดการจะมีอิทธิพล ต่อการประเมินประสบการณ์การมีอาการ และผลของอาการ โดยเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาเป็นพลวัตร จนกว่าจะได้ผลจากอาการที่บุคคลพึงพอใจ แนวคิดการจัดการกับอาการ โดยใช้แนวคิดของ Dodd et al. (2001: 668-676) เป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อมาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson et al. (1994) โดยกล่าวว่า อาการ ซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไปรับการรักษา ซึ่งอาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยการจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว และพบว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุเช่นแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกันด้วย ตามแนวคิดการจัดการกับอาการ อาการเป็นประสบการณ์การรับรู้และตระหนักรู้ของบุคคลต่อเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางจิตสังคม (Biopsychosocial function) (Harver and Mahler, 1990 cited in Dodd et al., 2001) แบบจำลองนี้เป็นการประเมินสภาวะของโรคและพิสูจน์ความมีประสิทธิภาพของกลวิธีในการจัดการ ทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางในการรักษา โดยผู้ป่วยควรจะได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของอาการ และทำให้เขาค่อยๆ เข้าใจความเข้าใจในอาการของเขา จนกระทั่งเขาสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ

แบบจำลองการจัดการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ ประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001)

แบบจำลองการจัดการกับอาการอยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อคือ

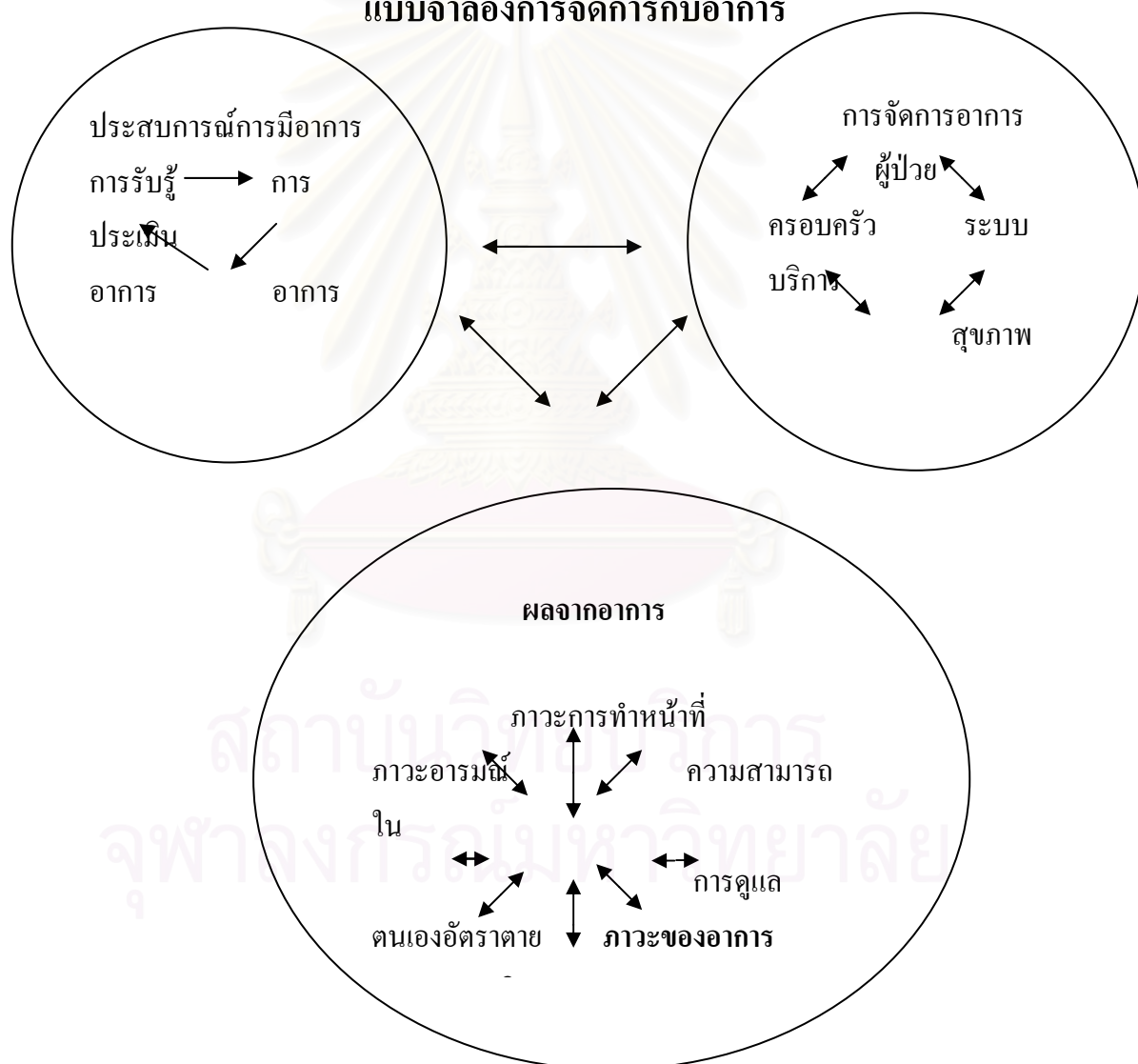
1. อยู่บนพื้นฐานการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคลและเป็นการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง
2. บุคคลอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร และกลวิธีจัดการกับอาการอาจจะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ

3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และอธิบายการมีประสบการณ์โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกับตัวผู้ป่วยมากที่สุด เช่น เด็กทารก

4. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่ม ครอบครัว หรือ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน

5. การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเองซึ่งประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และจากอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม

แบบจำลองการจัดการกับอาการ



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ

แบบจำลองนี้ตระหนักในมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลซึ่งประกอบไปด้วย บุคคล (person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (health and illness) และสิ่งแวดล้อม (environment) ซึ่งมีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ดังนี้

1. บุคคล (Person domain) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic) จิตใจ (psychological) สังคม (sociological) และสรีระวิทยา (physiological) เป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลที่ทำให้มีมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการซึ่งรวมทั้งระดับของพัฒนาการ (developmental) ในแต่ละบุคคลและวุฒิภาวะ

2. สุขภาพและการเจ็บป่วย (Health and illness domain) มโนทัศน์ของสุขภาพและความเจ็บป่วยประกอบไปด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคปอดแต่ละชนิดจะมีประสบการณ์อาการหายใจลำบากแตกต่างกันทั้งในเรื่องคุณภาพและปริมาณของการหายใจลำบาก (Janson and Carrier, 1986 cited in Dodd et al., 2001) และมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ที่มีกลยุทธ์ในการจัดการที่เหมือนกันแต่พบว่าผลลัพธ์ที่ได้มีความแตกต่างกัน (Hunt et al., 1998, Rankin, 1998 cited in Dodd et al., 2001)

3. สภาพแวดล้อม (environment domain) สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการเกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต้น สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (physical) สังคม (social) และวัฒนธรรม (culture) ซึ่งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงาน โรงพยาบาล โดยสิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมทั้งเครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal) วัฒนธรรม ซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วยและเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชนนั้นๆ เชื้อชาติ โดยที่สถานที่ที่มีผลต่อกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่นผู้ป่วยนอกที่กำลังได้รับการรักษามะเร็ง และมีเชืวนุช่องปากอักเสบที่ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองในการจัดการกับอาการดังกล่าวที่บ้าน (Beck, 1999; Dodd et al., 1999 cited in Dodd et al., 2001) และในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการนอนหลับ จะมีรูปแบบการนอนซึ่งยากลำบากเมื่ออยู่ในห้องทดสอบการนอนหลับเมื่อเปรียบเทียบกับที่นอนที่บ้าน (Lee et al., 2000 cited in Dodd et al., 2001)

มโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ดังรายละเอียด

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)

ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง (severity) สาเหตุ (cause) ภาวะคุกคาม (treatability) และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการ

ตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม ซึ่งการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในมโนทัศน์ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับอาการ และการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น การประเมินและการตอบสนองต่ออาการสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการ (Facione and Dodd, 1995, Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001: 671) โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองเขาก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการจะสูงขึ้น

1.1 การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) การรับรู้อาการ หมายถึง การที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัวดี แปลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือปฏิบัติ (Larson et al., 1996: 273) มโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ (การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง) จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลและหรือการรักษา เช่น ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นได้ชัดเจนว่าทุกข์ทรมาน ลักษณะรุนแรงเหมือนใจจะขาด อาเจียนจนหมดไส้หมดพุง อาเจียนทั้งวันทั้งคืน ดังนั้นการรับรู้อาการจึงมีความซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความอ่อนแรง ที่จะควบคุมการหายใจ มีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมตอบสนองของอาการปวด เพราะเขายังสามารถรับรู้ความรู้สึกได้ เป็นต้น แล้วบุคลากรทางสุขภาพรับรู้การตอบสนองของผู้ป่วยและสรุปการรับรู้ของพวกเขาและทำการตัดสินใจในการที่จะจัดการกับอาการนั้น ซึ่งเมื่อการรับรู้สอดคล้องตรงกันการจัดการก็จะไม่เกิดข้อขัดแย้ง แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องตรงกันปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) การประเมินอาการจะมีความซับซ้อนของปัจจัยในประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งรวมถึงความรุนแรง ตำแหน่ง เป็นครั้งคราวหรือเป็นเรื้อรัง ความบ่อยและผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามของอาการและมีการศึกษาหาสาเหตุว่าทำไมผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดเฉียบพลันจึงมารับการรักษาซ้ำ พบว่าการแสวงหาการรักษาอาจจะถูกขัดขวางจากปัญหาเศรษฐกิจหรือความคาดหวังจากสมาชิกในครอบครัวถึง 86.5% (Janson and Beker, 1998 cited in Dodd et al., 2001: 672) ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้อง และมีคุณภาพมากกว่าพวกที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001: 672)

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทั้งทางร่างกาย (physiologic) จิตใจ (psychologic) วัฒนธรรมสังคม(socioculture) และพฤติกรรม (behavioral component) โดยการตอบสนองต่ออาการทางร่างกายเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ปรากฏออกมา เช่น ใจสั่น อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง รอบประจำเดือนเปลี่ยน และการนอนไม่หลับ การตอบสนองทางด้านร่างกายต่ออาการรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น

ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการหายใจลำบาก โดยผู้ป่วยประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม อาจจะมีการตอบสนองโดยการเพิ่มการหายใจ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเพิ่มการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าของระบบประสาทส่วนกลางส่งผลให้มีการรับรู้อาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการรับรู้ของภาวะคุกคาม และการตอบสนองต่ออาการด้านร่างกาย อาจกระตุ้นให้มีการตอบสนองด้านลบของร่างกายด้านอื่นๆ การตอบสนองทางด้านจิตใจสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกระบวนการคิดหรือทัศนวิสัย เช่นมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความตั้งใจลดลง หรืออัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม เป็นการแสดงความรู้สึกที่มีต่ออาการของโรค รวมทั้งการพูดและการสื่อสารด้วยท่าทาง เช่น การร้องไห้ การตะโกนและท่าทางที่สับสนหรือการทำหน้าที่ของบุคคลลดลง เช่น การหลีกเลี่ยงสังคม รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนไป หรือความสามารถในการดำรงบทบาทเปลี่ยน โดยอาจมีการตอบสนองของอาการที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งอาการหรือมากกว่าหนึ่งอาการขึ้นไป

2. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

เป้าหมายในการจัดการอาการ เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการ ใช้กลยุทธ์ กลยุทธ์ในการดูแลตนเอง (self care) โดยการ ใช้ยา (biomedical) โดยการอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากมุมมองของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่กลยุทธ์การจัดการกับอาการ ซึ่งกลยุทธ์การจัดการอาจจะมีเป้าหมาย เพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ทำไม่จึงต้องใช้ใช้มากน้อยเท่าไร (intervention dose) ใช้กับใคร (ผู้รับการปฏิบัติ) และใช้อย่างไร (delivered) การปฏิบัติเป็นไปตามตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ เช่นในการบริหารยาแก้ปวดที่เข้าฝืนที่ให้ยาตามเวลานั้นเป็นการจัดการที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการลุกลามของโรคไปที่กระดูก อย่างไรก็ตามมีข้อมูลในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้ยาเคมีบำบัดอย่างไรในการที่จะให้มีการยึดติด (adherence) กับการบริหารบำบัดยังมีน้อย ดังนั้นการปฏิบัติโดยทั่วไปจึงเป็นการจัดการศึกษาให้กับผู้ป่วยในเรื่องทักษะการดูแลตนเอง และการให้การสนับสนุน (Miaskowski et al., 1995-1999 cited in Dodd et al., 2001: 673)

การศึกษาของนักวิจัยในระยะยาวเป็นการศึกษาที่เผชิญหน้ากับปัญหาของการประเมิน การเอาใจใส่มากแค่ไหนในขณะที่มีการเพิ่มความสามารถในการเอาใจใส่ เช่น ในการทดสอบการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทางคลินิกแต่ละบ้าน ที่มีการปฏิบัติการออกกำลังกาย ในแต่ละบุคคล มีการสุ่มตัวอย่างเพื่อให้เข้ากลุ่มที่ได้รับการติดตามสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทุกๆ สัปดาห์แต่มาได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย (Dodd et al., 1999-2004) ผลของการวิจัยของแบบจำลองการจัดการกับอาการต่อกลวิธีจัดการกับอาการ มีการเคลื่อนที่จากเป้าหมายเพียงแก่แต่ละบุคคลไปสู่สมาชิก

ครอบครัวและประสบการณ์แต่ก่อนที่เป็นเหมือนผู้รับการปฏิบัติ (Miaskowki et.al., 1995-1999 cited in Dodd et al., 2001) เป้าหมายของผู้ป่วยมะเร็งและสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นในการดูแลของพวกเขา ก็คือการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ในการที่จะบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยจากการสังเกตในการปฏิบัติทางคลินิก สมาชิกครอบครัวมีประโยชน์มากในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยเป็นบางครั้งหรือไม่ การใส่ใจเป็นความเชื่อที่หนักแน่น ที่คงอยู่ของผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวของเขาเกี่ยวกับทางที่ดีที่สุดที่จะบรรเทาปวด

3. ผลลัพธ์ (outcomes)

ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และเป็นผลจากกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์มุ่งที่ 8 ปีจจัย คือ 1. ค่าใช้จ่าย (costs) โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน การที่มีรายได้ต่ำเนื่องจากต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลทำให้เสียโอกาสในการทำงาน (Stommel et al., 1993; Given et al., 1994) 2. สถานะอารมณ์ (emotional status) 3. การดูแลตนเอง(self care) 4. ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) 5. คุณภาพชีวิต (quality of life) 6. อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (morbidity and comorbidity) 7. อัตราการตาย (mortality) 8. สถานะอาการ (symptom status) โดยผลลัพธ์ทั้งหมดอาจมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน

ระยะเวลาของการประเมินอาการขึ้นอยู่กับความทนทานของผู้ป่วย ต้องการการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษาอาการประสบผลสำเร็จและกลับคืนภาวะปกติ การปฏิบัติต่อเนื่องก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะควบคุมการเกิดอาการซึ่งจะเกิดขึ้นอีก ดังนั้นแบบจำลองการจัดการกับอาการจึงจะเหมาะสมที่จะใช้ในการจัดการโดยตรงและต้องการการวัดผลลัพธ์ที่ต่อเนื่อง

จากแนวคิดการจัดการกับอาการสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ การรับรู้และการประเมินอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งมีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การเลือกการดูแลรักษา และจัดการกับอาการต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล

3.แนวคิดการกดจุด (Concept of point and acupressure)

3.1 ประวัติความเป็นมาของการกดจุด

การกดจุด เป็นวิธีการรักษาโรคที่ได้พัฒนาไป โดยประชาชนผู้ใช้แรงงานเงินเพื่อต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บ ในระยะแรกๆ มนุษย์สามารถสามารถรักษาโรคหรือความไม่สบาย โดยการบีบ นวด เตะ ตรงตำแหน่งที่ปวด หรือไม่สบาย เมื่อมนุษย์ได้รวบรวมประสบการณ์เหล่านี้ขึ้นเป็นระบบ ทำการค้นคว้า จนค่อยๆ พัฒนา เป็นวิธีการกดจุด ฟังเข็ม และตำแหน่งที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับ

การรักษาโรคนั้นๆ หลังจากผ่านการปฏิบัติเป็นเวลานาน ก็ได้สรุปกฎเกณฑ์เกี่ยวกับจุดต่างๆ ทำให้เกิดจุดที่เฉพาะเจาะจงขึ้น และตั้งชื่อจุดต่างๆ โดยเมื่อกระตุ้นตรงจุดหนึ่งๆพบว่าเกิดความรู้สึกที่แผ่ขยายไปไกลๆ เสมอ และจุดในตำแหน่งที่ต่างกันบนร่างกายสามารถรักษารักษาโรคและอาการบางอย่างได้ จากการสังเกต รวบรวมความรู้ต่างๆจึงเชื่อว่าน่าจะมีการสัมพันธ์กันระหว่างจุดต่างๆ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ระหว่างจุดกับโรคหรือ อาการต่างๆ(ชงชัย ทองปั้น,2542)

การแพทย์แผนจีนแพร่หลายเข้าสู่ประเทศไทยพร้อมกับการย้ายถิ่นของชาวจีนมาสู่ประเทศไทย ตั้งแต่สมัยกรุงสุโขทัย ซึ่งตรงกับปลายสมัยราชวงศ์หยวน(ค.ศ.1206-1368)และราชวงศ์หมิง(ค.ศ.1368-1644) จนถึงค.ศ.1911 ประเทศจีนถูกต่างชาติรุกรานจนกลายเป็นประเทศกึ่งอาณานิคม ความวุ่นวายทางการเมืองและความยากจน จึงอพยพเข้ามาในประเทศไทย ซึ่งมีแพทย์จีน รวมอยู่ด้วย จึงมีการถ่ายทอดวิธีการรักษาหลายรูปแบบ

ปัจจุบันแม้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน จะมีความเจริญรุดหน้าอย่างมาก การแพทย์แผนจีนก็ยังคงได้รับความนิยม เพราะได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์แล้วว่ามีประสิทธิภาพดีและปลอดภัย การแพทย์ทั้ง 2 แบบร่วมกันในการวินิจฉัยและรักษาโรคเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

30 มิถุนายน 2543 ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2543) รับรองการแพทย์แผนจีนเป็นสาขาหนึ่งของการประกอบโรคศิลปะ เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะในสาขาการแพทย์แผนจีน และให้มีการขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตของบุคคลที่การประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยศาสตร์การแพทย์จีนต่อไป(โกวิท คัมภีร์ภาพ,2544)

3.2 ความหมาย

การกดจุด (Acupressure) หมายถึง การใช้นิ้วมือกด ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า Finger pressures คือ การกดสัมผัสด้วยนิ้วมือ ไม่ใช่การนวดจุดซึ่งหมายถึงการใช้นิ้วมือทั้ง 5 รวมทั้งอุ้งมือฝ่ามือ ถูคลึงตามร่างกายและโดยทั่วไปการนวดมักต้องทายาหรือทาครีมนวดตัว ไม่เช่นนั้นก็อาจมีการเจ็บปวดจากการเสียดสีแต่การใช้นิ้วกดสัมผัสนั้นไม่ต้องทายาใดๆ

การกดจุดเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะในการดูแลรักษาตัวเองตามวิถีธรรมชาติบำบัดเพียงใช้ปลายนิ้วและกดอย่างถูกต้อง ตามจุดต่างๆ สามารถรักษาเยียวยาอาการเจ็บป่วยไม่สบายและโรคต่างๆ ได้ การกดจุดนั้นเป็นศาสตร์ที่พัฒนามาจากเวชกรรมการฝังเข็มเรื่องของการ “กดจุด” นี้เป็นศาสตร์ที่การแพทย์แผนโบราณของจีนได้คิดค้นขึ้นและก็ได้ให้ผลดีแท้จริงต่อร่างกายมนุษย์ จนแม้แต่การแพทย์แผนปัจจุบันทั่วโลกต่างก็ยอมรับ การกดจุดเป็นการกระตุ้นหรือฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายด้วยวิธีทางอย่างธรรมชาติ และสรรพคุณของการกดจุดสามารถระงับโรคต่างๆ ได้ดี จนร่างกายแข็งแรงและสุขภาพทางจิตใจก็แจ่มใสขึ้นไปด้วย การกดและกระตุ้นอย่างถูกต้อง ยังสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของระบบต่างๆ ภายในร่างกายให้บรรเทาเหล่าอวัยวะทุกส่วนทำงานกันได้อย่างสมบูรณ์ ไม่สะดุดติดขัดหรือเสื่อมสภาพไป ช่วยเสริมความต้านทานโรคและสร้างภูมิคุ้มกันแข็งแรงให้แก่เซลล์ต่างๆ ในร่างกาย เรารักษาด้วย การกดจุดนั้นไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องอาศัยผู้มี

คุณวุฒิทางการแพทย์มาช่วยบำบัดรักษา สามารถทำได้เองหรือให้คนในบ้านทำให้โดยไม่ต้องศึกษาวิธีการใช้นิ้วมือและจุดตำแหน่งที่ถูกต้องเท่านั้นเอง

3.3 หลักการโดยทั่วไปของการกดจุด

การกดจุด เป็นศาสตร์ของการบำบัด และเสริมสร้างอีกรูปแบบหนึ่ง เป็นศาสตร์ที่ได้รับการพัฒนามาจากชาวจีน เป็นครั้งแรกเมื่อกว่า 5000 ปีมาแล้ว ชาวจีนแต่ครั้งโบราณรู้ดีว่า การกระตุ้นจุดที่มีความเป็นพิเศษบางจุดในร่างกายสามารถเสริมสร้างพลังงานที่สมดุลให้กับร่างกายได้ ซึ่งจุดต่างๆเหล่านี้จะตั้งอยู่ในตำแหน่งช่องทางพลังงานไฟฟ้าชีวภาพที่ชาวจีนเรียกว่า ช่องทางเมอริเดียน ในตำราแพทย์ชาวจีนโบราณในส่วนที่เกี่ยวกับการฝังเข็ม กดจุด ระบุว่า พลังงานไหลเวียนไปสู่อวัยวะภายในต่างๆ ทั้งหมดและไปสู่ร่างกายทั้งระบบนั้น ต้องอาศัยช่องทางสำคัญๆ เพื่อเชื่อมต่อกัน

ชาวจีนโบราณรู้ดีว่า มีพลังงานไหลเวียนอย่างต่อเนื่องจากช่องทางหนึ่งไปยังอีกช่องทางหนึ่ง อีกทั้งรูปแบบของการไหลเวียนพลังงานในแต่ละช่องทางก็มีเอกลักษณ์หรือคุณลักษณะเฉพาะตัว กล่าวคือ กระแสไหลเวียนของพลังงานจะมีคุณลักษณะพิเศษเฉพาะตัว 4 ประการคือ 1) จากหน้าอกไปสู่มือ 2) จากมือไปสู่สมอง 3) จากสมองไปสู่เท้า และ 4) จากเท้าย้อนกลับไปขึ้นหน้าอก ซึ่งจังหวะการไหลเวียนของพลังงานทั้ง 4 รูปแบบนี้ จะไหลเวียนบรรจบครบ 3 รอบ ทุกๆ 24 ชั่วโมง ในช่องทางต่างๆที่พลังงานไหลเวียน พลังงานในแต่ละช่องทางอาจถูกสกัดกั้นได้ ในกรณีนี้จะส่งผลให้บางช่องทางมีภาวะไหลเวียนพลังงานที่มากหรือน้อยเกินไป ซึ่งหากภาวะไม่สมดุลนี้ถูกละเลยและไม่ได้รับการแก้ไขให้ถูกต้องเป็นระยะเวลานานก็จะเป็นปัจจัยนำไปสู่ภาวะเสียหายกับอวัยวะต่างๆที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่การกดจุดฝังเข็มมีประสิทธิภาพช่วยคืนภาวะสมดุลของการไหลเวียนพลังงาน โดยทำให้พลังงานที่มากเกินไปในช่องทางใด ช่องทางหนึ่งไหลผ่านเข้าสู่ช่องทางที่มีพลังงานไหลเวียนน้อย

ความไม่สมดุลของภาวะไหลเวียนพลังงานนี้ สามารถแก้ไขให้เป็นปกติได้ด้วยการกระตุ้นตรงจุดบำบัดที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากจุดบำบัดทุกจุดจะเป็นปัจจัยจำกัดการไหลเวียนของพลังงาน และด้วยเหตุที่ช่องทางการไหลเวียนของพลังงานสามารถเชื่อมต่อกันได้ การกระตุ้นตรงจุดบำบัดที่ถูกต้องเหมาะสม จึงเป็นตัวช่วยกระตุ้นให้พลังงานในทุกช่องทางตื่นตัว ทำให้มีการแลกเปลี่ยนพลังงาน ซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่ภาวะไหลเวียนพลังงานที่สมดุลตามปกติต่อไป

การฝังเข็ม กดจุด ไม่เพียงชักนำให้มีการแลกเปลี่ยนพลังงานดังกล่าว แต่ยังสามารถกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ระบบหลอดเลือดและน้ำเหลือง ระบบการทำงานของสารเคมีต่างๆ ในร่างกาย ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดภาวะเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ภายในร่างกายอีกด้วย

การควบคุมแรงกด น้ำหนักปลายนิ้วที่ใช้กดจุดนั้น ขึ้นอยู่กับภาวะกล้ามเนื้อของผู้ถูกกด อย่างเช่น คนที่น้ำหนักตัวไม่มากและกล้ามเนื้อไม่แข็งแรงมากนัก แรงที่ใช้กดไม่ควรมากเกินไป ยิ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะที่ไวมากต่อการสะท้อนกลับ ใช้แรงกดเพียงเล็กน้อยก็พอ

จำนวนครั้งในการกดและความหนักเบาของการกระตุ้น ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของกระแสไหลเวียนพลังงานด้วยเช่นกัน การกดต้องมีประสิทธิภาพในการบรรเทา ช่วยให้ผู้ถูกกดมีอาการสงบ แต่ในกรณีบำบัดภาวะการทำหน้าที่ของอวัยวะถดถอย การกดต้องมีประสิทธิภาพในด้านบำรุงเพิ่มปริมาณกระแสไหลเวียนของพลังงาน ในการกดจุดให้มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพผลขึ้นอยู่กับ ระยะเวลาของการกด และลักษณะการกด

จะเห็นได้ว่า การกดจุด มีวัตถุประสงค์ตรงกันข้ามกับการบำบัดด้วยยา ของวงการแพทย์ตะวันตก โดยสิ้นเชิง กล่าวคือ วงการแพทย์ตะวันตกใช้ยาเพื่อบำบัดอาการของโรค ซึ่งหมายความว่า ต้องเป็นโรคก่อนจึงจะมีการใช้ยา และยาที่ได้ก็เป็นยาที่สังเคราะห์ด้วยสารเคมีเพื่อทดแทนสารเคมีธรรมชาติในร่างกายมนุษย์ ซึ่งนอกจากจะเป็นการจำกัดขีดความสามารถในการผลิตสารชีวเคมี ของร่างกายแล้ว ยาสังเคราะห์เหล่านี้ ยังส่งผลข้างเคียงต่อร่างกายมากมาย แต่การกดจุดฝังเข็ม เป็นการชักนำหรือกระตุ้นให้ร่างกายเร่งผลิตฮอร์โมนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (ศักดิ์ บวร, 2542)

จุดเป็นตำแหน่งต่างๆ บนผิวหนังในร่างกาย ซึ่งแทนตำแหน่งการกระตุ้นของอวัยวะภายในที่สำคัญต่างๆ ภายในร่างกาย แนวของจุดบนร่างกายจะมีการเรียงตัวเป็นแนวเส้นตรง เรียกแนวเส้นนี้ว่า เส้นเมริเดียนหรือเส้นแชนเนล (meridians or channels) ซึ่งเป็นแนวกระจายตัวของพลังแห่งชีวิต (energy of life) หรือชี่ (Qi) หรือพลังแห่งการกระตุ้น (impulse) เส้นเมริเดียนมีทั้งหมด 14 เส้น และมีจำนวนจุดบนเส้นนี้รวมทั้งหมด 361 จุด (Cheng Xinnong 1999) สำหรับจุดที่ใช้ในการรักษาเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้อาเจียนคือจุด PC6 (Pericardian channel 6) เรียกว่า Neiguan ซึ่งเป็นตำแหน่งที่อยู่เหนือข้อมือไป 2 ชุน (Cun) หรือเหนือข้อมือขึ้นไปประมาณ 2 นิ้ว (ชุน คือ จุดต่างๆ จำนวนทั้งสิ้น 8 จุด ซึ่งอยู่บนท่อนแขน โดยจุดที่ 1 คือ ปลายนิ้วกลาง จุดที่ 2 คือ บริเวณกลางฝ่ามือ จุดที่ 3 คือ บริเวณข้อมือ จุดที่ 4 คือ เหนือข้อมือขึ้นไปประมาณ 1 นิ้ว จุดที่ 5 คือ เหนือข้อมือขึ้นไปประมาณ 2 นิ้ว จุดที่ 6 คือ บริเวณกลางท่อนแขน จุดที่ 7 คือ บริเวณข้อพับ และจุดที่ 8 คือ บริเวณท้องแขนใกล้กับรักแร้) เชื่อกันว่าตำแหน่ง PC6 นี้เป็นจุดกระตุ้นการทำงานของชี่ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารและย่อยอาหาร จากการศึกษาพบว่าเมื่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารและย่อยอาหารถูกรบกวน จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ตามหลักการของแพทย์จีน (Traditinal Chinese Medicine) ในขณะที่กดจุดผู้ป่วยอาจรู้สึกเมื่อย ชา หน่วง ปวดตื้อๆ หรือปวดถ่วงตามแนวทางช่องทางเดินของจุดนั้นๆ เรียกว่า Propagated Sensation along the Channels หรือ PSC เนื่องจากมีพลังแห่งชีวิต (Qi) วิ่งไปตามช่องทางเดินของจุด ตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน ในปี 1956 จากอบส์ (Jacobs 1960: 97 อ้างตาม วิจิตรา กุสุมภ์ 2532: 58) กล่าวว่า การกดตึงและนวดด้วยแรงจะเป็นการกระตุ้นอวัยวะที่รับรู้ความรู้สึกที่ตั้งอยู่ที่ผิวหนัง (Tendon organ) ทำให้เกิดรีเฟล็กซ์ไปยังศูนย์กลางควบคุมการอาเจียนซึ่งอยู่บริเวณเรติคูล่า ฟอรัมเมชัน (reticular

formation) ในเมดัลลา ออบลองกาตา ซึ่งได้รับการกระตุ้นจาก vagal visceral afferents sympathetic visceral afferents, trigger zone, vestibulocerebella afferents, cortex และ limbic system

เมื่อศูนย์ควบคุมการอาเจียนถูกยับยั้ง จะส่งกระแสประสาทมอเตอร์ไปตามเส้นประสาทสมองเพื่อไปยังทางเดินอาหาร และส่งผ่านเส้นประสาทไขสันหลังไปยังกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ไม่มีการหดตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก จึงไม่มีการหดตัวของกระบังลม และกล้ามเนื้อหน้าท้อง ยังผลให้ไม่มีการขับสิ่งที่บรรจุอยู่ในกระเพาะอาหารออกมาทางปาก จึงไม่ทำให้เกิดการอาเจียน

3.4 ข้อห้ามในการกดจุด

ข้อห้ามในการกดจุด ได้แก่ ในรายที่มีบาดแผล หรือมีแผลจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เพราะอาจเกิดการติดเชื้อเจ็บปวด และทำให้แผลหายช้า ไม่นวดบริเวณที่เกิดฝีดำ เพราะเนื้อตายจากเส้นเลือดอุดตัน หรือเลือดไปเลี้ยงน้อย เพราะการนวดอาจทำให้ก้อนเลือดในหลอดเลือดดำเคลื่อนไปอุดในปอด หรือสมองได้ ในรายที่เป็น โรคผิวหนัง หรือโรคติดต่อทุกชนิด และในผู้ป่วยวัณโรค ในระยะแพร่กระจาย หรือโรคปอดอักเสบในระยะที่มีไข้เพราะจะทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายออกไปได้ ในรายที่มีไข้ หรือคลื่นเนื้อคลื่นตัว ($T > 37.8$ องศาเซลเซียส) ในผู้ป่วยบริเวณที่มีภาวะกระดูกหัก ข้อเคลื่อน หรือมีภาวะเลือดออก ในผู้ป่วยเบาหวาน ห้ามใช้การกดจุดที่รุนแรง เพราะอาจทำให้เกิดการช้ำ ซึ่งจะทำให้เกิดเป็นแผลซึ่งหายได้ยาก ในผู้ป่วยโรคหัวใจ เพราะจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนของเลือด อาจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นได้

จากการศึกษา จะเห็นได้ว่า จากการนำแนวคิดทั้ง 2 แนวคิด มาศึกษาวิจัยถึงการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนและขย้อน จะเป็นการร่วมมือของผู้ป่วยและทีมบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้ การมีประสบการณ์ การตอบสนองต่ออาการ การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาการ เป็นความสามารถในการจัดการและดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการให้ลดลงและป้องกันไม่ให้อาการเกิดรุนแรง

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการคลื่นไส้ อาเจียนขย้อน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งผู้วิจัยศึกษาค้นคว้า มีดังนี้

ใจรัตน์ สุภกุล (2530) ศึกษาผลการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 20 ราย โดยการฝึกผ่อนคลายและมอบคู่มือนำไปปฏิบัติด้วยตนเองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการฝึกมีระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ และอาเจียนลดลงในสัปดาห์ที่ 3-4 และสัปดาห์ที่ 5-6 และเมื่อเปรียบเทียบความรุนแรงระหว่างกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชณี นามจันทร์ (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเองและอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับเคมีบำบัด พบว่า ความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองและอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประทุม สร้อยวงศ์ (2538) ศึกษาแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับเคมีบำบัด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในคลินิกเคมีบำบัด จำนวน 44 ราย เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้คือ 1). แบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน 2). แบบวัดความรู้สึกเหนื่อยล้าและความเพียงพอของการนอนหลับ 3). แบบวัดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเป็นโรคมะเร็ง 4). แบบบันทึกการดูแลตนเอง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนโดยรวมและแต่ละอาการภายหลังได้รับเคมีบำบัด ไม่เพิ่มขึ้นตามชุดของการได้รับเคมีบำบัด ส่วนในด้านความสัมพันธ์พบว่าความรู้สึกเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนโดยรวม

บุษบา สมใจวงศ์ (2544) ได้ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับเคมีบำบัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพจากผู้วิจัยและนำกลับไปฝึกที่บ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ พบว่า การสร้างจินตภาพสามารถลดความถี่ระยะเวลาและความทุกข์ทรมานของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน โดยการฟังเทปการสร้างจินตภาพที่ปริญา สนิกะวาทิ สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของโฮโรวิทซ์

จิรัฐคณา จันทร์งาม (2546) ศึกษาประสิทธิผลของฉิ่งในการป้องกันคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดและให้ยามอร์ฟีนทางไขสันหลังในการผ่าตัดบริเวณส่วนล่างของร่างกาย โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 108 ราย ได้รับแคปซูลฉิ่ง 1 กรัม กลุ่มควบคุมได้รับยาหลอก 1 ชั่วโมงก่อนได้รับยาสลบ พบว่ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

ขวัญหทัย ยิ้มละมัย (2547) ผลของดนตรีบำบัด และการใช้เทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความรู้สึกปวดภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เหล็กลำไส้และกระดูก โรงพยาบาลพิจิตร เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง คัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 18 ราย แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 ราย มีกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีและกลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เครื่องมือที่ใช้วัดประกอบด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดชนิดตัวเลขและแถบสีดนตรีประเภทผ่อนคลายเสียงธรรมชาติ โปรแกรมการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและสัญญาณชีพ

พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีมีรับความรู้สึกปวดแผลผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ดวงดาว คุณธรรม (2544) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขา โดยทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้นขาหักแผนกผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายและหญิง จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มทดลองจัดให้ได้รับการใช้ดนตรีบำบัดโดยให้กลุ่มทดลอง เลือกฟังดนตรีประกอบคำร้องตามความชอบ(ชนิดของเพลงที่จัดให้เลือกประกอบด้วย เพลงไทยสากล เพลงลูกทุ่ง เพลงลูกกรุง) มีการควบคุมการฟังด้วยตนเอง สามารถเพิ่มลดความดังและไม่จำกัดจำนวนครั้งในการฟัง โดยแต่ละครั้งต้องฟังนาน 30 นาทีแบ่งระยะที่ใช้ในการทำการรักษาเป็น 3 ระยะ คือในระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก และหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง โดยประเมินระดับความปวด สัญญาณชีพพร้อมบันทึกปริมาณและจำนวนครั้งการใช้ยาระงับปวดของผู้ป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีบำบัด แต่ทำการประเมินระดับความปวด สัญญาณชีพพร้อมบันทึกปริมาณและจำนวนครั้งการใช้ยาระงับปวด ตลอดทั้ง 3 ระยะเช่นกัน จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรีด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่า ผู้ที่ไม่ได้รับการจัดให้ฟังดนตรี ทั้งในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุรวาดิ เจริญไชย (2543) และคณะ ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจโดยทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นจำนวน 30 ราย สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 รายโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม ข้อมูลเตรียมความพร้อมมี 3 ชนิด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกและข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ นำมาจัดทำเป็นเทปโทรทัศน์ แบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ครั้ง โดยให้ข้อมูลในตอนเย็นติดต่อกัน 2 วัน พบว่า ผู้ที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน มีดังนี้ Greif et al(1999) ศึกษาถึงผลของการใช้ oxygen supplement หลังผ่าตัดเป็นเวลา 2 ชั่วโมง พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน จาก 30% ลดลงถึง 17% ในการให้ออกซิเจน 80% แก่ผู้ป่วย

Monti and pokorny (2000) ศึกษาถึงผลของการให้สารน้ำในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เปรียบเทียบในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยให้น้ำเกลือ 1 ลิตร ก่อนผ่าตัดในกลุ่มทดลองและให้การ

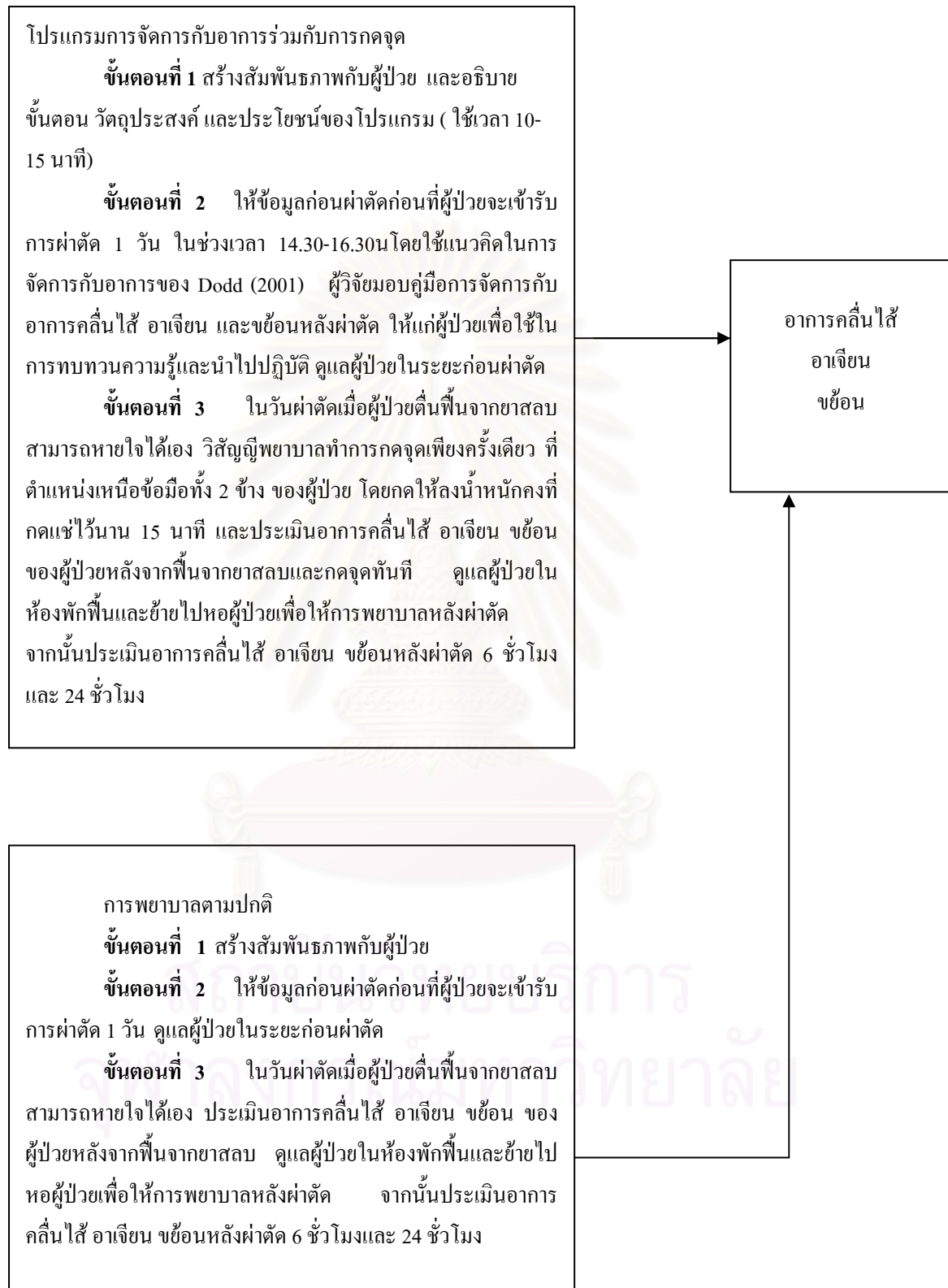
พยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม พบว่า มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน 51% ในกลุ่มควบคุม และพบในกลุ่มทดลอง เพียง 17%

Ming et al (2002) ได้ศึกษาผลของการกดจุดในการป้องกันการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน ในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก พบว่า การกดจุดโดยใช้นิ้วมือกด มีผลทำให้อุบัติการณ์ การเกิดคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัดลดลง จาก 90.5% เป็น 42.9% และการกดโดยใช้นิ้วกดบนฝ่าเท้าฝ่ามือลดลงจาก 73% เป็น 43.2% ในการป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน หลังผ่าตัด การศึกษาของฮอร์แกน (Hogan, 1983 cited in Fessele, 1996:1412-1413; Hogan, 1990:492) เกี่ยวกับการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง พบว่า ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อม ให้มีเสียงและกลิ่นน้อยที่สุด การจัดให้ผู้ป่วยได้รับความเพลิดเพลิน เช่น ดุทีวี ดุวีทัศน์ ฟังเพลง ทั้งนี้ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยด้วยพยาบาลควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำหอม หรือสเปรย์ แต่งผม ควรงดอาหารที่ย่อยยากหรือจำกัดอาหารหรือทานอาหารเหลวก่อน

จะเห็นได้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่าในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ในเรื่องเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนและชี้นอน มักจะศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด หรือผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง และการพยาบาลที่ให้ก็แตกต่างกันไป เช่น การสร้างจินตภาพ การเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่วนในด้านการพยาบาลหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ การลดความวิตกกังวล หรือการลดอาการปวด หลังผ่าตัด แต่เท่าที่ผู้วิจัยศึกษามา ยังไม่พบว่ามีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนและชี้นอนหลังผ่าตัดเลย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในเรื่องการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนและชี้นอนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง

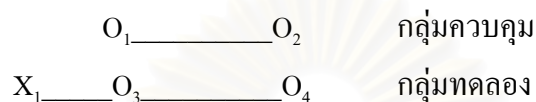
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง แบ่งการศึกษา เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้



- X_1 = การใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด
- O_1 = อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมงในหอผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุม
- O_2 = อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงในหอผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม
- O_3 = อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมงในหอผู้ป่วย ในกลุ่มทดลอง
- O_4 = อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงในหอผู้ป่วย ในกลุ่มทดลอง

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยหญิงหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับการผ่าตัดในช่องท้อง ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องและได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

- 1.ผู้ป่วยหญิงอายุระหว่าง 20-59 ปี
- 2.ประเมินสภาพร่างกายตาม American Society Association 1 ดังได้กล่าวรายละเอียดไว้แล้ว ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัวและ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
- 3.น้ำหนัก ตัวอยู่ระหว่าง 45-80 กิโลกรัม และมีความสูงอยู่ระหว่าง 145-180 เซนติเมตร
- 4.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี โดยผู้วิจัยประเมินจากความสามารถในการจดจำบุคคล เวลา สถานที่ โดยประเมินตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย
- 5.ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็นและ เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี
- 6.ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของผู้ป่วย

7. ไม่มีข้อห้ามในการกวดจุด ได้แก่ การมีบาดแผล การมีแผลจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นโรคผิวหนังหรือโรคติดต่อทุกชนิด วัณโรคในระยะแพร่กระจาย โรคปอดอักเสบในระยะที่มีไข้ มีไข้ หรือครั่นเนื้อครั่นตัว ($T > 37.8$ องศาเซลเซียส) มีภาวะกระดูกหัก ข้อเคลื่อน มีภาวะเลือดออกเบาหวาน โรคหัวใจ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติก่อน 20 ราย หลังจากนั้นจึงหาผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการร่วมกับการกวดจุด จำนวน 20 รายโดยจับคู่ (matched pair) ให้มีความใกล้เคียงในเรื่อง ต่อไปนี้

1. อายุ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละคู่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี
2. ชนิดของการทำผ่าตัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละคู่เป็นชนิดเดียวกัน
3. น้ำหนักในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละคู่แตกต่างกันไม่เกิน 5 กิโลกรัม
4. ส่วนสูงในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละคู่แตกต่างกันไม่เกิน 5 เซนติเมตร

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ มีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 15 คน ได้แก่ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 4 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 คน ผู้ป่วยมีน้ำหนักมากกว่า 80 กิโลกรัม จำนวน 2 คน ผู้ป่วยมีความผิดปกติของคลื่นหัวใจ จำนวน 2 คน จึงไม่สามารถนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างได้

เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยไม่ชอบการกวดจุด
2. เกิดภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตของโรคภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ภาวะตกเลือด มีภาวะวิกฤตระบบทางเดินหายใจ และต้องคอยเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

3. แพทย์ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมใด ๆ หลังผ่าตัด

กรณีที่ผู้ป่วยถูกคัดออกจากงานวิจัย ผู้วิจัยจะเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติ แต่ไม่นับเข้ากลุ่มตัวอย่าง ผลจากการคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่นับเข้ากลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยเสียเลือดมากในขณะที่ทำผ่าตัด มีอาการอ่อนเพลียมาก ต้องคอยเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงต้องทำการคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างใหม่เพิ่มขึ้นอีก 1 ราย ด้วยขั้นตอนการคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

จากการคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาเสนอเป็นจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตาม อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และชนิดของการผ่าตัด ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว และชนิดของการผ่าตัด

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
20-35 ปี	11	55	8	40
36-50 ปี	7	35	11	55
50ปีขึ้นไป	2	10	1	5
อายุเฉลี่ย (\bar{X})		36.15		37.15
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)		8.804		9.304
น้ำหนัก				
45-54 กิโลกรัม	16	80	14	70
55-64 กิโลกรัม	4	20	6	30
65-80 กิโลกรัม	0	0	0	0
น้ำหนักเฉลี่ย (X)		50.85		52.05
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)		5.13		4.12
ส่วนสูง				
145-154 เซนติเมตร	1	5	2	10
155-164 เซนติเมตร	17	85	16	80
165-180 เซนติเมตร	2	10	2	10
ส่วนสูงเฉลี่ย (X)		159		159
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)		4.13		4.08

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	12	60	13	65
ปริญญาตรีและสูงกว่า	8	40	7	35
รายได้				
น้อยกว่า 10000 บาท	7	35	5	25
10001-15000 บาท	9	45	6	30
มากกว่า 15000 บาท	4	20	9	45
สิทธิการรักษา				
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	8	40	7	35
สิทธิอื่นๆ	12	60	13	65
สถานภาพสมรส				
โสดและม่าย	9	45	7	35
คู่	11	55	13	65
อาชีพ				
รับราชการ	8	40	7	35
ไม่ได้รับราชการและอื่นๆ	12	60	13	65
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	20	100	20	100
ชนิดของการผ่าตัด				
ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่	6	30	6	30
ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้าง	6	30	6	30
ผ่าตัดกล้ามเนื้อมดลูก	2	10	2	10
ผ่าตัดปีกมดลูก	4	20	4	20
ผ่าตัดไส้เลื่อน	2	10	2	10

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องในกลุ่มควบคุมจะมีอายุส่วนใหญ่ 20-35 ปี ส่วนในกลุ่มทดลองมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 36-50 ปี และมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใกล้เคียงกัน คือ 36.15 และ 37.15 ตามลำดับ น้ำหนักตัวทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 45-54 กิโลกรัม และมีค่าเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันคือ 50.85 และ 52.05 ตามลำดับ ส่วนสูงทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อยู่ในช่วง 155-164 เซนติเมตร และมีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 159 เซนติเมตร ส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 65 ในกลุ่มทดลอง รายได้ของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 45 กลุ่มควบคุมจะมีรายได้ 10,001-15,000 บาทเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 45 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 60 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 65 ในกลุ่มทดลอง มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ทั้งกลุ่มควบคุม ร้อยละ 55 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 65 และมีอาชีพอื่น ๆ นอกเหนือจากรับราชการในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60 และร้อยละ 65 ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินในรังไข่ และผ่าตัดมดลูก คิดเป็นร้อยละ 30 ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จากการคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะตามปัจจัยต่างๆ ผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติเมารถ เมาเรือ ไม่มีประวัติอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน จากการผ่าตัด และใช้ชนิดของยาสลบที่เหมือนกันทั้งหมดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่มีปัจจัยที่แตกต่างกันได้แก่ อายุ ชนิดของการผ่าตัด น้ำหนักและส่วนสูง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้วิจัยได้แสดงไว้ในตาราง ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ลักษณะของปัจจัย ด้านอายุ และชนิดของการผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	อายุ		ชนิดของการทำผ่าตัด	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	38	38	ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่	ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่
2	42	46	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง
3	29	30	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง
4	32	33	ผ่าตัดกล้ามเนื้อมดลูก	ผ่าตัดกล้ามเนื้อมดลูก
5	25	28	ผ่าตัดปีกมดลูกด้านขวา	ผ่าตัดปีกมดลูกด้านขวา
6	35	38	ผ่าตัดปีกมดลูกและรังไข่ด้านซ้าย	ผ่าตัดปีกมดลูกและรังไข่ด้านซ้าย
7	37	38	ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่	ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่
8	28	26	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง
9	48	50	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง
10	50	50	ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่ทั้งสองข้าง	ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่ทั้งสองข้าง
11	30	35	ผ่าตัดไส้เลื่อนจากการผ่าตัด	ผ่าตัดไส้เลื่อนจากการผ่าตัด
12	33	37	ผ่าตัดไส้เลื่อนจากการผ่าตัด	ผ่าตัดไส้เลื่อนจากการผ่าตัด
13	46	48	ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่	ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่
14	53	53	ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่	ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่
15	25	28	ผ่าตัดกล้ามเนื้อมดลูก	ผ่าตัดกล้ามเนื้อมดลูก
16	44	45	ผ่าตัดปีกมดลูกและรังไข่ด้านขวา	ผ่าตัดปีกมดลูกและรังไข่ด้านขวา
17	25	22	ผ่าตัดปีกมดลูกและรังไข่ด้านซ้าย	ผ่าตัดปีกมดลูกและรังไข่ด้านซ้าย
18	32	31	ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่	ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่
19	29	25	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง
20	42	45	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง	ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง

ตารางที่ 5 ลักษณะของปัจจัยด้านน้ำหนัก และส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	น้ำหนัก(กิโลกรัม)		ส่วนสูง (เซนติเมตร)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	45	49	157	160
2	50	52	60	164
3	48	50	155	157
4	57	56	157	157
5	45	47	160	155
6	53	55	158	156
7	54	54	165	162
8	45	48	152	155
9	50	52	162	165
10	64	60	170	168
11	48	50	157	160
12	50	52	163	160
13	52	50	155	155
14	55	60	160	162
15	48	50	160	157
16	50	55	158	154
17	45	44	161	160
18	48	51	164	160
19	50	48	155	152
20	60	57	168	162

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด ซึ่งในการกดจุดนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาทักษะ และฝึกฝนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ จากแพทย์หญิงจิรสุดา เพื่อกอง จากสถาบันแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เป็นเวลา 30 ชั่วโมง และฝึกปฏิบัติที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

1.2 โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., (2001) ประกอบด้วยการประเมินการรับรู้อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง และการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วย โดยเน้นกลวิธีในการจัดการกับอาการซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยเป็นโปรแกรมที่นำไปใช้ในการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดในช่องท้อง โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้

1.2.1 ศึกษา ค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี ตำรา เอกสารวิชาการ บทความ วารสารต่างๆ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ปัจจัยที่มีผลต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด ผลกระทบของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด การควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด การรักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด บทบาทของพยาบาลในการดูแลการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด การจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด โดยใช้กลวิธีการต่างๆในการจัดการกับอาการ

1.2.2 สรุปเนื้อหา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ามา หลังจากนั้นจึงกำหนดสาระสำคัญของเนื้อหา และโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด ซึ่งประกอบด้วยหลักการและเหตุผลของแนวคิดในการจัดการกับอาการและแนวคิดของการกดจุด จัดลำดับขั้นตอนของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด โดยศึกษาถึงความสำคัญของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใน

ช่องทาง วิธีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน การเตรียมตัวในการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการ และการประเมินผลของกิจกรรม

1.2.3 จัดทำแผนการสอนและการให้ข้อมูล เรื่องการให้ข้อมูลเพื่อจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย หลักการและเหตุผลของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน จากภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด 2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนให้ถูกต้องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และในระยะพักฟื้น 3) เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ได้เหมาะสม

1.2.4 จัดทำคู่มือ และแผ่นพับ เพื่อจัดการกับ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และขย้อน หลังผ่าตัด ให้มีเนื้อหาครอบคลุมและสอดคล้องกับแผนการสอนของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน โดยคู่มือกวดจุดเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ซึ่งการกวดจุดเป็นวิธีหนึ่งในการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน โดยไม่ใช้ยา ในคู่มือจะประกอบด้วย ความหมายของการกวดจุด ตำแหน่งที่ใช้ในการกวดจุดเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ขั้นตอนต่างๆในการกวดจุด การเตรียมตัวในการกวดจุด ข้อห้ามในการกวดจุด และแผ่นพับที่แจกให้ผู้ป่วยประกอบด้วย เอกสารในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด เอกสารการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ด้วยวิธีการต่างๆที่ไม่ใช้ยา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุด ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอน และคู่มือการกวดจุดเพื่อลดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อช่วยตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ที่ปรึกษาด้านการพยาบาล 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญในเรื่องอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน 1 ท่าน แพทย์ทรงคุณวุฒิด้านแพทย์ทางเลือก 1 คน วิทยุพยาบาลผู้มีความรู้ในการดูแลภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 1 คน และพยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญในเรื่องการแพทย์แผนไทย 1 คน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรงและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ความเหมาะสมของภาษารูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรมและระยะเวลาของกิจกรรมตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา โดยมีประเด็นแก้ไขคือ

1.แผนการสอนเรื่องการให้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด ให้ปรับปรุงเนื้อหาของแผนการสอนให้ครอบคลุมมากขึ้น และใช้ภาษาที่เขียนแล้วอ่านเข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ภาษาวิชาการมากเกินไป

2. คู่มือการกวดจุด เพื่อลดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ให้ปรับปรุงระยะเวลาให้เหมาะสม หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วจึงนำไปใช้กับ กลุ่มตัวอย่างจริง

การนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์ทางเลือกและเป็นผู้ฝึกสอนผู้วิจัยคอยดูแลอย่างใกล้ชิด แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย และประเมินว่าเข้าใจในเนื้อหาหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เพื่อดูความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนระยะเวลาและความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมอีกครั้งแล้วนำมาปรับปรุง ดังนี้

- 1) ปรับการใช้ภาษาในแต่ละข้อให้เข้าใจง่ายขึ้น
- 2) วิธีการให้ความรู้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลนั้นแตกต่างกันตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายและวัฒนธรรมของการดำเนินชีวิต โดยใช้ภาษาท้องถิ่นใช้ถ้อยคำอธิบาย
- 3) ปรับระยะเวลาในการกวดจุดให้เหมาะสม โดยลดระยะเวลาในการกวดจุด จาก 20 นาที เป็น 15 นาที จากการศึกษาว่าการเดินทางของพลังงานไปยังช่องทางที่กระตุ้นของอวัยวะที่จุดนั้นๆ จะเกิดขึ้นได้ทันทีที่ผู้ป่วยรู้สึกปวดหน่วงๆ แสดงว่า พลังงานเริ่มถูกกระตุ้นแล้ว ซึ่งใช้เวลาเพียง 1-2 วินาทีเท่านั้นพลังงานจะคงที่อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จากนั้นพลังงานจะค่อยๆ กลับสู่ปกติ (ชงชัยทองปิ่น, 2541)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองลักษณะเป็นแบบคำถามปลายเปิดและให้เติมข้อความลงในช่องว่าง ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการเมารถเมาเรือ ชนิดของการผ่าตัดครั้งนี้ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

2.2 แบบบันทึกระดับความคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ของโรเดส (Index of Nausea , Vomiting and Retching; INVR) (Rhodes & McDaniel, 1999) ซึ่งโรเดสและคณะได้พัฒนาจาก The Rhodes Index of Nausea and Vomiting Form 2; INV Form II, 1987) ประเมินประสบการณ์ในการเกิดอาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน และอาการขย้อน แบ่งเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกายเป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ และระยะเวลาของอาการคลื่นไส้ ความถี่ของอาการขย้อน ความถี่และปริมาณของอาการอาเจียน และประเมินการตอบสนองทางด้านจิตใจในลักษณะของความทุกข์ทรมานเป็นคำถามเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของอาการคลื่นไส้ อาการ

อาเจียนและอาการขย้อน แต่เนื่องจาก ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เป็นช่วงระยะเวลา ผู้วิจัยจึงได้ตัดข้อคำถาม ข้อที่ 1 ออก เพื่อความเหมาะสมในงานวิจัยนี้

เครื่องมือชิ้นนี้จึงประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ 2 ข้อ อาการอาเจียน 3 ข้อ และอาการขย้อน 2 ข้อ ดังนี้ อาการคลื่นไส้ ได้แก่ ข้อ 1,2 อาการอาเจียน ได้แก่ ข้อ 3,4,5 อาการขย้อน ได้แก่ ข้อ 6,7 เครื่องมือมีลักษณะประเมินแบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ของลิเคอร์ท (Likert scale) 5ระดับ ประเมินการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ดังนี้

- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมากที่สุด
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมาก
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงพอควร
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ว่ามีอาการเล็กน้อย
- 0 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ว่าไม่มีอาการ

เกณฑ์การคิดคะแนนโดยรวม โดยการนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกัน คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าได้ตั้งแต่ 0 ถึง 28 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเกิดขึ้นเลย และ 28 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำข้อคำถามของเครื่องมือทั้ง ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของเครื่องมือ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย

อาจารย์แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการกอดจุด ผังเข็ม จำนวน 1 คน

พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน

อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จำนวน 2 คน

วิสัญญีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวน 1 คน

ตัดสินโดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

1) ให้เพิ่มเติมข้อคำถามโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มทดลองตอบว่ารู้สึกอย่างไร

2) ให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นหลังจากได้รับการกดจุด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้งเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ แบบวัดความรุนแรงของอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา คือกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 รายนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.93

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมผู้วิจัย ขั้นเตรียมการทดลอง และขั้นดำเนินการทดลองดังนี้

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนและขย้อน หลังผ่าตัดช่องท้อง โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้ และความชำนาญในการกดจุด ในการเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการกดจุดเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษา ทั้งทางด้านทักษะทางวิชาการและการปฏิบัติ และผู้ที่ศึกษาต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพ
- 1.2 เป็นวิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานไม่ต่ำกว่า 2 ปี
- 1.3 ต้องเป็นผู้ที่มีร่างกาย สมบูรณ์ แข็งแรง และไม่มีโรคประจำตัวใดๆทั้งสิ้น
- 1.4 เป็นผู้ที่สนใจในหลักสูตรแพทย์ทางเลือก

ในการฝึกอบรมมีการสอนทฤษฎีเกี่ยวกับจุด การเดินทางของพลังงานในแต่ละจุดของร่างกาย อวัยวะต่างๆที่เกี่ยวข้องกับแต่ละจุด มีการฝึกกำลังนิ้วทุกวัน เพื่อให้นิ้วมือมีกำลังแข็งแรง เมื่อทำการกดจุดผู้ป่วย จะได้มีกำลังเพียงพอ มือไม่สั่น ไม่อ่อนแรง กดได้ตรงเป้าหมายการรักษาจะทำให้ได้ผลดี โดยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมและฝึกฝนปฏิบัติ เกี่ยวกับการกดจุด จากแพทย์หญิงจิรสุดา เพื่อกอง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ทางเลือกจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ใช้ร่วมกับ

กระทรวงสาธารณสุข เป็น จำนวน 30 ชั่วโมง และได้รับประกาศนียบัตรผู้ผ่านการอบรมแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทย เรียบร้อยแล้วเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2549

2. ชั้นเตรียมการทดลอง

2.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทั้งหมดดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.2 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หลังจากได้รับอนุญาตทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม และแพทย์เจ้าของไข้ เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอน และระยะในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการทดลอง

2.3 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการทดลองโดยการใส่โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน หลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยได้แจ้งในห้องประชุมแผนกวิสัญญี ซึ่งมีวิสัญญีแพทย์ จำนวน 5 คน และวิสัญญีพยาบาลจำนวน 25 คน ให้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอน และระยะในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการทดลอง เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2549 เวลา 09.00 น.

3. ชั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำ ตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยโดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ์ เช่น ใบบินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

2. เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะดำเนินการอธิบายถึงการตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปพร้อมทั้งสัมภาษณ์ผู้ป่วย จะได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ในเรื่อง การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัดและการเตรียมบริเวณที่จะทำผ่าตัดในตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด1วัน และอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการวิจัยวิธีการใช้แบบประเมินระดับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้อ่อน หลังผ่าตัด

3.ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วย โดยผู้ทำวิจัย ในเวลาประมาณ 14.00น.-16.00น. ก่อนวันผ่าตัด1วันใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ได้แก่ การเตรียม

ร่างกายและจิตใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัด สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น ขั้นตอนการผ่าตัดพอสังเขปตลอดจนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดโดยใช้แผนการสอน และแผ่นพับประกอบคำบรรยาย ได้รับการอธิบายถึงการกดจุดเหนือข้อมือ เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด

4. เมื่อแพทย์เสร็จการผ่าตัดผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ดี สม่่าเสมอ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการกดจุดเหนือข้อมือทั้ง 2 ข้างโดยกดค้างไว้นาน 15 นาที พร้อมทั้งได้รับดูแลจากพยาบาล วิทยาลัยตามปกติ ได้แก่ การสังเกตและลงบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที หรือสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เช่น การปวดแผลผ่าตัด อาการซีดจากการเสียเลือดมากจากการผ่าตัด อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างทันทั่วที่ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองได้วันละ 2-3 ราย

5. เมื่ออยู่ที่ห้องพักฟื้น นาน 30 นาที หากผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ วิทยาลัยพยาบาลส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยและได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

6. หลังจากย้ายผู้ป่วยจากห้องพักฟื้นเข้าสู่หอผู้ป่วย 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย วิทยาลัยพยาบาลประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด

7. เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยตื่นดี ฟ้นจากยาสลบ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย วิทยาลัยพยาบาลประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด

กลุ่มควบคุม

1. แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

2. เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะดำเนินการอธิบายถึงการตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปพร้อมทั้งสัมภาษณ์ผู้ป่วย จะได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด ในเรื่อง การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัดและการเตรียมบริเวณที่จะทำผ่าตัดในตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด1วัน และอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการวิจัยวิธีการใช้แบบประเมินระดับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด

3. ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วย โดยผู้ทำวิจัยในเวลาประมาณ 14.00 น -16.00 น.ก่อนวันผ่าตัด1วันใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ได้แก่ การเตรียมร่างกายและจิตใจเพื่อเข้ารับการผ่าตัด สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น ขั้นตอนการผ่าตัดพอสังเขปตลอดจนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

4. เมื่อแพทย์เสร็จการผ่าตัดผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ดี สม่่าเสมอ ผู้ป่วยได้รับดูแลจากพยาบาลวิทยาลัยตามปกติ ได้แก่ การสังเกตและลงบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที หรือสังเกตอาการ

เปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เช่น การปวดแผลผ่าตัด อาการชืดจากการเสียดเลือดมาก จาก การผ่าตัด อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างทันท่วงที

5. เมื่ออยู่ที่ห้องพักฟื้น นาน 30 นาที หากผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ วิทยาลัยพยาบาลส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยและได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

6. หลังจากย้ายผู้ป่วยจากห้องพักฟื้นเข้าสู่หอผู้ป่วย 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย วิทยาลัยพยาบาลประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด

7. เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยตื่นดี ฟ้นจากยาสลบ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย วิทยาลัยพยาบาลประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล การบำบัดรักษาแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาพยาบาลหรือการบริการที่ได้รับ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอโดยภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยกลุ่มตัวอย่าง สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ว่า สามารถกอดจุด และไม่มีข้อห้ามในการกอดจุด โดยผู้วิจัยจะประเมินสภาพร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ก่อนกอดจุดทุกราย และขณะที่ทำการกอดจุด ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ได้แก่ หน้ามืด เป็นลม สัญญาณชีพผิดปกติ ต้องหยุดการกอดจุดบนข้อมือ สามารถบอกได้ทันทีเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม ใน การศึกษางานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบ t-test



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) เพื่อเปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการขย้อน หลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องของผู้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด (ดังแสดงในตารางที่ 6-7)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังแสดงไว้ในตารางที่ 8-9)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การศึกษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องของผู้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้วิจัยได้แสดงไว้ในตารางในแต่ละระยะ ดังนี้

ตารางที่ 6 จำนวน และ ร้อยละ ของผู้ป่วยแบ่งตามระดับความรุนแรง ของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังจากผ่าตัด 6 ชั่วโมง จำแนกตามอาการ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความรุนแรงของอาการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	N=20		N=20	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการคลื่นไส้				
1.ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้				
ไม่มีเลย	0	0	2	10
เล็กน้อย	0	0	18	90
พอควร	15	75	0	0
มาก	5	25	0	0
มากที่สุด	0	0	0	0
2.จำนวนครั้งของอาการคลื่นไส้				
ไม่มีคลื่นไส้	0	0	5	25
1-2 ครั้ง	4	20	15	75
3-4 ครั้ง	7	35	0	0
5-6 ครั้ง	9	45	0	0
7 ครั้งหรือมากกว่า	0	0	0	0

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ความรุนแรงของอาการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	N=20		N=20	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการอาเจียน				
1. จำนวนครั้งของการอาเจียน				
ไม่มีอาเจียน	1	5	8	40
1-2 ครั้ง	9	45	11	55
3-4 ครั้ง	7	35	1	5
5-6 ครั้ง	3	15	0	0
7 ครั้งหรือมากกว่า	0	0	0	0
2. ความรู้สึกทุข์ทรมานจากอาการอาเจียน				
ไม่รู้สึกละเลย	0	0	4	20
เล็กน้อย	1	5	16	80
พอควร	16	80	0	0
มาก	3	15	0	0
มากที่สุด	0	0	0	0
3. ปริมาณของอาเจียนที่ออกมา				
ไม่มีเลย	0	0	7	35
เล็กน้อย	7	35	13	65
พอควร	13	65	0	0
มาก(2-3)	0	0	0	0
มากกว่า 3แก้ว	0	0	0	0

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ความรุนแรงของอาการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	N=20		N=20	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการขย้อน				
1.ความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการขย้อน				
ไม่รู้สึกเลย	0	0	10	50
เล็กน้อย	14	70	10	50
พอควร	5	25	0	0
มาก	1	5	0	0
มากที่สุด	0	0	0	0
2.การมีอาการขย้อนโดยไม่อาเจียน				
ไม่มีเลย	2	10	16	80
1-2 ครั้ง	13	45	4	20
3-4 ครั้ง	5	25	0	0
5-6 ครั้ง	0	0	0	0
7 ครั้งหรือมากกว่า	0	0	0	0

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 10 แต่ในกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกทุกข์ทรมานในระดับพอควรคิดเป็นร้อยละ 75 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของอาการคลื่นไส้ในกลุ่มควบคุมเกิด 5-6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เกิดอาการ 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75 อาการอาเจียน มีผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการอาเจียน ร้อยละ 40 ในกลุ่มทดลอง และมีร้อยละ 5 ในกลุ่มควบคุม ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนนั้น มีจำนวนครั้งของอาเจียน 5-6 ครั้ง ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 15 แต่ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ใน 1-2 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 55 และมีผู้ป่วยที่เกิดอาการอาเจียนในปริมาณเล็กน้อย -1/2 แก้วในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 65 และเกิดอาการอาเจียนในปริมาณพอควร 1/2-2 แก้ว คิดเป็นร้อยละ 65 ในกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการอาเจียนในระดับพอควรคิดเป็น ร้อยละ 25 ในกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการอาเจียนในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 50 อาการขย้อน มีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ไม่เกิดอาการขย้อนเลยร้อยละ 10 แต่ในกลุ่มทดลองที่ไม่เกิดอาการขย้อนเลยร้อยละ 80

ตารางที่ 7 จำนวน และ ร้อยละ ของผู้ป่วยแบ่งตามระดับความรุนแรง ของอาการคลื่นไส้ อาเจียน
 ขย้อน หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จำแนกตามอาการ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความรุนแรงของอาการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	N=20		N=20	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการคลื่นไส้				
1.ความรู้สึกรบกวนรำคาญจากอาการคลื่นไส้				
ไม่มีเลย	0	0	2	10
เล็กน้อย	8	40	8	40
พอควร	9	45	9	45
มาก	3	15	1	5
มากที่สุด	0	0	0	0
2.จำนวนครั้งของอาการคลื่นไส้				
ไม่มีคลื่นไส้	0	0	0	0
1-2 ครั้ง	9	45	12	60
3-4 ครั้ง	5	25	7	35
5-6 ครั้ง	5	25	1	5
7 ครั้งหรือมากกว่า	1	5	0	0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความรุนแรงของอาการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	N=20		N=20	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการอาเจียน				
1. จำนวนครั้งของการอาเจียน				
ไม่มีอาเจียน	4	20	2	10
1-2 ครั้ง	7	35	15	75
3-4 ครั้ง	7	35	3	15
5-6 ครั้ง	2	10	0	0
7 ครั้งหรือมากกว่า	0	0	0	0
2. ความรู้สึกทุข์ทรมานจากอาการอาเจียน				
ไม่รู้สึกละเลย	1	5	0	5
เล็กน้อย	7	35	10	50
พอควร	7	35	10	50
มาก	5	25	0	0
มากที่สุด	0	0	0	0
3. ปริมาณของอาเจียนที่ออกมา				
ไม่มีเลย	3	15	1	5
เล็กน้อย	6	30	15	75
พอควร	10	50	4	20
มาก(2-3)	1	5	0	0
มากกว่า 3แก้ว	0	0	0	0

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความรุนแรงของอาการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	N=20		N=20	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการขย้อน				
1.ความรู้สึกรบกวนทั้งหมดจากอาการขย้อน				
ไม่รู้สึกเลย	2	10	6	30
เล็กน้อย	8	40	13	65
พอควร	10	50	1	5
มาก	0	0	0	0
มากที่สุด	0	0	0	0
2.การมีอาการขย้อนโดยไม่อาเจียน				
ไม่มีเลย	5	25	10	50
1-2 ครั้ง	9	45	9	45
3-4 ครั้ง	5	25	1	5
5-6 ครั้ง	1	5	0	0
7 ครั้งหรือมากกว่า	0	0	0	0

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกถูกรบกวนทั้งหมดจากอาการคลื่นไส้ในระดับพอควรร้อยละ 45 ในทั้งสองกลุ่มเท่ากัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของอาการคลื่นไส้ 1-2 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 45 และ ร้อยละ 60 ตามลำดับ อาการอาเจียน มีผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการอาเจียน ร้อยละ 20 ในกลุ่มทดลอง และมีร้อยละ 10 ในกลุ่มควบคุม ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนนั้น มีจำนวนครั้งของอาเจียน 1-2 ครั้ง, 3-4 ครั้ง, 5-6 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากันในกลุ่มควบคุม แต่ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ใน 1-2 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 75 และมีผู้ป่วยที่เกิดอาการอาเจียนในปริมาณเล็กน้อย -1/2 แก้ว คิดเป็นร้อยละ 30 และเกิดอาการอาเจียนในปริมาณพอควร 1/2-2 แก้ว คิดเป็นร้อยละ 50 ในกลุ่มควบคุม แต่ในกลุ่มทดลองเกิดอาการอาเจียนในปริมาณพอควร คิดเป็นร้อยละ 20 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกถูกรบกวนจากการอาเจียน ในระดับเล็กน้อย และพอควรคิดเป็นร้อยละ 35 ในกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกถูกรบกวนจากการอาเจียน ในระดับเล็กน้อย และพอควร เพียงร้อยละ 17 อาการขย้อน มีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ไม่เกิดอาการขย้อนเลยร้อยละ 25 แต่ในกลุ่มทดลองที่ไม่เกิดอาการขย้อนเลยร้อยละ 50

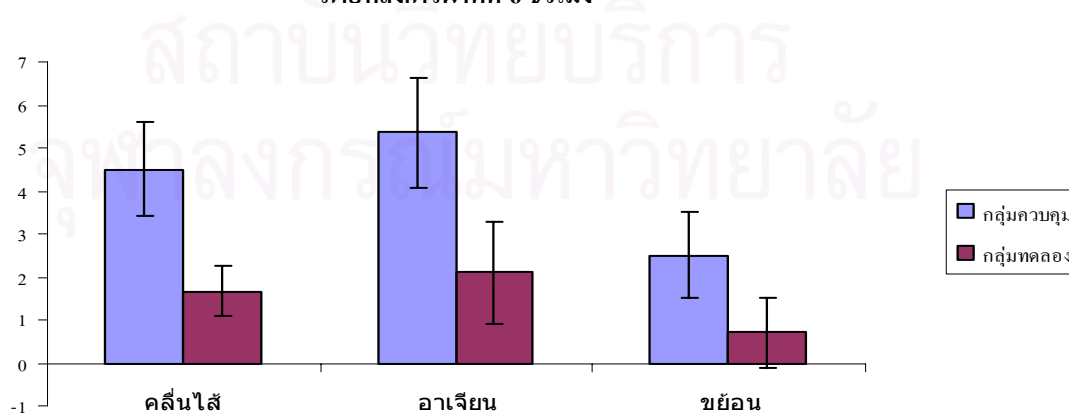
ตอนที่ 2 เปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้แสดงตารางในแต่ละช่วงเวลา ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 8 คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง จำแนกตามรายด้าน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความรุนแรงของอาการ	คะแนนเต็ม	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		ค่าสถิติ	
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	t	p-value
อาการคลื่นไส้	8	5.35	1.10	2.10	1.58	10.22	.000
อาการอาเจียน	12	5.35	1.26	2.10	1.20	8.29	.000
อาการขย้อน	8	2.50	1.00	.70	.80	6.28	.000

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน และขย้อน หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุดสามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง
ภายหลังการผ่าตัด 6 ชั่วโมง



ภาพที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้

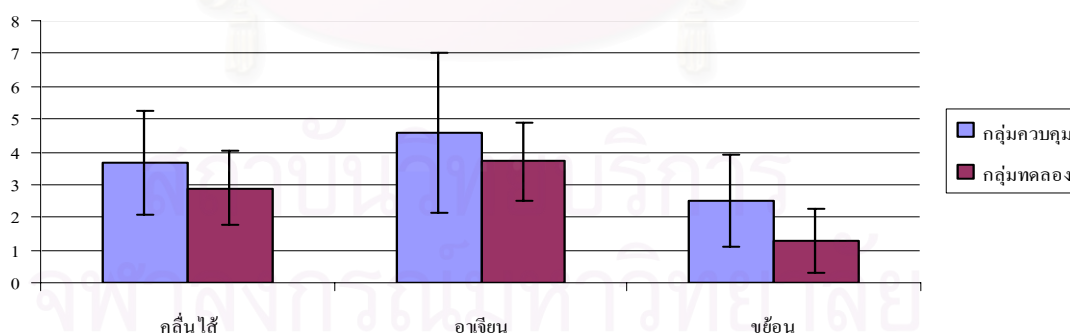
อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง จำแนกตามรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 9 คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรุนแรงของอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จำแนกตามรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความรุนแรงของ อาการ	คะแนนเต็ม	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		ค่าสถิติ	
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	t	p-value
อาการคลื่นไส้	8	3.65	1.59	2.90	1.11	1.71	.94
อาการอาเจียน	12	4.60	2.45	3.70	1.17	1.47	.15
อาการขย้อน	8	2.50	1.43	1.30	0.97	3.09	.00

จากตารางที่ 9 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการกดจุด ไม่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

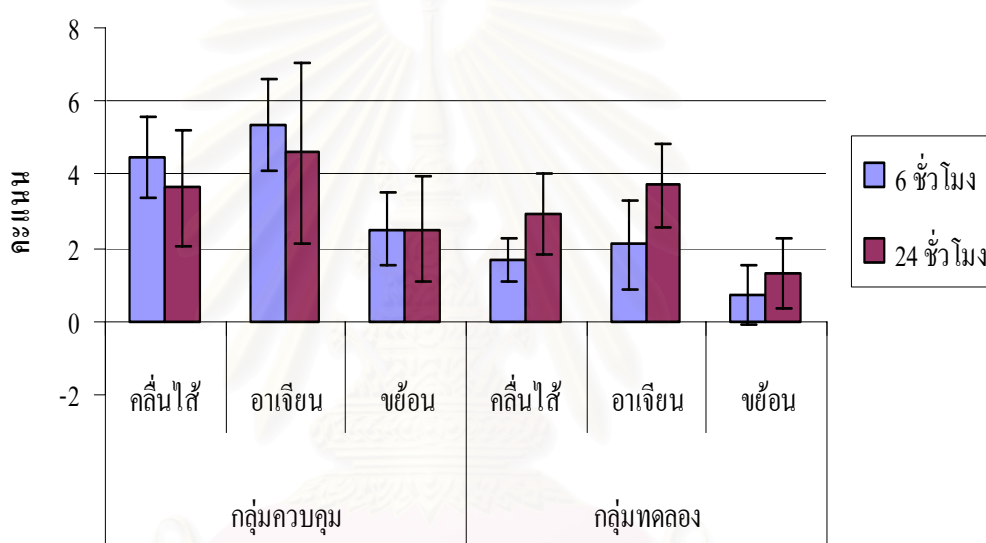
เปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง
ภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง



ภาพที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง จำแนกตามรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จากการศึกษาความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังจากผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบ รู้สึกตัวดีทันที หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมงและ 24 ชั่วโมง ในกลุ่มควบคุมและในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเสนอ เป็นกราฟเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรุนแรงของอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน เป็นรายด้าน ในแต่ละช่วงเวลา โดยผู้วิจัยได้แสดงแยกเป็นแต่ละกลุ่มดังนี้

เปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



ภาพที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรุนแรงของอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน เป็นรายด้าน ในแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง เพื่อตัดอวัยวะในช่องท้อง ได้แก่ ผ่าตัดมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่ ใ้เลื่อนในช่องท้องอันเนื่องจากการผ่าตัดครั้งก่อน ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง เพื่อตัดอวัยวะในช่องท้อง ได้แก่ ผ่าตัดมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ ผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่ ใ้เลื่อนในช่องท้องอันเนื่องจากการผ่าตัดครั้งก่อน ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังจากฟื้นรู้สึกตัวดี ใน 6 ชั่วโมง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังจากฟื้นรู้สึกตัวดี ใน 24 ชั่วโมงมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง โดยได้รับยาระงับความรู้สึก ในห้องผ่าตัด อายุระหว่าง 20-59 ปีได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ประเมินสภาพร่างกายตาม ASA Status I ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
- 2) น้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 45-80 กิโลกรัม และมีความสูงอยู่ระหว่าง 145-180 เซนติเมตร
- 3) รู้สึกตัวดี โดยผู้วิจัยประเมินจากความสามารถในการจดจำบุคคล เวลา สถานที่ โดยประเมินตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วย
- 4) ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และได้รับอนุญาตจากแพทย์เจ้าของผู้ป่วย
- 6) ไม่มีข้อห้ามในการกวดจุด ได้แก่ มีบาดแผล มีแผลจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โรคผิวหนัง หรือโรคติดต่อทุกชนิด วัณโรคในระยะแพร่กระจาย หรือโรคปอดอักเสบในระยะที่มีไข้ มีไข้ หรือมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน ($T > 37.8$ องศาเซลเซียส) มีภาวะกระดูกหัก ข้อเคลื่อน หรือมีภาวะเลือดออก เบาหวาน โรคหัวใจ เพราะจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนของเลือด อาจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นได้

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายแรกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคัดเลือกตัวอย่างอีก 20 รายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched Pair) ตามลักษณะอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และชนิดของการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุด
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบบันทึกระดับความคลื่นไส้ อาเจียน ชัยอน

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยผู้วิจัยใช้เวลาในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 14 สัปดาห์ ที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

การเตรียมตัวผู้วิจัย มีการเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนและขย้อน หลังผ่าตัดช่องท้อง โดยศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการกอดูด ด้วยการฝึกกำลังนิ้วทุกวันเพื่อให้นิ้วมือนิ้วกำลังแข็งแรงเมื่อทำการกอดูดผู้ป่วย จะได้มีกำลังเพียงพอ มือไม่สั่น ไม่อ่อนแรง กอดได้ตรงเป้าหมายการรักษาจะทำให้ได้ผลดี โดยผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมและฝึกฝนปฏิบัติ เกี่ยวกับการกอดูด จากแพทย์หญิงจิรสุดา เพื่อกอง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ทางเลือก จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นระยะเวลา 30 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยได้รับประกาศนียบัตร ผู้ผ่านการอบรมแพทย์ทางเลือก และแพทย์แผนไทยแล้ว เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2549

2. ขั้นเตรียมการทดลอง

2.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทั้งหมดดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.2 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หลังจากได้รับอนุญาตทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม และแพทย์เจ้าของไข้ เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอน และระยะในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการทดลอง

2.3 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการทดลองโดยการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกอดูดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยได้แจ้งในห้องประชุมแผนกวิสัญญี ซึ่งมีวิสัญญีแพทย์ จำนวน 5 คน และวิสัญญีพยาบาลจำนวน 25 คน ให้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดขั้นตอน และระยะในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการทดลอง เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2549 เวลา 09.00 น.

3. ขั้นตอนการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่า ๆ กัน กลุ่มละ 20 ราย ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 รายก่อน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุดจากผู้วิจัย ตามการดำเนินการทดลองดังกล่าวมาข้างต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบ t-test

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน หลังผ่าตัด น้อยกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอนหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
3. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุด มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นอน น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการร่วมกับการกดจุด จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชี้น หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง เป็นรายด้านพบว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชี้น หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้น และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ของความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชี้น ของทั้งสองกลุ่ม พบว่าในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้เท่ากับ 5.35 ค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการอาเจียนเท่ากับ 5.35 และค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการชี้นเท่ากับ 2.50 ส่วนในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้เท่ากับ 2.10 ค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการอาเจียนเท่ากับ 2.10 และค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการชี้นเท่ากับ 0.70 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นของทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) แล้วพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า การจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด สามารถลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นได้ เนื่องจากผู้ป่วยในช่วงเวลานี้ ผู้ป่วยพักที่หอผู้ป่วย มีพยาบาลและญาติดูแลอย่างใกล้ชิด มีความอุ่นใจสบายใจ การฟื้นตัวของอวัยวะในช่องท้องที่ถูกกระทบขณะผ่าตัดเริ่มปกติ ประกอบกับระยะเวลาในการส่งกระแสประสาทไปยังประสาทส่วนกลาง เพื่อยับยั้งอาการคลื่นไส้ อาเจียนและชี้น ของการกดจุดกระตุ้นมีกลไกการทำงานออกฤทธิ์ได้เต็มที่ (Cheng Ximong ,1999) และคงอยู่ในช่วงระยะเวลาที่ ผู้ป่วยสามารถใช้การรับรู้หากลวิธีในการจัดการกับอาการและตอบสนองกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นได้ นำข้อมูลที่ได้รับ ไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้ประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และคงอยู่ถาวร (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542.) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ของความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน และชี้น โดยรวมในผู้ป่วยหญิงหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้น หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง พบว่าในกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้เท่ากับ 3.65 ค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการอาเจียนเท่ากับ 4.60 และค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการชี้นเท่ากับ 2.50 ส่วนในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้เท่ากับ 2.90 ค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการอาเจียนเท่ากับ 3.70 และค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการชี้นเท่ากับ 1.30 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้นของทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) แล้วพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการคลื่นไส้ และอาการอาเจียน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไม่ไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยพักที่หอผู้ป่วย เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอิริยาบถ และอาจเป็นจากสิ่งแวดล้อม เช่น กลิ่นเสียด ซึ่งมิผลทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้ (บุษยา สมใจวงศ์, 2544) และผลของการกดจุด

เพื่อส่งกระแสประสาทไปที่สมองส่วนกลางเพื่อไปยับยั้งอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนสามารถออกฤทธิ์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น และในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการกวดจุดเพียงครั้งเดียว ดังนั้นเมื่อถึงระยะเวลาที่สมควร จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในช่วงระยะเวลา 6 ชั่วโมงการกวดจุดสามารถออกฤทธิ์ในการลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ได้ดี แต่เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยเริ่มมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากสภาพแวดล้อม หรือการเปลี่ยนแปลงอิริยาบถของผู้ป่วยได้ด้วยเช่นกัน

จากการเปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องในกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุด มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในช่วง 6 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยเสร็จผ่าตัด และฟื้นจากยาสลบ ซึ่งผลจากการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุดทันทีที่ตำแหน่งเหนือข้อมือขึ้นไป 2 นิ้วจะต้องใช้ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ในระยะหนึ่ง ซึ่งจากการศึกษาผู้วิจัยพบว่าเมื่อออกจุดเพียงครั้งเดียวที่เหนือข้อมือทันที แล้วประเมินอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ของผู้ป่วย เมื่อเวลาผ่านไป 6 ชั่วโมง อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่าในกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบใน 24 ชั่วโมง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบกันทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุปแล้ว พบว่าการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกวดจุด เป็นกิจกรรมเสริมในการให้การพยาบาลเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เนื่องจากผู้ป่วยสามารถใช้การรับรู้หากลวิธีในการจัดการกับอาการและตอบสนองกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ได้จากให้ความรู้จากพยาบาลรวมทั้งการกวดจุด เป็นการกระตุ้นจุดเพื่อส่งกระแสประสาทไปยังประสาทส่วนกลางที่สมอง เพื่อยับยั้งอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ซึ่งสามารถได้ผลดีในช่วงระยะเวลา 6 ชั่วโมง ซึ่งมีผลดีต่อการพยาบาล คือทำให้พยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระในการลดความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ในผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับยาสลบได้ โดยสามารถลดปริมาณการใช้ยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เนื่องจากยาแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ส่วนใหญ่มีราคาแพง และหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียง หรือฤทธิ์อันไม่พึงประสงค์ ที่ร้ายแรงจากยาได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด จะสามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้มากกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ลดปริมาณการใช้จ่ายแก้อาเจียนหลังการผ่าตัดลงเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ได้ ดังนั้นข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ คือ

1. ควรสนับสนุนและเผยแพร่ให้เจ้าหน้าที่พยาบาล ให้มีความตระหนักถึงความสำคัญและผลดีที่ผู้ป่วยได้รับ จากการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะในการกดจุด

2. พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ควรเผยแพร่และฝึกฝนนำไปใช้ในการบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ลดการใช้จ่าย และยังเกิดผลดีจิตใจต่อผู้ป่วยทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลอีกด้วย เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

3. ในด้านการศึกษาวิจัย ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลในเรื่องของการบำบัดทางการพยาบาลที่เป็นการดูแลแบบผสมผสาน ที่มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณต่อไป ควรเพิ่มจำนวนครั้งของการกดจุด เช่น ให้การกดจุดในช่วงเวลา 6 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง เพื่อศึกษาผลของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด ไปศึกษาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีภาวะผิดปกติอื่นๆ อีก เช่น อาจนำไปศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบ โรคปวดหลัง ปวดเอว หรือโรคอื่นๆ เนื่องจากเป็นบทบาทอิสระอย่างหนึ่งของพยาบาลซึ่งสามารถกระทำได้ และสามารถนำมาใช้เป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลได้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรุงไกร เจนพาณิชย์ และประเสริฐศักดิ์ ตู้อินดา. 2524. ผลการนวดแบบเดิมของไทยต่อระบบการไหลเวียนเลือด. *สารศิริราช*. 33 (9): 575-581.
- กรุงไกร เจนพาณิชย์ และประเสริฐศักดิ์ ตู้อินดา. 2529. วิธีการรักษาอาการปวดเมื่อยหลังแบบไทย. *แพทยสภาสาร*. 15(1): 11-12.
- โกวิท คัมภีรภาพ. 2544. *ทฤษฎีพื้นฐานการแพทย์แผนจีน*. กรุงเทพมหานคร : นิเวศเด็ก,
- กำพล กลั่นกลิ่น. 2538. *อาการของโรคระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยและการบำบัด*. กรุงเทพมหานคร: พี.บี. ฟอเรน บุคส์ เซนเตอร์,
- ขวัญหทัย ยิ้มละมัย. 2547. ผลของดนตรีบำบัดและการเทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความรู้สึกปวดภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยใส่เหล็กดามกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาจิตเวชวิทยาการแนะแนว มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- โครงการฟื้นฟูการนวดไทย มุขนิธิสาธิตารณสุขกับการพัฒนา. 2531. *รายงานการวิจัยการใช้การนวดไทยบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ*. กรุงเทพมหานคร . อัดสำเนา,
- จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ. 2544. ผลของการนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรัฐคณา จันทร์งาม. 2546. ประสิทธิภาพของขิงในการป้องกันคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดและให้ยา morphine ทางไขสันหลังในการผ่าตัดบริเวณส่วนล่างของร่างกาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จำลอง ดิษยวันิช. 2522. *จิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : พระสิงห์การพิมพ์.
- ใจรัตน์ ศุกกุล. 2530. ผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวี มากพุ่ม. 2530. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนั่งในถุงน้ำดี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- โณมนภา กิตติศัพท์. 2536. ผลของคนตรีต่อการลดความเจ็บปวด และความวิตกกังวลในผู้ป่วย
ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศรี พิศลยบุตร และพงษ์ธรา วิจิตรเวชไพศาล. 2543 ตำราวิสัญญีทางสูติกรรม. กรุงเทพมหานคร:
พี เอ ลีฟวิ่ง.
- ชูชื่น ดำรงธรรม. 2535. การคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาล.
6(2):59-71.
- ช่อลดา พันธุเสนา และ ธัญพร ชื่นกลิ่น. 2542. ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็ง
ที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลสารสงฆสถานกรินทร์ 19(3):16-21.
- ฐิติมา ชินะโชติ และคณะ. 2541. วิสัญญีวิทยาาระดับพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร : พีเอลฟวิ่ง.
- ดวงกมล แสนสุโพธิ์. 2542. ผลการฝึกการผ่อนคลายต่อการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนในผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงดาว ดุลยธรรม. 2544. ผลของคนตรีบำบัดต่อการลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดยึดตรึงกระดูกต้น
ขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- ทวีศักดิ์ แทนวันดี. 2537. อาการคลื่นไส้ อาเจียน และสะอึก. ใน อุดม คชินทร (บรรณาธิการ),
ตำราอายุรศาสตร์อาการวิทยา หน้า 83-98. กรุงเทพมหานคร: เช็ทสแควร์.
- ธงชัย ทองปิ่น. 2541. ตำราแท่งเข็มรมยา. กรุงเทพมหานคร: นิวไวด์เด็ก.
- ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์. 2542. คลื่นไส้อาเจียนจากยารักษามะเร็งและหลังผ่าตัด: I.กลไกการเกิด
และปัจจัยเสี่ยง. คลินิก 169(15):34-40.
- ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์. 2542. คลื่นไส้อาเจียนจากยารักษามะเร็งและหลังผ่าตัด: II.การรักษาด้วย
ยาต้านการอาเจียน. คลินิก 170(15):115-121.
- ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. 2542. ผลของการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ โรคเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ พรหมดีงการ. 2545. ผลของการนวดเท้าต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหอ
ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นวลจันทร์ พูลสมบัติ และคณะ. 2537. ผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อระดับความ
วิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์พยาบาล

- ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
 นันทา เล็กสวัสดิ์. 2540. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ :
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
- บุญบา สมใจวงศ์. 2544. ผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน และขย้อน ในผู้ป่วย
 มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
 อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัญญา โอวาทพารพร. 2538. อาการแสดงของโรกระบบทางเดินอาหาร. สงขลา : คณะแพทย
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
- ประทุม สร้อยวงศ์. 2538. แบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการ
 ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
 บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญพร ต่อสกุลแก้ว. 2541. ประสิทธิภาพของสื่อคู่มือ การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ต่อระดับ
 ความรู้ ทักษะ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหา
 บัณฑิต สาขานิเทศศาสตร์พัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มรรยาท ณ นคร และคณะ. 2543. รายงานการวิจัยผลของบการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้
 ในการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการทำผ่าตัดใส่วัสดุยึด
 ตรึงในร่างกาย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานพ ประภาษานนท์. 2543. นวดไทยสัมผัสบำบัดเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดีการ
 พิมพ์.
- มาลี เอี่ยมสำอาง. 2544. ผลการนวดต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มุกดา สำนวนกลา. 2531. การดูแลผู้ป่วยใน preoperative unit. กรุงเทพมหานคร : กระทรวง
 สาธารณสุข,
- รัชนี นามจันทร์. 2535. ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเอง และแบบแผนการเกิดอาการ
 คลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
 บัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา อยู่ปลา. 2543. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกใน
 ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
 พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งทิพย์ จามรมาน. 2532. ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่อง

ห้อง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เรณู อาจสาดี , พิภูลทิพย์ หงส์เหิร, และกันยา ออประเสริฐ. 2535. รายงานผลการวิจัยเรื่องผลของการเย็บอย่างมีแบบแผนของพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราช. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลดา สรณารักษ์ และคณะ. 2539. รายงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนผ่าตัด. โรงพยาบาลขอนแก่น.

ลดาวัลย์ บุรณะปิยะวงศ์. 2544. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลความรู้ และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์. 2546. Complementary Therapy in Nursing Therapeutic, and Aromatherapy. ในการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเรื่อง: การพยาบาลผสมผสานกับการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก, หน้า 43-66. วันที่ 16-18 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร.

ลลิตา ชีระสิริ. 2539. มะเร็งรักษาด้วยตนเองตามแนวธรรมชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ร่วมทัศน์,

เล ลี. 2545. การป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวช โดยการฉีดน้ำเกลือ 0.9% ที่จุดฝังเข็มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมด้วยวิธีสุ่ม. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรภา สุวรรณจินดาและอังกาบ ปราการรัตน์. 2542. ตำราวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์,

วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์. 2543. ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร) สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรสรวง ทองสุข. 2546. ภาวะแทรกซ้อนในการได้รับยาระงับความรู้สึก. วิสัญญีสาร. 7(5): 17

วลัยพร บุญยงโพธิ์. 2546. ประสิทธิผลของการนัดทำการบรรเทาความล้าของกล้ามเนื้อและความรู้สึกเมื่อยล้าในกลุ่มคนงานที่ต้องยืนเป็นเวลานาน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์

มหบัณฑิต สาขาสุขศาสตร์อุตสาหกรรม และความปลอดภัย บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์. 2544. ผลของการนวดแผนไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วันเพ็ญ ปานยิ้ม. 2543. ผลของการนวดจุดฝ่าเท้าต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย
หลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิจิตรา กุสุมภ์. 2532. ผลของการกดจุดและนวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง.

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศักดิ์ บวร. 2542. ฟังเข็มด้วยปลายนิ้ว. ครั้งที่1. นนทบุรี : เอคิสัน เพรส โปรดักส์.

ศิริลักษณ์ มาลานิยม. 2545. น้ำมันหอมระเหย สารสกัดจากพืชสมุนไพรไทย. สมอ สาร.
28(325): 3-6.

สมบัติ ตาปัญญา. 2543. ศิลปะการนวดไทย. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ดวงกมล,

สมลักษณ์ พิภมณี. 2544. ผลของการนวดฝ่าเท้ากดจุดต่อการลดความวิตกกังวลและความทุกข์ จาก
ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายชล จันทร์วิจิตร. 2539. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อการฟื้นฟูสภาพ
ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุทิสภา ปลื้มปีติวิริยะเวช. 2544. การนวดพื้นบ้านอีสาน:กรณีศึกษาอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัด
หนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุริพร ธนศิลป์. 2548. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง2. จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย .

เสมียน ชันมัน. 2544. ผลของการพยาบาลโดยใช้วิธีการนวดทำในการร่วมรักษาต่ออาการ
ชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อังกาบ ปราการรัตน์และวรา สุวรรณจินดา. 2542. ภัยของการใช้าระงับความรู้สึก.
กรุงเทพมหานคร: ยูนิตีพับลิเคชั่น.

อุรวาดิ เจริญไชยและคณะ. 2543. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลความ

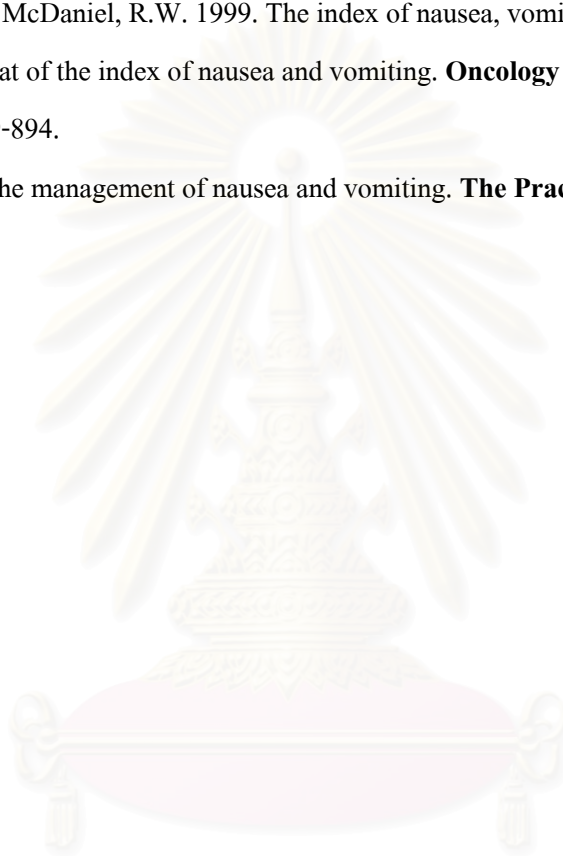
เจ็บปวดและจำนวนครั้งของการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.
 งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
 อุษาส์ รุจิระวิโรจน์. 2543. การจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- ASA. 2004. **Annual meeting refresher course lecture**. Lasvegas : w.k.
- Ashraf, S.H. et al. 2006. Transcutaneous acupoint electrical stimulation with the Relief Band for the prevention of nausea and vomiting during and after cesarean delivery under spinal anesthesia. **Anesthesia Analgesia,102**: 581-584.
- Cheng Xennong. 1999. **Chiness acupuncture and moxibustion**. Chaina : Foreign Languages Press.
- Dundee, J.W. et al. 1992. Effect of stimulation of the P6 antiemetic point on postoperative nausea and vomiting. **British Journal Anaesthesia, 63**: 612-618.
- Edwards, J.N. et al. 1991. Comparison of patient-controlled and nurse-controlled antiemetic therapy in patients receiving chemotherapy. **Research in nursing & health** 14: 249-257.
- Ernst, E. and Pittler. M.H. 2000. Efficacy of ginger for nausea and vomiting. **British Journal of Anaesthesia, 84(3)**: 367-371.
- Ferrara-Love, R., et al. 1996. Nonpharmacologic treatment of postoperative nausea. **Journal of Perianesthesia Nursing, 11(6)**: 378-383.
- Fischer-Rasmussen, W.,Susanne K.K., Pahl C., and Asping, U. 1991. Ginger treatment of hyperemesis gravidarum. **European journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 23**: 19-24.
- Florence, E.S. Powhatan J.W. 2000. Psychological preparation of surgical patients. **Nursing Research, 22 (2)**: 108-115.
- GAN. T.J., Colli R.and Hetree, D. M. 1999. Double-blind comparison of ondansetron, droperidol and saline in the prevention of postoperative nausea and vomiting. **British Journal of Anaesthesia, 72**: 544-547.

- Goodman, M. 1997. Risk factors and antiemetic management of chemotherapy induced nausea and vomiting. **Oncology Nursing Forum** 24 (suppl.7): 20-32.
- Grant, M. 1997. Introduction: Nausea and vomiting, quality of life, and the oncology of nurse. **Oncology Nursing Forum** 24 (suppl 7): 5-7.
- Grealish, L., Lomasney, A. & Whiteman, B. 2000. Foot massage a nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. **Cancer Nursing** 23(3): 237-243.
- Heitkemper, M. 1999. Managing nausea and vomiting. In A.S. Hinshaw, S.L. Feetham & J.L.F. Shaver (Eds). **Handbook of clinical nursing research**. Thousand Oaks: Sage, pp.425-434.
- Jablonski, R.S. 1993. Nausea: The forgotten symptom. **Holistic Nurse Practice** 7(2):64-72.
- Jenns, K. 1994. Impotance of nausea. **Cancer Nursing** 17(6): 488-493.
- Jordan, L.N. 1989. Effects of fluid manipulation on the incidence of vomiting during out patient cisplatin infusion. **Oncology Nursing Forum** 16(2): 213-218.
- Julie, A.G., et al. 2002. asystematic approach to the management of PONV. **Journal of Perianesthesia Nursing** 17(6): 364-376.
- King, C.R. 1997. Nonpharmacologic management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. **Oncology Nursing Forum** 24(suppl.7): 41-48.
- Knapp M.R., and Beecher H.K., 1956. postanesthetic nausea vomiting and retching. **Journal of the American Medical Association**., Feb.4: 376-395.
- Larson, P.J., et al. 1994. A model for system management. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship** 26(4): 272-276.
- Lindley, C.M. and Hirsch, J.D. 1992. Nausea and vomiting and cancer patients' quality of life: A discussion of professor Selby's paper. **British Journal of Cancer** 66(suppl.19): s26-s29.
- Lauder. G.R., McQuillan P.J.M., and Pickering R.M., 1999. Psyschological adjunct to perioperative antiemesis. **Journal of Anaesthesia**,74: 266-270.
- Leventhal, H. and Johnson, J.E. 1983. Laboratory and field experimentation development of the theory of self-regulating. In Wooldridge, P.T., Schmitt, M.H., Leonard, R.C. and Skipper, J.K., eds. **Behavioral Science and Nursrng Theory**. St. Louis: The C.V. Mosby.

- Mehernoor F.Watcha, et al. 1992. postoperative nausea and vomiting. **Anesthesiology**, 77: 162-184.
- Morrow, G.R., Angel,C , Dubeshter, S.H . 1992. Autonomic changes during cancer chemotherapy induced nausea and emesis. **British Journal of Cancer** 66(suppl.19): s42-s45.
- Pamela, J.W., et al. 1981. Shivering during epidural analgesia in women in labor. **Anesthesiology**, 55: 706-707.
- Rhodes, V.A. and McDaniel, R.W. 1999. The index of nausea, vomiting, and reaching: a new format of the index of nausea and vomiting. **Oncology Nursing Forum** 26(5):889-894.
- Sykes, N. 1990. The management of nausea and vomiting. **The Practitioner** 22 (234):286-290.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศบ 0512.11/ 0516



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ มีนาคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวรัตติยา ศรีอินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญแพทย์หญิงจิรสุดา เพื่อทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

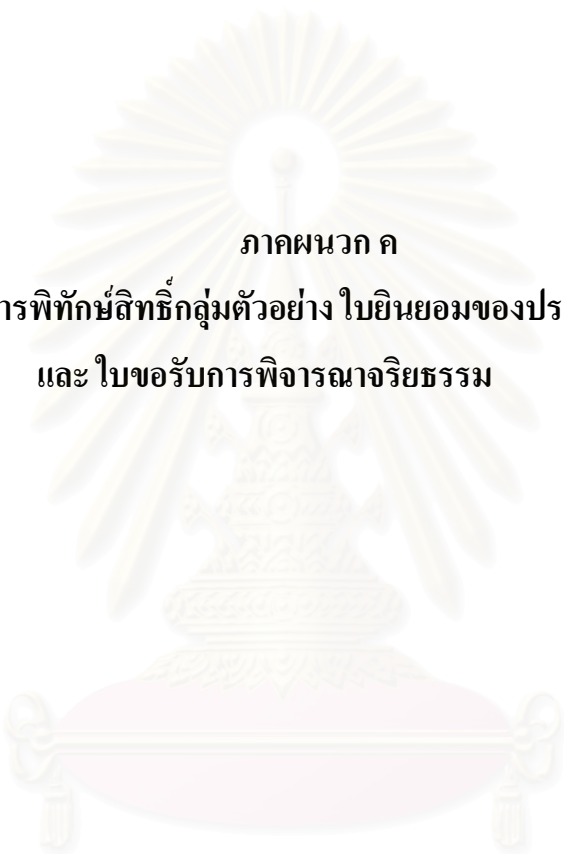
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ยุทิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	แพทย์หญิงจิรสุดา เพื่อทรง
งานบริการการศึกษา	โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. (02)2189817
ชื่อนิสิต	นางสาวรัตติยา ศรีอินทร์ (077)272996 หรือ 081-3963320



ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ใบยินยอมของประชากร
และ ใบขอรับการพิจารณาจริยธรรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัยชื่อ คุณรัตติยา ศรีอินทร์ พักอยู่บ้านเลขที่ 33 ต.บางกุ้ง อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ถึงวัตถุประสงค์ของการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ลักษณะแนวทางในการศึกษาวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกขณะ โดยจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าหรือผู้อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้าจะได้รับ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้งบเงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

.....

สถานที่/วันที่

.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/วันที่

.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่/วันที่

.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient participant information Sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย	ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวรัตติยา ศรีอินทร์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	งานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถนนศรีวิชัย อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน	077-272231 ต่อ 2411 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-3963320

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้ เป็นการศึกษาถึงผลของการผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการร่วมกับการกดจุด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการให้ความรู้ในรูปแบบข้อมูลร่วมกับการกดจุด ผู้วิจัยคาดว่าคงไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลในการวิจัยที่ระบุถึงผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะถูกถอดเป็นรหัส ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม จะไม่มีชื่อ และที่อยู่ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ยกเว้นได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยจึงจะเปิดเผยต่อสาธารณชนได้

3. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในการวิจัยนี้

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 20-59 ปี น้ำหนัก 45-80 กิโลกรัม ความสูง 145-180 เซนติเมตร ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี การเลือกกลุ่มตัวอย่างจะเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด

การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแล้ว ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 ราย และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุด โดยผู้ใช้นิ้วหัวแม่มือของผู้วิจัย กดจุดที่ข้อมือผู้ป่วยทั้ง 2 ข้างพร้อม ๆ กัน โดยตำแหน่งที่กด จะอยู่เหนือข้อมือไปประมาณ 3 นิ้วมือ กดให้แรงและลงน้ำหนักสม่ำเสมอ ให้ลึกประมาณ 0.5 นิ้ว ครั้งเดียวนาน 15 นาที ภายหลังผู้ป่วยเสร็จสิ้นจากการผ่าตัด จำนวน 20 ราย

ผู้วิจัยใช้วิธีจับคู่ ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด

4. ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องได้รับโทษ หรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งพึงได้รับ

5. ไม่มีค่าตอบแทน ให้แก่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6. เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น หรือเหตุผลที่ต้องยกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยของประชากร ตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับการให้ข้อมูลตามที่กำหนดไว้ ไม่ว่าจะสาเหตุใดก็ตาม

7. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะต้องปฏิบัติ คือการตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด

8. ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัยมี 40 คน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

ที่ วันที่ 27 มีนาคม 2550

เรื่อง การดำเนินการแก้ไขตามมติคณะกรรมการ ฯ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบรายละเอียดแก้ไขตามมติคณะกรรมการ

2. สำเนาหนังสือที่คณะกรรมการ ฯ ส่งกลับมาที่คณะ ฯ

3. โครงร่างฉบับสมบูรณ์ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วจำนวน 3 ฉบับ

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวรัตติยา ศรีอินทร์ ตำแหน่ง นิสิตรดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงร่างวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการ
ร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องได้
ดำเนินการแก้ไขตามมติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง ในการวิจัย กลุ่ม
วิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้พิจารณาในคราวประชุมครั้งที่ 6/2550 เมื่อวันที่
21 มีนาคม 2550 และประสงค์จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

.....
(นางสาวรัตติยา ศรีอินทร์)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่.....

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

วันที่



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามที่ขอความกรุณาให้ท่านตอบนี้มีทั้งหมด 2 ส่วน คือ
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการคลื่นไส้และอาเจียน มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ
2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนตอบคำถามแต่ละส่วน
3. คำตอบของทุกข้อคำถาม จะมีผลต่อความเชื่อถือได้ของข้อมูล และการวิเคราะห์ ผลการวิจัย ซึ่งจะนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน หลังผ่าตัด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อไป
4. ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะถือเป็นความลับ และใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น คำตอบของท่านจะไม่ นำไปเปิดเผยที่ใดเป็นรายบุคคล นอกจากจะแสดงข้อมูลในลักษณะส่วนรวมเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของท่านทั้งสิ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (X) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. อายุ..... ปี

2. น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

3. ระดับการศึกษา

(1) ประถมศึกษา

(2) มัธยมศึกษา

(3) ปริญญาตรี

(4) สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพสมรส

(1) โสด

(2) คู่

(3) หม้าย

(4) หย่า

5. ศาสนา

(1) พุทธ

(2) คริสต์

(3) อิสลาม

(4) อื่นๆ.....

6. อาชีพ

(1) ค้าขาย

(2) รับราชการ

(3) เกษตรกร

(4) รับจ้าง

(5) อื่นๆ.....

7. รายได้

(1) 0 – 10,000

(2) 10,001-15,000

(3) 15,001 – 20,000

(4) 20,001 ขึ้นไป

8. สิทธิการรักษา

(1) เบิกต้นสังกัด

(2) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(3) ประกันสังคม

(4) ชำระเงินเอง

(5) อื่นๆ.....

9. โรคประจำตัว

.....

10. การวินิจฉัยโรคและการผ่าตัด

.....

แบบวัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้ววงกลมล้อมรอบในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านหลังจากฟื้นจากยาสลบ รู้สึกตัวดี ใน 6 ชั่วโมง ท่านมีประสบการณ์หรือความรู้สึกดังต่อไปนี้

1. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้เล็กน้อยเพียงใด

- ก. ไม่รู้สึกเลย
- ข. เล็กน้อย
- ค. พอควร
- ง. มาก
- จ. มากที่สุด

2. ท่านคลื่นไส้กี่ครั้ง

- ก. ไม่มีคลื่นไส้
- ข. 1-2 ครั้ง
- ค. 3-4 ครั้ง
- ง. 5-6 ครั้ง
- จ. 7 ครั้งหรือมากกว่านี้

3. ท่านอาเจียนกี่ครั้ง

- ก. ไม่มีอาเจียน
- ข. 1-2 ครั้ง
- ค. 3-4 ครั้ง
- ง. 5-6 ครั้ง
- จ. 7 ครั้ง หรือมากกว่านี้

4. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการอาเจียนเล็กน้อยเพียงใด

- ก. ไม่รู้สึกเลย
- ข. เล็กน้อย
- ค. พอควร
- ง. มาก
- จ. มากที่สุด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. ปริมาณของอาเจียนที่ออกมาทั้งหมด
- ก. ไม่มี
 - ข. เล็กน้อย (เล็กน้อย-1/2 แก้ว)
 - ค. พอควร (1/2-2 แก้ว)
 - ง. มาก (2-3 แก้ว)
 - จ. มากที่สุด (3 แก้วหรือมากกว่านี้)
6. ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการช้อนมากน้อยเพียงใด
- ก. ไม่รู้สึกเลย
 - ข. เล็กน้อย
 - ค. พอควร
 - ง. มาก
 - จ. มากที่สุด
7. ท่านมีอาการช้อนโดยไม่อาเจียนกี่ครั้ง
- ก. ไม่มีเลย
 - ข. 1-2 ครั้ง
 - ค. 3-4 ครั้ง
 - ง. 5-6 ครั้ง
 - จ. 7 ครั้ง หรือมากกว่านี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน เรื่อง การให้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน

กลุ่มเป้าหมาย.....	ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง
จำนวนผู้ป่วย.....	รายบุคคล
สถานที่.....	หอผู้ป่วย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
ระยะเวลา.....	25-30 นาที
ผู้สอน.....	นางสาวรัตติยา ศรีอินทร์
วัตถุประสงค์.....	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน จากภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนให้ถูกต้องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และในระยะพักฟื้น 3. เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนได้เหมาะสม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา	การประเมินผล
เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยญาติ และพยาบาล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย	<p><u>สร้างสัมพันธภาพ</u></p> <p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อนางสาวรัตติยา ศรีอินทร์ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน อาการของผู้ป่วย แผนการรักษา พอสังเขป มีโอกาสเล่าเรื่องที่ทำให้ท่านเกิดความรู้สึที่ไม่สบายใจ รวมทั้งซักถามข้อสงสัยและร่วมกันในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งดิฉันมีความยินดีที่จะตอบคำถาม ข้อสงสัย และให้คำแนะนำแก่ท่าน</p>	<p>-ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส พร้อมทั้งแนะนำตนเอง บอกชื่อ-นามสกุล สถาบันการศึกษา และขอความร่วมมือในการทำวิจัย</p> <p>-ชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย พอสังเขป พร้อมประเมินความพร้อมผู้ป่วยและญาติในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการสังเกตสีหน้า ท่าทางการพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัย</p>	-	ใช้เวลาประมาณ 3 นาที	ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัย
เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน	<p><u>การให้ข้อมูลทางสุขภาพ</u></p> <p><u>อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด</u></p> <p>อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ภายหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย ทำให้เกิดความรู้สึกระสับกระส่าย ไม่สบาย และถ้ามีอาการรุนแรงก็จะเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะพร่องน้ำและเสียดุลของเกลือแร่ตามมาได้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน</p>	<p>ในการเข้าร่วมการวิจัย โดย การสังเกตสีหน้า ท่าทางการพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัย</p>	ภาพพลิก	ใช้เวลาประมาณ 2 นาที	ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออกของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>หลังผ่าตัดเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดสูง พบในการผ่าตัดทั่วไปเฉลี่ย 25-40% และ 70-80% ของผู้ป่วยที่มาผ่าตัดในช่องท้องและมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ในต่างประเทศมีรายงานการศึกษาพบว่าอัตราการคลื่นไส้อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัดทั่วไป20-30% และผู้ป่วยหญิงที่มาผ่าตัดทางสูติรีเวช 67-80%</p> <p>การอาเจียนของสารหรืออาหารสูในช่องปากและคอ ขณะที่กลไกการป้องกันการหายใจเสียหรือหย่อนสมรรถภาพ ทำให้เกิดการสำลักของก้อนอาหารที่ยังไม่ย่อย อาจทำให้มีการอุดตันของทางเดินหายใจหรือหลอดลม ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะการขาดออกซิเจน ปอดแฟบและถ้ารุนแรงมากอาจถึงแก่ความตายได้อย่างรวดเร็ว การอาเจียนหรือสำลักทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยเกิดอาการเขียวจากการขาดออกซิเจน เนื่องจากการหดเกร็งตัวของหลอดลม การที่มีของเหลวออกนอกหลอดเลือด มาสะสมอยู่ในบริเวณรอบหลอดลมและภายในปอดจากการอักเสบโดยสารเคมีและภาวะถุงลมปอดแฟบได้ ทั้งนี้ภาวะความเป็นกรดของอาหารที่สำคัญเข้าไปเป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหานี้รุนแรง</p>				<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการ แสดงออกของผู้ป่วยที่ต้อง เข้ารับการผ่าตัด เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุย ได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน</p>	<p>กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน</p> <p>อาการคลื่นไส้และอาเจียนอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง กระบวนการของการอาเจียนแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้</p> <p><u>1.อาการคลื่นไส้</u> เป็นการรับรู้ความไม่สุขสบายในทางเดินอาหารบริเวณลิ้นปี่และบริเวณหลังลำคอ ร่วมกับความรู้สึกอยากอาเจียนเพื่อให้รู้สึกสบายขึ้น อาจเกิดขึ้นร่วมกับอาการเหงื่อออก ผิวหนังซีดและเย็น น้ำลายออก หัวใจเต้นเร็ว ท้องอืด และท้องเสีย อาการคลื่นไส้มักเกิดขึ้นก่อนการอาเจียน แต่บางครั้งการอาเจียนอาจเกิดขึ้นโดยไม่มีอาการคลื่นไส้ นำ และภายหลังการอาเจียนหรือไม่มีอาการอาเจียนก็อาจมีอาการคลื่นไส้ได้</p> <p><u>2.อาการขย้อน</u> เป็นการเคลื่อนไหวของการหายใจแบบหดเกร็งอย่างเป็นจังหวะ เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง อาการขย้อนจะทำให้ความดันในช่องอกลดลง ทำให้เกิดแรงดันสิ่งที่อยู่ในลำไส้ขึ้นมาทางช่องอก อาการขย้อนอาจเกิดขึ้นโดยไม่มีอาการอาเจียน</p>	<p>ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับกลไกการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน</p>	<p>ภาพพลิก</p>	<p>ใช้เวลาประมาณ 5 นาที</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงผลของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุย ได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน</p>	<p>3.อาการอาเจียน เป็นการตอบสนองของร่างกายในการขับสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้นออกทางปาก อาการอาเจียนเกิดขึ้นจากการหดตัวอย่างแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อกระบังลม อาการคลื่นไส้ ขย้อน และอาเจียนเป็นอาการที่แยกออกจากกัน ผู้ป่วยอาจเกิดอาการใดอาการหนึ่งหรือหลายอาการหรือทั้ง 3 อาการก็ได้</p> <p>ผลของอาการคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>อาการคลื่นไส้ อาเจียนทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมโดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง เรื้อรังอยู่นาน จะเกิดผลเสียต่อร่างกายที่สำคัญ คือ</p> <p>1 การสูญเสียสารน้ำและเกลือแร่</p> <p>การอาเจียนทำให้มีการสูญเสียน้ำและโซเดียม จากสิ่งที่อาเจียน ทำให้ปริมาตรเลือดไหลเวียนลดลง ความเข้มข้นของเลือดมากขึ้น มีปัสสาวะออกน้อย จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง ปัสสาวะมากจากการทำงานของไตผิดปกติ ถ้าโปแตสเซียมต่ำมากอาจทำให้เกิดการเต้นผิดปกติของหัวใจได้</p>	<p>ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับกลไกการเกิดคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน</p>	<p>ภาพพลิก</p>	<p>ใช้เวลาประมาณ 2 นาที</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการ แสดงออกของผู้ป่วยที่ต้อง เข้ารับการผ่าตัด เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุย ได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลของอาการคลื่นไส้ อาเจียน</p>	<p>1. ผลต่อร่างกาย อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ เสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เพื่ออาหาร น้ำหนักลด เกิดภาวะทุพโภชนาการ อ่อนเพลีย นอกจากนี้ อาการคลื่นไส้ อาเจียนยังรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันเช่น อาบน้ำ แต่งตัว และเมื่อใดที่ความสามารถของผู้ป่วยลดลงจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น</p> <p>2. ผลต่อจิตใจ อาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจ อาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความกลัว และความกลัวที่เกิดจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนส่งผลให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร เกิดความไม่สุขสบาย ผลต่อความรู้สึกลึกในการทำกิจกรรมต่างๆ</p> <p>3. ผลต่อสังคม ส่งผลถึงบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพเมื่อใดอาการที่เกิดไม่สามารถควบคุมได้ส่งผลถึงการทำงาน ไม่สามารถทำงานได้ เปลี่ยนแปลงบทบาทความสัมพันธ์ทางเพศ การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีการพบปะกับบุคคลอื่นลดลง และเป็นภาระให้กับครอบครัว</p> <p>4. ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลของอาการความไม่สุขสบาย อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ไม่สามารถควบคุมได้เป็นผลให้ผู้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลของอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขยัน</p>	<p>ภาพพลิก</p>	<p>ใช้เวลาประมาณ 3 นาที</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการ แสดงออกของผู้ป่วยที่ต้อง เข้ารับการผ่าตัด เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุย ได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยการให้ยา</p>	<p>การควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>การควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 การควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการให้ยา 2 การควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการไม่ใช้ยา <p>การควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการให้ยา ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนนั้น การให้ยาส่วนใหญ่จะมีอาการข้างเคียงหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งส่งผลเสียให้แก่ผู้ป่วยไปยังระบบต่างๆของร่างกาย อีกทั้งยาแต่ละตัวมีราคาแพง และระยะเวลาในการออกฤทธิ์ไม่แน่นอน</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยการให้ยา</p>	<p>ภาพพลิก</p>	<p>ใช้เวลาประมาณ 2 นาที</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงผลออกของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัย</p>
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย่อน โดยการไม่ใช้ยา</p>	<p>การควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการไม่ใช้ยา</p> <p>การควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการไม่ใช้ยาส่วนใหญ่เป็นการใช้การบำบัดทางจิตและพฤติกรรมบำบัด และวิธีการอื่นๆการใช้การบำบัดทางจิตและพฤติกรรมบำบัด เช่น การผ่อนคลาย การป้อนกลับทางชีวภาพ การสะกดจิตตนเอง การเบี่ยงเบนความสนใจ การสร้างจินตนาการและการลดความไวต่อความรู้สึกอย่างเป็นระบบ เทคนิคใช้การนวดด้วยมือแทนการฝังเข็มดนตรีบำบัด พบว่าพฤติกรรมบำบัดดังกล่าว สามารถช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ ในขณะที่ยาต้านอาการอาเจียนไม่สามารถควบคุมอาการหรือควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้น้อย</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย่อนโดยการไม่ใช้ยา</p>	<p>ภาพพลิก</p>	<p>ใช้เวลาประมาณ 8 นาที</p>	<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงผลออกของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุยโต้ตอบกับผู้วิจัย</p>

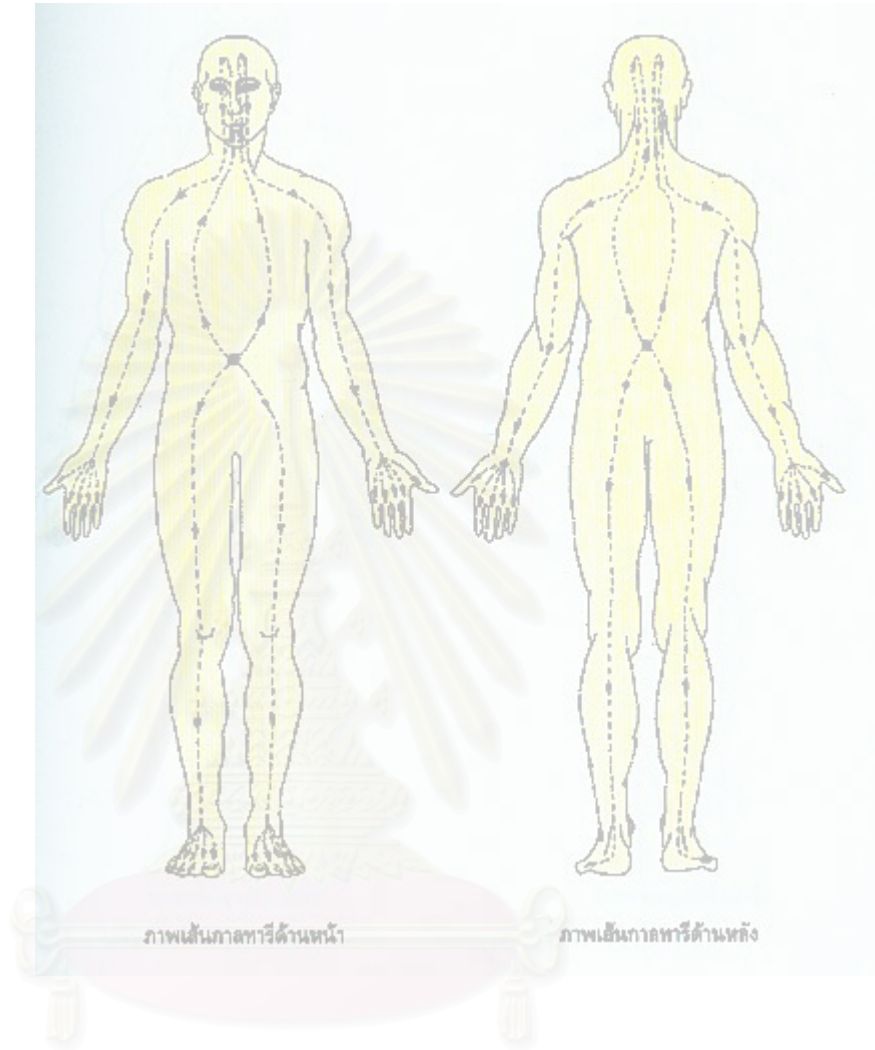
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>วิธีการอื่นๆ เช่น การให้ผู้ป่วยควบคุมการได้รับยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียนด้วยตนเองการออกกำลังกาย การให้น้ำตลอดเวลาที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นต้น อาจใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ซึ่งพอจะสรุปรายละเอียดของแต่ละวิธีการได้ดังนี้</p> <p><u>การสะกดจิตตนเอง</u> เป็นวิธีการแรกที่ใช้ควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากการคาดคะเนล่วงหน้า เทคนิคการสะกดจิตตนเองนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย วิธีการปฏิบัติ ต้องมีความตั้งมั่นจึงจะได้ผลดี มีข้อจำกัดในการปฏิบัติในเด็กและวัยรุ่นง่ายในการเรียน/ปฏิบัติ ลดความรุนแรงและระยะเวลา ของการเกิดอาการคลื่นไส้ ลดความถี่ ความรุนแรง จำนวนครั้ง และระยะเวลาของการเกิดอาการอาเจียน</p> <p><u>เทคนิคการผ่อนคลาย</u> ช่วยให้อวัยวะต่างๆผ่อนคลาย ใช้เวลาในการปฏิบัติประมาณ 30 นาที มักใช้ร่วมกับการสร้างจินตนาการ ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ง่ายในการเรียน/ปฏิบัติ ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้ในระหว่างและหลังรับเคมีบำบัด ลดระยะเวลาและความรุนแรงของการเกิดอาการอาเจียน และยังพบว่าไม่มีผลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนที่เกิดจากการคาดคะเนล่วงหน้า</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p><u>การป้อนกลับทางชีวภาพ</u> ควบคุมการตอบสนองของร่างกายโดยได้รับข้อมูลที่ทำให้เกิดการผ่อนคลาย มี 2 วิธี คือ electromyographic และ skin temperature การปฏิบัติอาจใช้วิธีเดียวหรือทำร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation) ก็ได้ ง่ายในการเรียน/ปฏิบัติ ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในระหว่างและหลังรับเคมีบำบัดมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ</p> <p><u>การสร้างจินตนาการ</u> เป็นการคิด/มุ่งจุดสนใจไปที่ใดหรือสถานที่ที่ทำให้ผ่อนคลาย มีประสิทธิภาพมากเมื่อใช้ร่วมกับวิธีการอื่นๆ เพิ่มการควบคุมตนเองที่มากขึ้น ช่วยลดระยะเวลาการเกิดอาการคลื่นไส้ ลดอาการอาเจียน ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกผ่อนคลาย และมีกำลัง</p> <p><u>การเบี่ยงเบนความสนใจ</u> เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์ที่กำลังคุกคามเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย อาจโดยใช้วิดีโอ เกมส์ เกมส์ปริศนา พบว่าไม่มีผลข้างเคียงช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการคาดคะเน ลดความเครียดภายหลังรับยาเคมีบำบัด</p> <p>Desensitization ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน เทคนิคการผ่อนคลายและการจินตนาการช่วยลดความไวต่อสิ่งกระตุ้น ค่าใช้จ่ายเล็กน้อย ง่ายในการเรียน/ปฏิบัติ ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการคาดคะเน</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>คนตรีบำบัด เป็นการใช้ดนตรีในการนั้มนั้ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ใช้ร่วมกับวิธีการอื่นๆ ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดอาการคลื่นไส้ ระหว่างและหลังรับเคมีบำบัดและลดอาการอาเจียน</p> <p>วิธีในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงในปี 1906 พบว่า มีการใช้วิธีการดื่มนม นั้มะนาว กาแฟเย็น การประคบ นั้แข็งบนบริเวณหน้าท้อง และให้นอนพักผ่อนบนเตียง และยังมีวิธี อื่นที่อันตรายน้อยกว่าการฉีดคาเฟอีนซึ่งชาวอเมริกันพื้นเมืองใช้ เช่น ใบเปบเปอร์มินต์ การรับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว และคั้มนั้ ถือ เป็นวิธีที่ดีการควบคุมอาการโดยไม่ใช้ยา สรุปได้ดังนี้</p> <p>อาหารที่ควรรับประทาน คือ รับประทานอาหารที่ชอบ ทานทีละ น้อยแต่บ่อยครั้ง ทานอาหารอ่อนก่อนการรับการรักษา ทานยาลดกรด ก่อนการรับประทานอาหาร สิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยง คือ อาหารที่มีกลิ่น อาหารมันหรืออาหารปรุงรส ควรทำให้อาหารเย็นก่อน ทานอาหาร ชั้ๆ ในส่วนของการพักผ่อนหย่อนใจ คือ การสนทนาพูดคุย เปลี่ยนแปลงสถานที่ การออกกำลังกาย เล่นเกมส์ จินตนาการ ฟังเพลง ดูทีวีหรือวีดีโอที่ชอบ พักผ่อน อ่านหนังสือ นอกจากนี้ยังมีวิธีการ ดูแลตนเองอื่นๆ เช่น รักษาความสะอาดของช่องปากและฟันบ่อยๆ และตามต้องการ พักผ่อนในท่าที่สบายและเงียบสงบ</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	ระยะเวลา	การประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน โดยการไม่ใช้ยา</p>	<p>ในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยมีการดูแลให้ตนเองได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอโดยเน้นเรื่องการรับประทานอาหาร พยายามรับประทานอาหารให้ได้มากที่สุดสรุปวิธีการต่างๆ ได้ดังนี้ รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย อาหารที่มีรสเปรี้ยว อาหารที่มีรสหวานอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ผลไม้ต่างๆ อาหารเสริม อาหารร้อนๆ การดื่มน้ำสมุนไพร ลูกอม หลีกเลียงอาหารมันๆ ส่วนวิธีการอื่นๆที่ใช้ เช่น การออกกำลังกาย ดมยาหอม รับประทานยาต้านการอาเจียน หากิจกรรมอื่นๆทำ หลีกเลียงการนึกถึงยาผิด ไม่พะวงกับอาการการให้กำลังใจโดยญาติ ซึ่งวิธีการเหล่านี้มีทั้งวิธีที่ผู้ป่วยคิด /ริเริ่มทำด้วยตนเอง วิธีที่ได้รับจากญาติและทีมสุขภาพ</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนโดยการไม่ใช้ยา</p>	<p>ภาพพลิก</p>		<p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการ แสดงออกของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด เช่น สีหน้า ท่าทาง การพูดคุย ได้ตอบกับผู้วิจัย</p>

คู่มือการกดจุด ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน



อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้จัดทำ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
นางสาว รัตติยา ศรีอินทร์

นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์(การพยาบาล ผู้ใหญ่)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

การกดจุด หมายถึง การใช้นิ้วมือกด ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า Finger pressures คือ การกดสัมผัสด้วยนิ้วมือ ไม่ใช่การนวดซึ่งหมายถึงการใช้นิ้วมือทั้ง 5 รวมทั้งอุ้งมือฝ่ามือ ถูคลึงตามร่างกายและโดยทั่วไปการนวดมักต้องทายาหรือทาครีมนวดตัว ไม่เช่นนั้นก็จะอาจมีการเจ็บปวดจากการเสียดสีแต่การใช้นิ้วกดสัมผัสนั้นไม่ต้องทายาใดๆ

การกดจุดเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะ ในการดูแลรักษาตัวเองตามวิถีธรรมชาติบำบัดเพียงใช้ปลายนิ้วและกดอย่างถูกต้อง ตามจุดต่างๆ สามารถรักษาเยียวยาอาการเจ็บป่วยไม่สบายและโรคต่างๆ ได้ การกดจุดนั้นเป็นศาสตร์ที่พัฒนามาจากเวชกรรมการฝังเข็มเรื่องของการ “กดจุด” นี้เป็นศาสตร์ที่การแพทย์แผนโบราณของจีนได้คิดค้นขึ้นและก็ได้ให้ผลดีแท้จริงต่อร่างกายมนุษย์ จนแม้แต่การแพทย์แผนปัจจุบันทั่วโลกต่างก็ยอมรับ การกดจุดเป็นการกระตุ้นหรือฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายด้วยวิธีทางอย่างธรรมชาติ และสรรพคุณของการกดจุดสามารถระงับโรคต่างๆ ได้ดี จนร่างกายแข็งแรงและสุขภาพทางจิตใจก็แจ่มใสขึ้นไปด้วย การกดและกระตุ้นอย่างถูกต้อง ยังสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของระบบต่างๆ ภายในร่างกายให้บรรเทาเหล่าอวัยวะทุกส่วนทำงานกันได้อย่างสมบูรณ์ ไม่สะดุดติดขัดหรือเสื่อมสภาพไป ช่วยเสริมความต้านทานโรคและสร้างความสมบูรณ์แข็งแรงให้แก่เซลล์ต่างๆ ในร่างกาย เราอีกด้วย การกดจุดนั้นไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องอาศัยผู้มีความรู้ทางการแพทย์มาช่วยบำบัดรักษา สามารถทำได้เองหรือให้คนในบ้านทำให้โดยไม่ต้องศึกษาวิธีการใช้นิ้วมือและจุดตำแหน่งที่ถูกต้องเท่านั้นเอง

รัตติยา ศรีอินทร์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การกดจุด จุดเป็นตำแหน่งต่างๆ บนผิวหนังในร่างกาย ซึ่งแทนตำแหน่งการกระตุ้นของอวัยวะภายในที่สำคัญต่างๆ ภายในร่างกาย แนวของจุดบนร่างกายจะมีการเรียงตัวเป็นแนวเส้นตรง สำหรับจุดที่ใช้ในการรักษาเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนคือจุด PC6 (Pericardian channel 6) เรียกว่า Neiguan ซึ่งเป็นตำแหน่งที่อยู่เหนือข้อมือไป 2 ชู่น (Cun) หรือเหนือข้อมือขึ้นไปประมาณ 2 นิ้ว (ชูน คือ จุดต่างๆ จำนวนทั้งสิ้น 8 จุด ซึ่งอยู่บนท่อนแขน โดยจุดที่ 1 คือ ปลายนิ้วกลาง จุดที่ 2 คือ บริเวณกลางฝ่ามือ จุดที่ 3 คือ บริเวณข้อมือ จุดที่ 4 คือ เหนือข้อมือขึ้นไปประมาณ 1 นิ้ว จุดที่ 5 คือ เหนือข้อมือขึ้นไปประมาณ 2 นิ้ว จุดที่ 6 คือ บริเวณกลางท่อนแขน จุดที่ 7 คือ บริเวณข้อพับ และจุดที่ 8 คือ บริเวณ ท้องแขนใกล้กับรักแร้) เชื่อกันว่าตำแหน่ง PC6 นี้เป็นจุดกระตุ้นการทำงานของซี่ที่เกี่ยวข้อกับระบบทางเดินอาหารและย่อยอาหาร จากการศึกษาพบว่าเมื่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารและย่อยอาหารถูกรบกวน จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

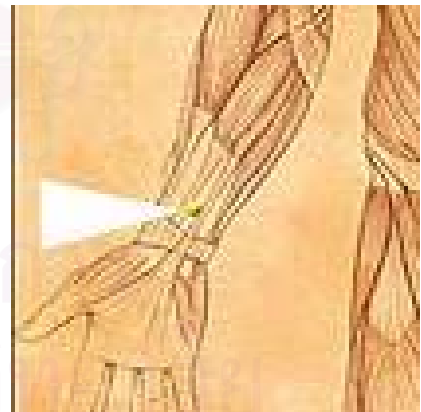
ตำแหน่งในการวัดจุดที่ใช้การลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขยอน เรียกว่า “cun”

1 cun คือ ความกว้างของนิ้วหัวแม่มือที่ข้อมือ

2 cun คือ ความกว้าง 3 fingers breadth จากข้อมือ

3 cun คือ ความกว้าง 4 fingers breadth จากข้อมือ

ตำแหน่งของ PC6 คือ ตำแหน่ง 2 cun



การกดจุดเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน

ตามหลักการของแพทย์จีน ในขณะที่กดจุดผู้ป่วยรู้สึกเมื่อย ชา หน่วง ปวดตื้อๆ หรือปวดถ่วงตามแนวทางช่องทางเดินของจุดนั้นๆ วิ่งไปตามช่องทางเดินของจุด ตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวว่า การกดคลึงและนวดด้วยแรงจะเป็นการกระตุ้นอวัยวะที่รับความรู้สึกที่ตั้งอยู่ได้ผิวหนัง ทำให้ไปยับยั้งศูนย์ควบคุมการ เมื่อศูนย์ควบคุมการอาเจียนถูกยับยั้ง จะส่งกระแสประสาทมอเตอร์ไปตามเส้นประสาทสมองเพื่อไปยังทางเดินอาหาร และส่งผ่านเส้นประสาทไขสันหลังไปยังกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ไม่มีการหดตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก จึงไม่มีการหดตัวของกระบังลม และกล้ามเนื้อหน้าท้อง ยังผลให้ไม่มีการขับสิ่งที่บรรจุอยู่ในกระเพาะอาหารออกมาทางปาก จึงไม่ทำให้เกิดการอาเจียน



สถาบันบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

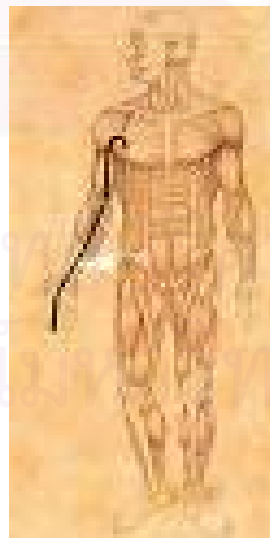
วัตถุประสงค์

ผู้จัดทำได้เรียบเรียงและจัดทำคู่มือการกดจุดเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ประกอบด้วยเนื้อหา และรูปภาพประกอบเกี่ยวกับขั้นตอนต่าง ๆ ในการกดจุด เพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับผู้วิจัยในการปฏิบัติกรกดจุด เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง เพื่อให้สามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนและขย้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการกดจุดจะช่วยเรื่องต่างๆดังนี้

1. กระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง เป็นการส่งเสริมให้ร่างกายได้รับออกซิเจนดีขึ้น
2. กระตุ้นการทำงานของเส้นพลังที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารและย่อยอาหาร เมื่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารและย่อยอาหารถูกรบกวน จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

3. เมื่อศูนย์ควบคุมการอาเจียนถูกยับยั้ง จะส่งกระแสประสาทไปตามเส้นประสาทสมอง เพื่อไปยังทางเดินอาหารและส่งผ่านเส้นประสาทไขสันหลังไปยังกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ไม่มีการหดตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก จึงไม่มีการหดตัวของกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ไม่มีการขับสิ่งที่บรรจุอยู่ในกระเพาะอาหารออกมาทางปาก จึงไม่ทำให้เกิดการอาเจียน

4. ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจที่มีผู้ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด



การกดจุดเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน

การกดจุดเป็นวิธีหนึ่งที่มีการศึกษาในการป้องกัน อาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด การกดจุด เป็นการกระตุ้นการทำงานของจุดซึ่งเกี่ยวข้องกับอวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพซึ่งทำให้เกิด ความผิดปกติในการทำหน้าที่ เพื่อเป็นการกระตุ้นการทำงาน โดยมีการกดจุดบริเวณตำแหน่ง P6 ซึ่ง จะกดจุดหลังจากผู้ป่วยผ่าตัดเสร็จจากการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว โดยกดจุดที่ข้อมือด้านท้องแขนทั้ง 2 ข้าง ซึ่งสามารถระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนได้ โดยกดจุดนาน 15 นาที

ขั้นตอนก่อนการกดจุด

1 การเตรียมตัวของผู้กดจุด

- 1.1 ต้องมีความรู้ ทักษะและความชำนาญ ในการประเมิน ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด รวมทั้งเข้าใจกระบวนการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนและขย้อนหลัง ผ่าตัด
- 1.2 ต้องมีความรู้เกี่ยวกับตำแหน่งและโครงสร้างของร่างกาย
- 1.3 ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ทักษะในการนวดกดจุด
- 1.4 ต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีไข้ ออกกำลังกายเป็นประจำและไม่มีกำลังและ แข็งแรง
- 1.5 สำหรับหลักของการกดจุด คือต้องกดให้ลึกและแรงพอ ตรงตำแหน่งที่กำหนด ในระยะเวลาที่กำหนดไว้ คือ 15 นาที มือและเล็บของผู้วิจัยต้องสะอาด เล็บต้อง สั้น ไม่ใส่แหวนหรือกำไล ไม่ควรทาเล็บ และระวังไม่ให้มือหรือเล็บเป็นแผล
- 1.6 เสื้อผ้าสะอาด เรียบร้อย มีความคล่องตัว
- 1.7 ก่อนลงมือกดจุดผู้วิจัย ควบคุมอารมณ์ให้คงที่

2.การเตรียมสถานที่

ใช้ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยหลังจากที่ผู้ป่วยเสร็จผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี หายใจดี ทำตามคำสั่งได้ ถามตอบรู้เรื่อง สามารถยกศีรษะ แขน ขา กำมือได้เน้น สัญญาณชีพปกติ ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดเท่ากับ 99-100% วิสัญญี พยาบาลถอดท่อช่วยหายใจแล้ว ผู้วิจัยทำการกดจุดบนเตียงพักฟื้น ในห้องผ่าตัด

3.การเตรียมตัวผู้ถูกกดจุด

อธิบายวัตถุประสงค์ของการกดจุดให้ผู้ป่วยทราบสั้นๆอีกครั้งบนเตียงพักฟื้น ในห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยอบอุ่นใจ ว่ามีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด หลังจากกดจุดแล้ว ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ และได้รับการพยาบาลตามปกติ



ขั้นตอนการเตรียมการกดจุด

- 1.พบผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย และขอความร่วมมือในการวิจัยจากผู้ป่วย อธิบายถึงการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและเหตุผลของการกดจุด เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขย้อนหลังผ่าตัด บอกให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอนว่า เมื่อผู้ป่วยเสร็จผ่าตัดแล้ว จะทำการกดจุดที่บริเวณข้อมือทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีรอยจ้ำแดงเกิดขึ้นได้ภายหลังการกดจุด แต่สามารถหายได้เอง และไม่มีอันตรายใดๆ
2. เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ย้ายผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัด ผู้วิจัยซึ่งเป็นวิสัญญีพยาบาล อธิบายถึงการให้ยาระงับความรู้สึก และการปฏิบัติตัวก่อน หลังได้รับยาระงับความรู้สึก ให้ผู้ป่วยทราบและเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก
- 3.หลังจากผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้วิจัยประเมินว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะทำการผ่าตัด จึงให้ศัลยแพทย์เริ่มลงมือผ่าตัด จนเสร็จสิ้นการผ่าตัด
- 4.เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ผู้วิจัยประเมินระดับความรู้สึกตัว เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจดี ทำตามคำสั่งได้ ถามตอบรู้เรื่อง สามารถยกศีรษะ แขน ขา กำมือได้แน่น สัญญาณชีพปกติ ความ

เข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดเท่ากับ 99-100% ผู้วิจัยถอดท่อช่วยหายใจ และให้ออกซิเจน นานประมาณ 10 นาที

5.เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเตียงผ่าตัดอย่างนุ่มนวล

6.เมื่อผู้ป่วยอยู่บนเตียงพักฟื้นในห้องผ่าตัด ผู้วิจัยวัดการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพผู้ป่วย ทุก 5 นาที เพื่อสังเกต อาการเปลี่ยนแปลง

7.เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวเต็มที่ หายใจแรงดี สม่าเสมอ ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด เท่ากับ 99-100% ผู้วิจัยบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำการกดจุด ให้แก่ผู้ป่วยที่บริเวณข้อมือทั้ง 2 ข้าง ของผู้ป่วย โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติใดๆ เช่น ปวดมึนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ขย้อน ปวดแผลผ่าตัดมาก ให้บอกผู้วิจัยทันที

8. ผู้วิจัยยื่นด้านซ้ายของผู้ป่วย ใช้นิ้วหัวแม่มือของผู้วิจัย กดจุดที่ข้อมือผู้ป่วยทั้ง 2 ข้าง พร้อม ๆ กัน โดยตำแหน่งที่กด จะอยู่เหนือข้อมือไปประมาณ 3 นิ้วมือ กดให้แรงและลงน้ำหนัก สม่าเสมอ ให้ลึกประมาณ 0.5 นิ้ว นาน 15 นาที

9. ระหว่างที่กดจุด ผู้วิจัยสังเกต สัญญาณชีพ และอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการ ปวดแผลผ่าตัด อาการปวดมึนศีรษะ การเสียเลือด หรือการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ถ้ามี อาการผิดปกติ ผู้วิจัยหยุดการกดจุด และรีบแก้ปัญหาทันที

10.เมื่อกดจุด ครบตามเวลาแล้ว สังเกตอาการผิดปกติและสัญญาณชีพ

11.บอกให้ผู้ป่วยทราบว่า อาจมีรอยจ้ำแดงเกิดขึ้นได้ภายหลังการกดจุด แต่สามารถหายได้เอง และไม่มีอันตรายใดๆ

12.เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น เพื่อการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ



ข้อห้ามในการกดจุด

1. ไม่กดจุดในรายที่มีบาดแผล หรือมีแผลจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เพราะอาจเกิดการติดเชื้อ เจ็บปวด และทำให้แผลหายช้า ไม่นวดบริเวณที่เกิดสีดำ เพราะเนื้อตายจากเส้นเลือดอุดตัน หรือเลือดไปเลี้ยงน้อย เพราะการนวดอาจทำให้ก้อนเลือดในหลอดเลือดดำเคลื่อนไปอุดในปอด หรือสมองได้
2. ไม่กดจุดในรายที่เป็นโรคผิวหนัง หรือโรคติดต่อทุกชนิด และไม่นวดในผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่กระจาย หรือโรคปอดอักเสบในระยะที่มีไข้ เพราะจะทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายออกไปได้
3. ไม่กดจุดผู้ป่วยในรายที่มีไข้ หรือครั่นเนื้อครั่นตัว ($T > 37.8$ องศาเซลเซียส)
4. ไม่กดจุดในผู้ป่วยบริเวณที่มีภาวะกระดูกหัก ข้อเคลื่อน หรือมีภาวะเลือดออก
5. ในผู้ป่วยเบาหวาน ห้ามใช้การกดจุดที่รุนแรง เพราะอาจทำให้เกิดการช้ำ ซึ่งจะทำให้เกิดเป็นแผลซึ่งหายได้ยาก
6. ไม่กดจุดในผู้ป่วยโรคหัวใจ เพราะจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนของเลือด อาจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

นางสาวรัตติยา ศรีอินทร์ เกิดเมื่อวันที่ 2 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2515 ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ปีพ.ศ. 2536 และสำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีพ.ศ. 2542 เข้ารับการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีพ.ศ. 2547 ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล งานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตำบล มะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัด สุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย