# ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

วรรณวิมล กางทา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

# ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

วรรณวิมล กางทา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

# EFFECTS OF A SUPPORTIVE-EDUCATIVE PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS AND FLATULENCE AMONG MOTHERS WITH CESAREAN SECTION

WANWIMOL KHANGTHA

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF

THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE

IN MIDWIFERY

FACULTY OF NURSING

BURAPHA UNIVERSITY

2025

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ วรรณ วิมล กางทา ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)

..... กรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมารดี มาสิงบุญ)

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ. .....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร. วิทวัส แจ้งเอี่ยม)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ. .....

64910006 : สาขาวิชา การผดุงครรภ์, พย.ม.

คำสำคัญ : การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง/ ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด/ การเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว/โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้/

วรรณวิมล กางทา : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (EFFECTS OF A SUPPORTIVE-EDUCATIVE PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS AND FLATULENCE AMONG MOTHERS WITH CESAREAN SECTION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ , ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ ปี พ.ศ. 2568

ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย และทำให้มารดาเกิดความไม่สุขสบาย ซึ่งอาจส่งผลต่อสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลบุตรหลังคลอดลดลง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่เข้ารับบริการ ณ งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานการพยาบาลพิเศษยูงทอง 3 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) จำนวน 47 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 24 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และแบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไควสแควร์ การทดสอบของฟิสเชอร์ และสถิติทีแบบอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{45}$ = 3.57, p < .001; $t_{45}$ = 7.06, p < .001 ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{45}$ = -6.70, p < .001; $t_{45}$ = -6.36, p < .000 ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานที่ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องควรนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้นี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเพื่อป้องกันและลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดต่อไป

64910006 : MAJOR MIDWIFERY, M.N.S.

KEYWORDS : CESAREAN SECTION/ POST-CESAREAN FLATULENCE/ EALY AMBUALTION/ SUPPORTIVE-EDUCATIVE PROGRAM

WANWIMOL KHANGTHA : EFFECTS OF A SUPPORTIVE-EDUCATIVE PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS AND FLATULENCE AMONG MOTHERS WITH CESAREAN SECTION. ADVISORY COMMITTEE: Associate Professor Dr. SIRIWAN SANGIN , Professor Dr CHINTANA WACHARASIN 2025

Post-cesarean flatulence following cesarean section is a common complication that causes maternal discomfort and may negatively impact mothers' ability to care for themselves and their newborns during the postpartum period. This quasi-experimental study employed a two-group posttest only design to examine the effects of a supportive and educative program on self-care behaviors for preventing flatulence and on the occurrence of flatulence among mothers who underwent cesarean section. The sample consisted of 47 mothers who had cesarean section at Thammasat University Hospital, selected through purposive sampling and divided into an experimental group (n = 23) and a control group (n = 24). The experimental group received the supportive and educative program for preventing flatulence in addition to routine nursing care, while the control group received only routine nursing care. Data collection instruments included a personal and obstetric data recording form, a self-care behavior questionnaire for preventing flatulence, and a post-cesarean flatulence assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and independent t-test.

The results revealed that the experimental group had significantly higher mean scores for self-care behaviors for preventing flatulence at both 24 and 48 hours post-cesarean compared to the control group ($p < .001$) ($t_{45} = 3.57$, $p < .001$; $t_{45} = 7.06$, $p < .001$, respectively). Additionally, the experimental group had significantly lower mean flatulence scores at 24 and 48 hours post-cesarean compared to the control group at the .001 significance level ($t_{45} = -6.70$, $p < .001$; $t_{45} = -6.36$, $p < .000$, respectively). The findings suggest that healthcare units caring for mothers after cesarean section should implement this supportive and educative program as a guideline for postoperative maternal care to prevent and reduce post-cesarean flatulence.

# กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และศาสตรจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขในส่วนที่บกพร่องด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล ประธานกรรมการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมารดี มาสิงบุญ กรรมการสอบ ที่กรุณาวิพากษ์ให้ความรู้ และข้อเสนอแนะ ทำให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยยูงทอง3 รวมถึงบุคลากรในหน่วยงานทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเข้าเก็บข้อมูล และขอขอบคุณมารดาที่เข้ารับบริการการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผนล่วงหน้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว ครูอาจารย์และกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยสนับสนุนให้คำแนะนำและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

วรรณวิมล กางทา

# สารบัญ

หน้า


บทคัดย่อภาษาไทย ..... ค

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ง

กิตติกรรมประกาศ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญรูปภาพ ..... ญ

บทที่ 1 ..... 1

บทนำ ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ..... 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ..... 5

สมมติฐานการวิจัย ..... 5

ขอบเขตการวิจัย ..... 5

กรอบแนวคิดในการวิจัย ..... 6

นิยามศัพท์เฉพาะ ..... 8

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ..... 11

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ..... 12

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ..... 19

ภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ..... 22

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ..... 27

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด.....29
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดและภาวะท้องอืด.....34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....40
รูปแบบการวิจัย.....40
สถานที่ในการศึกษา.....40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....42
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....42
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง.....43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....43
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....50
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....51
การเก็บรวมรวมข้อมูล.....51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....55
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....58
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....58
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง....58
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....63
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....64
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....66
สรุปผลการวิจัย.....66

การอภิปรายผล..... 67
ข้อจำกัดของการศึกษา..... 71
ข้อเสนอแนะ..... 72
บรรณานุกรม..... 73
ภาคผนวก..... 80
ภาคผนวก ก..... 81
ภาคผนวก ข..... 83
ภาคผนวก ค..... 103
ภาคผนวก ง ..... 113
ประวัติย่อของผู้วิจัย..... 126

# สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... 59
ตารางที่ 2 ข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... 61
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 63
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... 65

# สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....8
ภาพที่ 2 แสดงแผนผังการดำเนินการ.....54

# บทที่ 1

# บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั่วโลกมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังเห็นได้จากการสำรวจอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั่วโลกในปี ค.ศ. 2021 พบว่าสูงถึงร้อยละ 21 และประเทศที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ ประเทศโดมินิกัน ไซปรัส และบราซิล คิดเป็นร้อยละ 58.1, 56.9 และ 55.9 ตามลำดับ (WHO, 2018) สำหรับในประเทศไทย พบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในสถานพยาบาลของรัฐในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์สูง ประมาณร้อยละ 30-50 (ราชวิทยาสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566) ส่วนสถิติของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 มีอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมสามัญ ร้อยละ 36.95 ของการคลอดทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคือ ไม่เกินร้อยละ 15 ของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั้งหมด (World Health Organization, 2015)

แม้ว่าการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจะเป็นวิธีการช่วยคลอดที่ช่วยเหลือชีวิตมารดาและทารกให้ปลอดภัยแต่ก็ควรทำในเฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น เนื่องจากการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ถือเป็นการผ่าตัดทางหน้าท้อง (abdominal surgery) อย่างหนึ่ง ทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บมีการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด และการถูกรบกวนของอวัยวะภายในช่องท้อง เช่น กระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัด ส่งผลให้ลำไส้หยุดการทำงานชั่วคราว ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางกายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง และภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง

ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง หมายถึง อาการแน่นอืดอัดท้อง ไม่สบายท้อง ที่เกิดจากการสะสมของน้ำหรือแก๊สในช่องท้อง ทำให้เกิดแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ดันกะบังลมให้สูงขึ้นปอดขยายไม่เต็มที่ส่งผลให้การหายใจลำบาก อาจมีอาการปวดท้องคลื่นไส้อาเจียน เกิดความทุกข์ทรมานและไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภายหลังผ่าตัดช่องท้อง พบสูงถึงร้อยละ 81.6 (ชลภัสสรณ์ วิวรรณพงษ์, 2565) โดยพบอาการท้องอืดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดทางหน้าท้อง ร้อยละ 98.7 วันที่ 2 หลังผ่าตัดร้อยละ 93.6 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด ร้อยละ 67.9 (วิริยา ศิลา, 2560) และจากการสำรวจภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัด

คลอดบุตรทางหน้าท้องในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมสามัญโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 พบว่า มีภาวะท้องอืด ร้อยละ 40.89 ของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั้งหมด

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ยาระงับความรู้สึก (analgesia) ปัจจัยด้านความเจ็บปวด (pain) และการเคลื่อนไหวร่างกายที่ล่าช้าหลังผ่าตัด โดยการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและเฉพาะที่ผ่านทางช่องไขสันหลัง มีผลต่อการบีบตัวของลำไส้ทั้งสิ้น โดยฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกนั้นส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้เกิดการคลายตัว ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวลดลง โดยเฉพาะลำไส้ใหญ่ที่เป็นส่วนที่มีความไวต่อยาระงับความรู้สึกมากกว่าส่วนอื่นๆ มีผลทำให้เกิดอาการท้องอืดและคลื่นไส้ในระยะ 24-72 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัด ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายมีผลต่อการทำงานของลำไส้มากกว่าการได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางช่องน้ำไขสันหลัง ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมสามัญโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2568โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ผ่านทางช่องไขสันหลัง (spinal block) มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ร้อยละ 40.45 และการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general anesthesia) มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ร้อยละ 46.67 รวมทั้งการใช้ยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดกลุ่ม opioids เช่น มอร์ฟีน (morphine) เพทธิดีน (pethidine) ก็ส่งผลต่อการทำงานของกระเพราะอาหารและลำไส้ด้วยเช่นกัน ทำให้มีการเคลื่อนไหวลดลง ในระยะ 12-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556)

นอกจากนี้ การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ยังทำให้เนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องและผนังกล้ามเนื้อมดลูกได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ร่วมกับการหดรัดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอด ทำให้เนื้อเยื่อปล่อยสารกระตุ้นความเจ็บปวด ก่อให้เกิดการอักเสบต่อเนื้อเยื่อรอบๆ แผลผ่าตัดและไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่ปลายประสาท ส่งสัญญาณอาการปวดไปยังสมอง ซึ่งเป็นแหล่งรับรู้และแปลข้อมูลอาการปวดทำให้ระดับความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวดนานขึ้น อาการปวดหลังผ่าตัดคลอดก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก (สุพรรษา จิตรสม และคณะ, 2565) ซึ่งความทุกข์ทรมานจากอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดนี้ จะรบกวนและขัดขวางความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆ หลังผ่าตัดคลอด ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง มารดาเลือกที่จะนอนนิ่งๆ อยู่กับเตียงไม่ เคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นท่านั่ง การลุกจากเตียง ล้วนเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้มีอาการปวดมากขึ้นจากการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อไม่ให้เกิดความปวดจากการเคลื่อนไหวร่างกาย (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ส่งผลให้กระเพาะอาหารและลำไส้ขาดการกระตุ้นให้เกิดการบีบตัว หยุดการเคลื่อนไหว ทำให้มีแก๊สค้างอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดตามมา

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด และยาบรรเทาปวดกลุ่ม opioids จะทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวลดลง รวมทั้งอาการปวดแผลหลังผ่าตัด ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ล่าช้า ส่งผลให้เกิดภาวะท้องอืดตามมา เมื่อมารดามีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มารดาจะมีอาการแน่นอึดอัดท้อง ไม่สบายท้อง ไม่เรอ ไม่ผายลม และประเมินไม่พบการเคลื่อนไหวของลำไส้ แม้ว่าภาวะท้องอืดไม่ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเสียชีวิต แต่ก็ทำให้มารดาได้รับความทุกข์ทรมาน และไม่สุขสบายอย่างมาก ทำให้มารดาหงุดหงิด มีอารมณ์ขุ่นมัว ส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรหลังคลอดลดลง และทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลบุตรลดลง และหากมีอาการรุนแรง จะมีอาการปวดท้อง ปวดเกร็งคล้ายมีการบีบรัดหรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น (นภาพร วงศ์วิวัฒนนุกิจ, 2562; รัชฎาภรณ์ จันทร์ธานี, 2563) ดังนั้นการหาแนวทางในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องให้ความสนใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาแนวทางในการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า วิธีที่นิยมใช้ คือ การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด (early ambulation) ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ (deep breathing) การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การนั่งห้อยขาข้างเตียง และการลุกเดินหลังผ่าตัด สามารถป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางช่องท้องได้ ดังที่ สุนิสา เกยสันเทียะ และคณะ (2565) การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการเคลื่อนไหวโดยเร็วหลังผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัดในวันที่ 2 และวันที่ 3 มากกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของ สิริอร ข้อยุ่น และคณะ (2562) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพยุงเดินหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย การสอน สาธิต แนะนำการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด การลุกจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัดมีภาวะท้องอืดในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดเป็นการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง เกิดการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้กลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น และยังส่งเสริมการทำหน้าที่ของปอดและระบบทางเดินปัสสาวะช่วยลด

ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต ป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดขาอุดตัน อีกทั้งเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และป้องกันการสูญเสียกำลังของกล้ามเนื้อ (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559) นอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดยังช่วยส่งเสริมการขับน้ำคาวปลา ส่งเสริมการหายของแผลจากการผ่าตัดคลอด กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดอีกด้วย (Susanti & Sari, 2022)

นอกจากการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแล้ว ยังพบว่าการเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดสามารถช่วยป้องกันและลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้ ดังที่ Ismail et al. (2021) ศึกษาพบว่า การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทำให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารกลับมาเร็วขึ้น มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ และการผายลมเร็วขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก การเคี้ยวหมากฝรั่งเหมือนกับการให้อาหารหลอก (sham feeding) จะกระตุ้น vagal cholinergic ของทางเดินอาหาร ทำให้มีการหลั่ง gastrin, pancreatic polypeptide และ neurotensin ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556) อีกทั้งการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว และการเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ยังเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวการทำหน้าที่ของลำไส้ภายหลังผ่าตัดช่องท้องและจัดการกับภาวะท้องอืด (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559; ศิริพรรณ ภมรพล, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับที่ Elgzar and Ghattas (2019) ศึกษาพบว่า การกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดร่วมกับการเคี้ยวหมากฝรั่งจะทำให้ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้และมีการผายลมเร็วกว่าและมีภาวะท้องอืดน้อยกว่าการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดเพียงอย่างเดียว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วและการเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง สามารถช่วยป้องกันและลดภาวะท้องอืดหลังได้ แต่การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดทางช่องท้อง (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559) และยังไม่พบการศึกษาในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นทั้งผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้องและเป็นมารดาหลังคลอดที่ต้องเลี้ยงดูบุตร ประกอบกับโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำงานอยู่ ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะท้องอืดสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องอย่างเป็นระบบ และจากการสอบถามมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องถึงวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด พบว่า มารดาส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าต้องเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดคลอดบุตรอย่างไร และกังวลว่าการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดจะทำให้แผลผ่าตัดแยกได้ รวมทั้งมีอาการปวดแผลผ่าตัด จึงทำให้ไม่อยากเคลื่อนไหว และเกิดภาวะท้องอืดตามมา ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งประกอบไปด้วย

1) การชี้แนะ (guiding) 2) การสนับสนุน (supporting) 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) และ 4) การสอน (teaching) นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่สามารถจะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ แต่ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ให้สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด และไม่เกิดภาวะท้องอืดหรือมีภาวะท้องอืดลดลง อันจะส่งผลทำให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องสามารถทำบทบาทการเป็นมารดาในการเลี้ยงดูบุตรได้เต็มศักยภาพ

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดีกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เกิดภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด น้อยกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi- experimental design) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (two group posttest only design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ได้รับผ่าตัดคลอดบุตรทาง

หน้าท้องครั้งแรก ณ งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานการพยาบาลพิเศษยูงทอง 3 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568

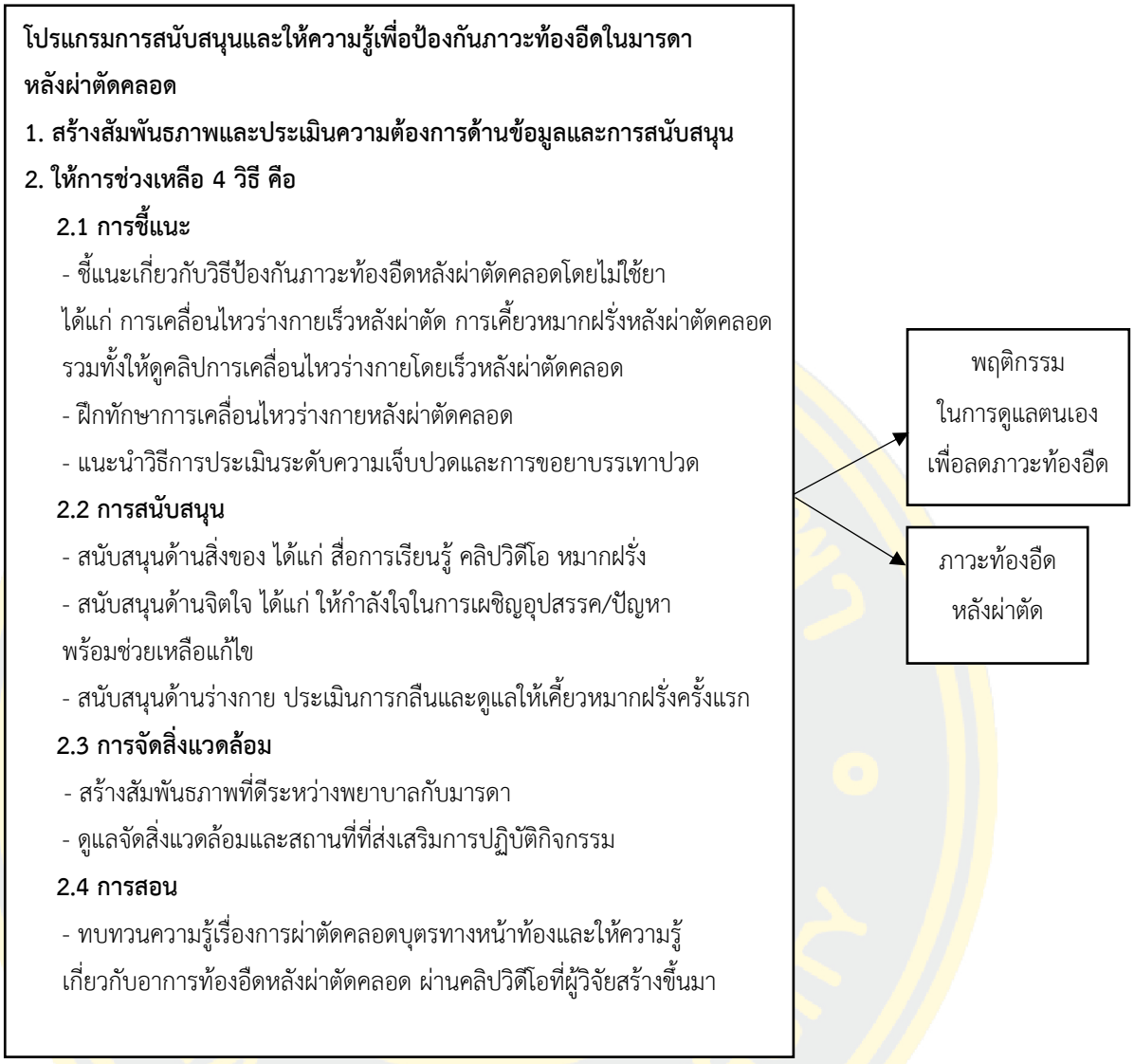
## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งระบบการพยาบาล (nursing system) ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) แบ่งออกเป็น 3 ระบบ ตามความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (control of movement and manipulation) ได้แก่ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory) เป็นระบบที่ใช้กับผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง 2) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) เป็นระบบที่ใช้กับผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเองบางส่วน 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative) เป็นระบบที่ใช้กับผู้ที่สามารถจะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ แต่ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง และพยาบาลมีหน้าที่ในการสอนให้คำแนะนำให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยในการปฏิบัติการดูแลตนเอง กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้

ซึ่งการช่วยเหลือภายใต้ระบบนี้ประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ 1) การชี้แนะ (guiding) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ที่สามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการให้คำปรึกษา พยาบาลและผู้ป่วยจะต้องมีการติดต่อสื่อสารกัน พยาบาลอาจใช้วิธีชี้แนะร่วมกับสนับสนุนได้ 2) การสนับสนุน (supporting) เป็นวิธีส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะอยู่ในภาวะเครียดหรือทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง เช่น พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยขณะที่หัดเดินครั้งแรกหลังจากเจ็บป่วยหนักมานานและคอยพูดให้กำลังใจ 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) การจัดสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลตามที่คาดหวัง 4) การสอน (teaching) เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ สามารถจะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ แต่ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยจึงนำระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งประกอบด้วย 1) การชี้แนะ โดยชี้แนะเกี่ยวกับวิธีป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง รวมทั้งให้ดูคลิปการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอด ฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย และแนะนำวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและการขอยาบรรเทาปวดเมื่อมีอาการปวด 2) การสนับสนุน โดยสนับสนุนด้านสื่อการเรียนรู้ คลิปวิดีโอ และให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา/อุปสรรค พร้อมช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันท้องอืดต่อได้ ประเมินการกลืน และดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งในครั้งแรกเพื่อป้องกันการสำลัก 3) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยสร้างบรรยากาศที่ดีต่อการเรียนรู้ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับมารดา การจัดสถานที่ ที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการปฏิบัติกิจกรรม 4) การสอนโดยให้ความรู้เรื่อง แนวทางในการป้องกันภาวะท้องอืดผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องโดยไม่ใช้ยา

เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้รับการช่วยเหลือครบทั้ง 4 วิธีดังที่กล่าวมาข้างต้น จะทำให้มารดามีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดการเรียนรู้เข้าใจเหตุผลของการกระทำมากขึ้น พร้อมกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเอง โดยปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองให้เหมาะสม ซึ่งจะทำให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องครั้งแรกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดเพิ่มขึ้นและมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดลดลง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง** หมายถึง มารดาที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไปโดยได้รับการช่วยเหลือจากสูติแพทย์โดยการผ่าตัดแผลที่หน้าท้องและผนังมดลูก และทำการคลอดทารก รก เยื่อหุ้มรก ผ่านทางผนังมดลูกและผนังหน้าท้อง ทั้งที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้แก่ มีประวัติผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อน การคลอดติดขัดไม่ก้าวหน้า ภาวะรกเกาะต่ำ ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง การผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา เป็นต้น และไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องครั้งแรก และได้รับยาระงับความรู้สึกผ่านช่องไขสันหลัง

**โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด** หมายถึง รูปแบบการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากแนวคิดระบบการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 อย่าง ดังนี้ 1) การชี้แนะโดยชี้แนะเกี่ยวกับวิธีป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด รวมทั้งให้ดูคลิปการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอด ฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย และแนะนำวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวดและการขอยาบรรเทาปวดก่อนการเคลื่อนไหวร่างกายเมื่อมีอาการปวด 2) การสนับสนุนโดยสนับสนุนสื่อการเรียนรู้ คลิปวิดีโอ หมากฝรั่ง ให้กำลังใจในการเผชิญอุปสรรค/ปัญหาพร้อมช่วยเหลือแก้ไข เพื่อส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันท้องอืดต่อได้ ประเมินการกลืนและดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งในครั้งแรกเพื่อป้องกันการสูดสำลัก 3) การจัดสิ่งแวดล้อมโดยการเตรียมสถานที่ในการสอนให้อยู่ในห้องที่เป็นสัดส่วนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และพูดคุยอย่างเป็นกันเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย 4) การสอน โดยให้ความรู้เรื่อง แนวทางในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง

**พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่มากกว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ประกอบไปด้วย 1) การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น การหายใจแบบ deep breathing การบริหารขาบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การลุกเดิน 2) การได้รับอาหารหลอกขณะงดน้ำงดอาหาร เช่น การเคี้ยวหมากฝรั่ง รวมถึงการรับประทานอาหารที่เหมาะสมหลังผ่าตัดคลอดเริ่มจากการจิบน้ำ การรับประทานอาหารอ่อน และอาหารธรรมดา ตามลำดับ หลีกเลี่ยงอาหาร/เครื่องดื่มที่จะทำให้เกิดท้องอืด ได้แก่ นม ชา กาแฟ น้ำอัดลม อาหารที่มีรสจัด เป็นต้น ทั้งนี้การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อป้องกันหรือบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด

**ภาวะท้องอืด** หมายถึง ภาวะที่มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีอาการแน่นอึดอัดท้องไม่สุขสบายท้อง ไม่เรอ ไม่ผายลม หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย ตรวจไม่พบเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้หรือมีการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คือ น้อยกว่า 6 ครั้ง/นาที จากการที่มีแรงดันในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อย หรือหยุดการเคลื่อนไหว ทำให้การบีบตัวของลำไส้ลดลง มีการสะสมของแก๊สและของเหลว เพิ่มความดันในช่องท้อง ทำให้ท้องโตขึ้น ประเมินได้จากแบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของ วิริยา ศิลา (2560)

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติจัดขึ้นเพื่อดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตามปกติ มีดังนี้ ก่อนผ่าตัดคลอดบุตรได้รับคำแนะนำการเตรียมตัวด้านร่างกายก่อน-หลังผ่าตัดคลอดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในการผ่าตัดคลอดที่มีการนัดหมายและวางแผนไว้ล่วงหน้า จะได้รับการระงับความรู้สึกผ่านทางไขสันหลัง (spinal block) หลังกลับจากห้องผ่าตัด ดูแลให้งดน้ำงดอาหารตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ อย่างน้อย 12 ชั่วโมง และนอนพักผ่อนบนเตียง มีการกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวเมื่อนำบุตรมาให้ดูดนมภายใน 4-6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และกระตุ้นให้ดูดนมทุก 3 ชั่วโมง เช้าวันที่ 1 หลังการผ่าตัดคลอดจะให้เริ่มรับประทานอาหาร โดยเริ่มจากการจิบน้ำมื้อเช้าช่วง 9.00 น.- 11.00 น. อาหารเหลวใสมื้อเที่ยง เวลา 12.00 น.- 13.00 น. อาหารอ่อนในมื้อเย็น เวลา 16.00 น.- 17.00 น. หลังจากรับประทานอาหารได้ดี พยาบาลจะถอดสายสวนปัสสาวะตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ช่วง 10.00 น.- 14.00 น. และติดตามการปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมงหลังถอดสายสวนปัสสาวะ เมื่อปัสสาวะได้แล้ว และไม่มีอาการหน้ามืดวิงเวียนศีรษะ จะถอดสายน้ำเกลือตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ พร้อมแนะนำให้มารดาหลังคลอดลุกเดินบ่อยๆ การได้รับยาบรรเทาปวดหากคะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนน โดยในช่วงที่งดน้ำงดอาหาร จะได้รับเป็นยาฉีดตามดุลยพินิจของแพทย์ หากรับประทานอาหารได้แล้ว จะได้รับเป็นยารับประทาน paracetamol 500 mg ครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดทุก 4-6 ชั่วโมง และเช้าวันที่ 2 หลังการผ่าตัด หากตรวจพบว่ามารดามีภาวะท้องอืด แพทย์จะพิจารณาให้ยาบรรเทาอาการท้องอืด เป็น Air-x 1 เม็ด เคี้ยวก่อนกลืนหลังอาหารเช้า เที่ยง เย็น เมื่อมารดามีสุขภาพดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆจะได้รับการจำหน่ายหลังผ่าตัดคลอดบุตรครบ 72 ชั่วโมง

# บทที่ 2
# เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
   1.1 อุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
   1.2 ความหมายของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
   1.3 ประเภทของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
   1.4 ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
   1.5 ผลกระทบของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
   1.6 การพยาบาลมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
   2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด
   2.2 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด
   2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
   2.4 แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด
3. ภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
   3.1 ความหมายของภาวะท้องอืด
   3.2 สาเหตุของภาวะท้องอืด
   3.3 การประเมินภาวะท้องอืด
   3. แนวทางการป้องกันและการดูแลรักษาภาวะท้องอืด
4. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
5. โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
6. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และภาวะท้องอืด

## การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

### อุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ปัจจุบันอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แม้ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกจะกำหนดอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรไว้ไม่เกินร้อยละ 15 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด (WHO, 2015) จากการสำรวจอัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกในปี ค.ศ. 2021 พบว่าสูงถึงร้อยละ 21 และประเทศที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงที่สุด 3 อันดับแรก ประเทศโดมินิกัน ไซปรัส และบราซิล คิดเป็นร้อยละ 58.1, 56.9 และ 55.9 ตามลำดับ (WHO, 2018) ตามลำดับ และร้อยละ 32 ของหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องอยู่ในกลุ่มของการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์(กนกวรรณ เธียรมนตรี และคณะ, 2564) ในประเทศไทยพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.3 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 32.7 ในปี พ.ศ. 2558 (Sukmanee et al., 2020) และในปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.64 (WHO, 2019) โดยอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในสถานพยาบาลของรัฐในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์สูงคือประมาณร้อยละ 30-50 (ราชวิทยาสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566) จากการสำรวจอัตราการผ่าตัดคลอดในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมสามัญ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 คิดเป็นร้อยละ 36.95 ของการคลอด ของการคลอดทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

### ความหมายของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean birth or cesarean section) หมายถึง การคลอดทารกผ่านแผลผ่าตัดทางหน้าม้องและมดลูก คำว่า cesarean มาจากคำว่า “caedore” ในภาษาลาติน ซึ่งหมายความว่า “ตัด” (to cut) ในครั้งหนึ่งคนทั่วไปเชื่อว่า Julius Caesar คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การคลอดด้วยวิธีนี้จึงมาจากชื่อดังกล่าว โดยทั่วไปใช้คำว่า cesarean birth ใช้มากกว่าคำว่า cesarean section เพราะคำว่า cesarean birth เน้นที่การคลอดมากกว่าเน้นที่การผ่าตัด (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2558, หน้า 77)

การผ่าตัดคลอด หมายถึง กระบวนการทำคลอดทารก ด้วยการเปิดแผลที่หน้าท้องมารดาเพื่อช่วยให้ทารกคลอดออกมาได้อย่างปลอดภัย จะทำการผ่าตัดคลอดในกรณีที่การคลอดทางช่องคลอด อาจส่งผลที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารก (Cornel et al., 2023)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) หมายถึง การผ่าตัดคลอดทารกผ่านทางรอยผ่าตัดที่หน้าท้องและผนังมดลูก โดยที่ทารกสามารถมีชีวิตรอดได้คือตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป หรือทารกมีน้ำหนัก 1,000 กรัมขึ้นไป กระทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยของมารดาหรือทารก (ราชวิทยาสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558)

สรุป การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หมายถึง การคลอดทารก รก เยื่อหุ้มรก โดยสูติแพทย์ผ่านการกรีดแผลที่หน้าท้องและผนังมดลูก ในรายที่ทารกไม่สามารถถูกขับออกมาทางช่องคลอดได้ เพื่อช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของมารดาและทารก ปัจจุบันประเทศไทยใช้เกณฑ์อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป หรือมีน้ำหนักตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไป

**ประเภทของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง**

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมี 2 แบบ ได้แก่ การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบวางแผนล่วงหน้า (elective cesarean birth or schedule cesarean birth) และการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน (emergency cesarean section or unplaned cesarean birth) มีรายละเอียดดังนี้ (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2558, หน้า 78-79)

1. การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบวางแผนล่วงหน้า (elective cesarean birth or schedule cesarean birth) คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เมื่อมารดามีข้อห้ามของการคลอดทางช่องคลอด เช่น รกเกาะต่ำชนิดสมบูรณ์ ติดเชื้อเริมที่อวัยวะสืบพันธุ์ ติดเชื้อเอชไอวี หรือเมื่อสูติแพทย์และมารดาตัดสินใจผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องซ้ำ (repeat cesarean birth) มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบวางแผนล่วงหน้าจะมีเวลาเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตามการตอบสนองทางด้านจิตใจของมารดาแต่ละรายอาจแตกต่างกัน มารดาบางรายอาจรู้สึกดีใจที่ได้ทราบวันเวลาคลอดที่แน่นอนและไม่ต้องเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด แต่มารดาบางรายอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง โกรธผิดหวังที่ไม่สามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้

2. การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน (emergency cesarean section or unplaned cesarean birth) คือ การผ่าตัดคลอดที่ไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า เป็นการผ่าตัดคลอดในรายที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ โดยไม่ได้เตรียมตัวการผ่าตัดคลอดมาก่อน จากการมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เช่น ภาวะสายสะดือย้อย ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด เป็นต้น ผลลัพธ์ทางจิตสังคมของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินมักเป็นทางลบเมื่อเปรียบเทียบกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบวางแผนล่วงหน้า มารดาและญาติมีการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์การคลอด การดูแลหลังคลอด และการดูแลทารกคนใหม่ที่บ้านอย่างทันทีทันใด สิ่งเหล่านี้อาจทำให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีสำหรับทุกคน โดยปกติการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแบบฉุกเฉินมารดาจะเข้าสู่การผ่าตัดคลอดด้วยความเหนื่อยล้าหลังจากการคลอดที่ยากลำบาก มารดาจะกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ เพราะการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดต้องทำอย่างรวดเร็วและมีเวลาในการอธิบายขั้นตอนและวิธีการผ่าตัดคลอดค่อนข้างสั้น ช่วงเวลานี้มารดาและญาติจะมีความวิตกกังวลสูง สิ่งที่พยาบาลพูดหรืออธิบายไปมารดาอาจลืมหรือเข้าใจผิดดังนั้นหลังจากผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องพยาบาลต้องใช้เวลาทบทวน

เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นก่อนการผ่าตัดและระหว่างการผ่าตัดให้มารดาทราบ เพื่อให้แน่ใจว่ามารดาเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง สิ่งเหล่านี้อาจช่วยให้มารดามีความทรงจำต่อประสบการณ์การคลอดตามความเป็นจริง ซึ่งจะเกิดผลดีต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในเวลาต่อมา

**ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง**

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมากกว่าร้อยละ 90 มีข้อบ่งชี้หลักๆ 4 ประการได้แก่ เคยผ่าตัดคลอดมาก่อน ร้อยละ 35-40 การคลอดติดขัด ร้อยละ 20-35 ส่วนนำทารกเป็นก้น ร้อยละ 10-15 และทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน ร้อยละ 10-15 อย่างไรก็ตามสามารถแบ่งข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดได้เป็น 2 กลุ่ม คือ (ปวิตร สุจริตพงศ์, 2560, หน้า 392-393 ; และอรสา เหมะจันทร, 2560, หน้า 129-131)

1. กลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน คือ ข้อบ่งชี้ที่ต้องทำการผ่าตัดคลอดอย่างแน่นอน ถ้าปล่อยให้คลอดเองทางช่องคลอดจะทำให้เกิดอันตราย ได้แก่ ภาวะรกเกาะต่ำ ตรวจพบสายสะดือย้อย ในขณะที่ปากมดลูกยังเปิดไม่หมด ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะขาดออกซิเจน การผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง และมีก้อนเนื้องอกขวางช่องทางคลอด

2. กลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ที่ยอมรับได้โดยทั่วไป คือ ข้อบ่งชี้ที่ในการผ่าตัดคลอดที่อาจจะผ่าตัดคลอดหรืออาจจะสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ขึ้นอยู่กับสภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ว่าจะมีอันตรายมากน้อยเพียงใด ได้แก่ มีประวัติผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อน การคลอดติดขัดไม่ก้าวหน้า ครรภ์แฝดที่ทารกไม่ได้อยู่ในท่าศีรษะทั้งคู่ หญิงตั้งครรภ์มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงทางสูติกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรคเบาหวาน และอื่นๆ ที่พบได้บ่อย เช่น มีการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในการตั้งครรภ์มารดามีบุตรยาก

**ผลกระทบต่อมารดาของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง**

แม้ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดจะเป็นที่นิยมและมีความปลอดภัยมากขึ้น แต่หลังผ่าตัดคลอดก็ส่งผลกระทบต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอด ดังนี้

1. เสี่ยงตกเลือดหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอด หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือร่วมกับมีอาการและอาการแสดงของภาวะ hypovolemia ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด (ราชวิทยาสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมาก หากได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan’s syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ (ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ, 2560) และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทำให้เกิดการสูญเสียเลือดได้มากกว่าการคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chen, Xie, Tian, Ding & Lu, 2019)

2. เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาสลบหรือการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังเพื่อระงับความรู้สึก การระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของวิสัญญีแพทย์ โดยทั่วไปทำได้ 2 วิธี ดังนี้ (อรสา เหมะจันทร, 2560, หน้า 134)

2.1 การฉีดยาชาเข้าบริเวณไขสันหลัง (epidural หรือ spinal block) เป็นการแทงเข็มขนาดเล็กเข้าบริเวณช่องน้ำไขสันหลังระดับเอว ทำให้หมดความรู้สึกที่ส่วนล่างของร่างกาย
ข้อดี คือยาไม่มีผลต่อการหายใจของทารก มารดายังรู้สึกตัวขณะผ่าตัดจึงได้เห็นทารกทันทีหลังคลอด และการเจ็บแผลหลังคลอดจะน้อยในช่วงแรกเนื่องจากยายังมีฤทธิ์อยู่ 4 ถึง 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
ข้อเสีย คือต้องใช้วิธีการทำนานกว่าการดมยาสลบ และอาจทำได้ยากในมารดาที่มีภาวะอ้วนหรือบวมมาก

2.2 การดมยาสลบ (general anesthesia) เป็นการฉีดยาให้หลับและใส่ท่อช่วยหายใจ มีข้อดีคือทำได้รวดเร็ว เหมาะกับกรณีฉุกเฉินที่จำเป็นต้องรีบให้คลอด แต่มีข้อเสียคืออาจกดการหายใจของทารก และมีโอกาสเกิดการสำลักอาหารเข้าปอดในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจยากหรืองดอาหารมาไม่นานพอ รวมถึงการเจ็บแผลหลังคลอดจะมากกว่า

3. เกิดผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารและลำไส้ กล่าวคือ เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด เนื่องจากการผ่าตัดคลอดมารดาได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอด ยาระงับความรู้สึกทุกวิธีมีผลต่อการบีบตัวของลำไส้ทั้งสิ้น โดยเฉพาะ ส่วนของลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็นบริเวณที่ไม่มี intracellular gap junction ทำให้ลำไส้ส่วนนี้มีความไวต่อฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกมากกว่าส่วนอื่นๆ และการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) มีผลต่อการทำหน้าที่ของลำไส้ โดยออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการทำหน้าที่ของลำไส้ สำหรับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ทางช่องอิพิดูรัล (epidural local anesthesia) สามารถยับยั้งการกระตุ้นระบบประสาทนำเข้าที่ไปกระตุ้น endocrine และการตอบสนองต่อความเครียดของร่างกายจากการผ่าตัดยับยั้งการนำออกของ sympathetic reflex และเพิ่ม splanchnic blood flow ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาการเกิดภาวะลำไส้หยุดทำหน้าที่หลังผ่าตัด อีกทั้งการได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัดกลุ่ม opioids ได้แก่ Morphine หรือ Pethidine ซึ่งมีฤทธิ์ระงับปวด แต่มีผลข้างเคียงในการลดการบีบตัวของลำไส้ จึงทำให้มารดาอาจมีภาวะลำไส้หยุดทำงานได้ โดยจะมีอาการ ท้องอืด ไม่ผายลม ไม่ขับถ่ายอุจจาระ ไม่มีเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้คลื่นไส้อาเจียนได้ (ศิริพรรณ ภมรพล, 2556)

4. การเกิดพังผืดจากแผลในช่องท้อง การผ่าตัดคลอดทำให้เกิดบาดแผลซึ่งกระบวนการหายของแผลที่ไม่สมบูรณ์จะส่งผลให้เกิดพังผืด พบได้บ่อยในมารดาที่มีประวัติการผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน การเกิดแผลเป็นในช่องท้องจะเกิดมากในช่วงเวลา 6 เดือน จนถึง 12 ปี นับจากการผ่าตัดครั้งสุดท้าย (จันทร์ปภัสร์ เครือแก้ว, 2557)

5. อาการปวดหลังผ่าตัดคลอด อาการปวดหลังผ่าตัดคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก หากไม่ได้รับการตอบสนองต่อการเผชิญกับความเจ็บปวด จะส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดมีผลต่อการเคลื่อนไหว การหายใจ อารมณ์ และการนอนหลับ รบกวนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านการทำกิจวัตรประจำวันของมารดา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมา ได้แก่ ท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นท้อง ตลอดจนความผูกพันต่อทารกแรกเกิด ซึ่งลักษณะความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เกิดจากการที่ เนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องและผนังกล้ามเนื้อมดลูกได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อปล่อยสารกระตุ้น ความเจ็บปวด ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) โปแตสเซียม (potassium) ฮีสตามีน (histamine) แบรดดี้ ไคนิน (bradykinins) พรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) และซับแสตน พี (substance P) ก่อให้เกิดการอักเสบต่อเนื้อเยื่อรอบๆ แผลผ่าตัดและไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่ปลายประสาท ส่งสัญญาณอาการปวดไปตามเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (A-delta fiber) และเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (C-fiber) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดอร์ซอล (dorsal horn) ในไขสันหลัง นอกจากนี้เมื่อสัญญาณอาการปวดถูกส่งต่อไปยังสมองซึ่งเป็นแหล่งรับรู้และแปลข้อมูลอาการปวด สามารถทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวดนานขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การหดรัดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอด การมีแก๊ซจำนวนมากในกระเพาะอาหารและลำไส้ การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ท่านอนไม่ถูกต้อง เป็นต้น ความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันพยาบาลควรมีการสังเกตและประเมินความปวดหลังผ่าตัดคลอด (สุพรรษา จิตรสม, บานเย็น แสนเรียบ และพรผกายุ์ ต้นทอง, 2565)

**การพยาบาลมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง**

การพยาบาลมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในระยะก่อนผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (preoperative care measure) และระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (postoperative care measure) มีรายละเอียดดังนี้ (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2558, หน้า 86-93)

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (preoperative care measure) มีขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ดังต่อไปนี้

1.1 การสอบถามข้อมูลก่อนการผ่าตัด (preoperative interview) พยาบาลควรซักถามประวัติสุขภาพของมารดา เกี่ยวกับ ประวัติการผ่าตัดในอดีต การแพ้ยา แพ้อาหาร ปัญหาเลือดออก การใช้ยาในปัจจุบัน และประเมินความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เป็นต้น

1.2 ประเมินภาวะเสี่ยงของการผ่าตัด (operative risk) เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จำเป็นที่จะต้องประเมินภาวะสุขภาพของมารดาที่อาจส่งผลต่อ

การผ่าตัด เช่น ภาวะโภชนาการ อายุ ภาวะสุขภาพ/การเจ็บป่วย ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็คโตรไลด์ และความกลัว เป็นต้น

1.3 การตรวจวินิจฉัยก่อนผ่าตัดคลอดบุตร (preoperative diagnostic procedure) ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ การตรวจหาความสมบูรณ์ของเลือด (CBC) การตรวจการแข็งตัวของเลือด (PT, PTT) ค่าอิเล็คโตรไลด์ การตรวจหมู่เลือด (blood typing) การตรวจสอบการเข้ากันได้ของเลือด(cross-matching) และการตรวจอัลตร้าซาวด์ประเมินส่วนนำทารก

1.4 การให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัด (preoperative teaching) การให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัดเพื่อให้มารดาคุ้นเคยกับวิธีการผ่าตัด และให้มารดารับทราบคำแนะนำในการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้แก่ การเตรียมผิวหนังเพื่อการผ่าตัด การงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ยาก่อนไปผ่าตัด ประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด (early ambulation) โดยเฉพาะการให้คำแนะนำการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดควรทำในช่วงก่อนการผ่าตัด เพราะเป็นช่วงที่มารดาไม่มีความเจ็บปวดและมีความสนใจต่อการเรียนรู้ และควรแนะนำให้มารดาเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อการผ่าตัด

การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีดังนี้

1) การหายใจลึกๆ (deep breathing) การหายใจลึกๆ เป็นครั้งคราว จะช่วยให้ออกซิเจนเข้าปอดและช่วงป้องกันการหยุดนิ่งของเมือกในปอด (stasis of lung mucus) จากการนอนหงายนานๆในระหว่างการผ่าตัด เพราะการหยุดนิ่งมักเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ เช่น ปอดอักเสบ (pneumonia) วิธีการออกกำลังกาย สอนให้มารดาหายใจเข้าลึกๆ กลั้นไว้ประมาณ 1-2 วินาที แล้วหายใจออกช้าๆ ทำ 5-10 ครั้งทุกๆ ชั่วโมง โดยต้องแนะนำให้มารดาหายใจเข้าและออกเต็มที่ เพราะอาจทำให้มารดาเกิดอาการเวียนศีรษะจากการหายใจเร็วกว่าปกติ (hyperventilation)

2) การเปลี่ยนท่าและการเคลื่อนไหวร่างกาย (tuning and ambulation) การเปลี่ยนท่าและการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดเป็นการป้องกันการหยุดนิ่งของการหายใจและการไหลเวียนเลือด ด้วยเหตุนี้สูติแพทย์ส่วนใหญ่มักให้มารดาลุกจากเตียงหลังผ่าตัดประมาณ 4 ชั่วโมง การช่วยให้มารดาเคลื่อนไหวร่างกายเร็วอาจทำได้ยาก เพราะมารดาจะหมดแรงและปวดแผลผ่าตัด พยาบาลควรอธิบายให้มารดาเข้าใจว่าการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการบวมจากการผ่าตัดบริเวณช่องเชิงกรานส่วนล่างจะกดการไหลเวียนเลือดเข้าสู่แขนขาส่วนล่างทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหยุดไหลเวียนเลือดบริเวณแขนขาส่วนล่างได้

2. การพยาบาลหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (postoperative care measure) มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องไม่เพียงแต่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่ยังเป็นมารดาหลังคลอด

ด้วย มารดาอาจมีความลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับทารกเพราะปวดแผลผ่าตัด การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องสามารถแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

2.1 การพยาบาลหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทันที (nursing care during the immediate postpartum period) เมื่อผ่าตัดเสร็จจะย้ายมารดาไปห้องพักฟื้น พยาบาลควรดูแลมารดาหลังคลอดโดยการวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาทีจนกว่าจะคงที่ วัดทุก 15 นาทีเป็นเวลา 1 ชั่วโมง และวัดทุก 30 นาทีจนกว่ามารดาจะย้ายไปที่แผนกหลังคลอด และประเมินเลือดที่แผลผ่าตัดและผ้าอนามัยทุก 15 นาที อย่างน้อย 1 ชั่วโมง คลำมดลูกด้วยความนุ่มนวล เพื่อประเมินการหดรัดตัวของมดลูก สูติแพทย์จะมีแผนการรักษาให้ยา oxytocin หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อส่งเสริมการหดรัดตัวของมดลูก ถ้ามารดาได้รับ epidural block ควรประเมินระดับของยาระงับความรู้สึกทุก 15 นาที แต่ถ้ามารดาได้รับยาสลบควรจัดท่าให้มารดานอนตะแคง เพื่อให้สิ่งคัดหลั่งไหลออกมาได้ และช่วยให้มารดาไอและหายใจอย่างมีประสิทธิภาพทุก 2 ชั่วโมง ประเมินปริมาณน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย สังเกตน้ำปัสสาวะว่ามีเลือดปนหรือไม่ ถ้ามีเลือดปนแสดงว่าการผ่าตัดทำให้เกิดการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ นอกจากนี้สูติแพทย์จะมีแผนการรักษาให้ยาบรรเทาปวดและยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ถ้าทารกอยู่กับมารดาและญาติ ควรให้เวลาพวกเขาได้อยู่กัยตามลำพัง เพื่อส่งเสริมการสร้างความรักความผูกพันต่อกัน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breast feeding) สามารถเริ่มได้เมื่อมารดารู้สึกอยากลอง โดยเริ่มภายใน 30-60 นาทีแรก และเมื่อผลของยาระงับความรู้สึกหมดไป มารดารู้สึกตัวดี ก็สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้

2.2 การพยาบาลหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในช่วงเวลาต่อมา (nursing care during the extended postpartum period) เนื่องจากมารดาหลังตัดคลอดจะเป็นที่มารดาและผู้ป่วยพร้อมๆกัน ในระยะนี้พยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดควรเน้นการเป็นมารดาหลังคลอดเป็นอันดับแรก และการเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นอันดับรอง ทัศนคตินี้จะช่วยให้พยาบาลรับรู้ว่ามารดามีปัญหาและความต้องการเช่นเดียวกับมารดาหลังคลอดทั่วๆไป และในขณะเดียวกันมารดาต้องการการดูแลหลังผ่าตัดด้วย มารดาในช่วง 2-3 วันแรกส่วนใหญ่จะปวดแผลผ่าตัด ดังนั้นมารดาจึงต้องการยาบรรเทาปวด โดยให้ยาบรรเทาปวดทุก 4-6 ชั่วโมง แนะนำวิธีอื่นๆที่ช่วยให้เกิดความสุขสบาย ได้แก่ การเปลี่ยนท่า การใช้หมอนประคองแผล การใช้เทคนิคการผ่อนคลายและเทคนิคการหายใจ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยการเดิน จะช่วยบรรเทาอาการท้องอืดได้ พยาบาลต้องไวต่อความต้องการทางด้านร่างกายของมารดา และดูแลให้มารดาได้รับการพักผ่อนและบรรเทาปวดอย่างเพียงพอ รวมทั้งช่วยดูแลทารกเพราะมารดามีข้อจำกัดด้านร่างกายจากการเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด การดูแลกิจวัตรประจำวันสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลโดยทั่วไป ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ แผลผ่าตัด การดูแลเต้านม การดูแลความสะอาดของร่างกาย การหดรัดตัวของมดลูกและน้ำคาวปลา นอกจากนี้ควรประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ การขับถ่ายอุจจาระ

ปัสสาวะ การไหลเวียนเลือดของแขนขาส่วนปลาย โดยพยาบาลควรอธิบายวิธีการดูแลตนเองหลังคลอดเพื่อช่วยให้มารดามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากการผ่าตัด และให้การช่วยเหลือในการสอนให้มารดาดูแลให้นมบุตรอย่างถูกวิธีเพื่อช่วยให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องปกติจะจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 3 หลังการผ่าตัดคลอดบุตร พยาบาลต้องให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้านรวมถึงอธิบายอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอดแก่มารดาให้เข้าใจ ได้แก่ การมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ปัสสาวะแสบขัด มีน้ำคาวปลาออกมากกว่าปกติ น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น แผลผ่าตัดแดง หรือมีสิ่งคัดหลั่งซึมออกมา แผลผ่าตัดแยก และมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง หากมีอาการดังที่กล่าวมาควรกลับมาพบแพทย์

## พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

### ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อป้องกันหรือบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดและต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด 2) การรับประทานอาหารเร็วหลังผ่าตัด (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559)

### การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยยังไม่พบแบบประเมินสำหรับการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยจึงพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดประกอบด้วย 1) การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด เช่น การหายใจแบบ Deep breathing การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง ลุกเดิน และ2) การรับประทานอาหารหลังผ่าตัดคลอด โดยสอบถามความถี่และระยะเวลาในการทำกิจกรรม และปริมาณการรับประทานอาหาร (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2558, หน้า 77; อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559) มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) 3 คำตอบ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ให้คะแนน 0 ถึง 2 คะแนน มีทั้งหมด 8 ข้อคำถาม การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดโดยรวม แบ่งโดยใช้อันตรภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้

0-5 = พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดระดับน้อย

6-10 = พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดระดับปานกลาง

11-16 = พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดระดับดี

**ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด**

จากการทบทวนวรรณกรรมการปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยป้องกันอาการท้องอืด ประกอบด้วย 1) การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด 2) การรับประทานอาหารเร็วหลังผ่าตัด จะพบว่าปัจจัยมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มีดังนี้ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559)

1. อาการปวด (pain) อาการปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เกิดจากปวดแผลผ่าตัดคลอดจากเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องและผนังกล้ามเนื้อมดลูกได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดและอาการปวดมดลูกจากการหดรัดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอด ทำให้เนื้อเยื่อปล่อยสารกระตุ้นความเจ็บปวดก่อให้เกิดการอักเสบต่อเนื้อเยื่อรอบๆแผลผ่าตัดและไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกที่ปลายประสาท ส่งสัญญาณอาการปวดไปยังสมองซึ่งเป็นแหล่งรับรู้และแปลข้อมูลอาการปวดทำให้ระดับความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวดนานขึ้น อาการปวดหลังผ่าตัดคลอดก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก (สุพรรษา จิตรสม, บานเย็น แสนเรียบ และพรผกาย์ ต้นทอง, 2565) ทำให้รบกวนและขัดขวางความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัดคลอดของมารดา ซึ่งการเครื่อนไหวร่างกายในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นท่านั่ง การลุกจากเตียง เพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันล้วนเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้มีอาการปวดมากขึ้น จากการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องขณะเคลื่อนไหวร่างกาย มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจึงหลีกเลี่ยงหรือจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อลดปัจจัยที่กระตุ้นความปวด ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจึงมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง

2. การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง เนื่องจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด โดยพบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมนอนนิ่งๆอยู่กับเตียงไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย หลีกเลี่ยงการลุกนั่ง ลุกเดิน ทำให้ให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวและขาดการกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ทำให้มีก๊าซค้างอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ ส่งผลให้เกิดอาหารท้องอืดตามมา

3. การรับประทานอาหาร การงดน้ำและอาหารหลังผ่าตัดที่นานเกินไปมีผลให้ผนังของเยื่อบุทางเดินอาหารฝ่อตัวลงเพิ่มการเจริญและสะสมของเชื้อโรคทำให้ท้องอืดมากขึ้น ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะได้รับการดูแลให้งดอาหารและน้ำทางปากในระยะแรกหลังผ่าตัด ระยะต่อมาจึงเริ่มให้มารดาเริ่มรับประทานอาหาร เริ่มต้นด้วยการจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อนและอาหารธรรมดาตามลำดับ ทั้งนี้อาหารเหลวและอาหารอ่อนมักไม่น่ารับประทาน ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความต้องการกลับไปรับประทานอาหารปกติหลังผ่าตัดให้เร็วที่สุด (Hyung Ook Kim, et al. 2018) หลังผ่าตัดการกลับมาทำงานของระบบทางเดินอาหารยังกลับมาทำงานได้ไม่ดีหลังผ่าตัดคลอดจึงอาจทำให้เกิดภาวะท้องอืดได้ และมารดานิยมดื่มนมเมื่อท้องว่างคือระหว่างมื้ออาหาร ซึ่งการย่อยนมต้องอาศัยเอ็นไซม์แลคโตส (lactose) และหลังผ่าตัดคลอดบุตรการผลิตแลคโตสในระบบทางเดิน

อาหารลดลง เมื่อทานนมเข้าไปอาจทำให้มีอาการท้องอืด จุกเสียดแน่นท้องหลังรับประทานได้ ดังนั้นระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมารดาควรรับประทานอาหารตามที่แพทย์สั่งและสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เมื่อแพทย์พิจารณาให้รับประทานอาหารธรรมดาได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเกิดจากอาการปวดแผลและปวดมดลูกหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ทำให้รบกวนและขัดขวางความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆหลังผ่าตัดคลอด มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจึงมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ล่าช้า ร่วมกับเมื่อมารดารับรู้ว่าแพทย์พิจารณาให้รับประทานอาหาร และอาหารเหลวและอาหารอ่อนมักไม่น่ารับประทาน ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความต้องการกลับไปรับประทานอาหารปกติหลังผ่าตัดให้เร็วที่สุดหรือดื่มนมระหว่างมื้ออาหารเพื่อบรรเทาความหิว ประกอบกับการไม่เคลื่อนไหวร่างกายส่งผลให้กระเพาะอาหารและลำไส้ขาดการกระตุ้นให้เกิดการบีบตัว หยุดการเคลื่อนไหว การกลับมาของระบบทางเดินอาหารยังไม่สมบูรณ์มีการสร้างเอ็นไซม์แลคโตสลดลง จึงทำให้มีแก๊สค้างอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดตามมา เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะท้องอืด จะทำให้มารดาเกิดความทุกข์ทรมาน และไม่สุขสบายอย่างมาก ทำให้มารดามีอาการหงุดหงิด มีอารมณ์ขุ่นมัว ส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรหลังคลอดลดลง และทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลบุตรด้วยตนเองหลังผ่าตัดคลอดลดลง

**แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด**

มารดาที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดต้องได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เพื่อให้มารดารับรู้ประโยชน์ของการเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว และฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดคลอดให้เกิดความคุ้นเคย เกิดทักษะในการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด การเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว ได้แก่ การหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ (deep breathing) รอบละ 5-6 ครั้ง ทำทุก 1-2 ชั่วโมง การพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง การลุกนั่งบนเตียงด้วยตนเอง ทุก 4-6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และการลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และการปฏิบัติกิจวัติประจำวันด้วยตนแองหลังผ่าตัดคลอด รวมถึงการให้ความรู้ในการรับประทานอาหารหลังผ่าตัดคลอด ควรเริ่มจากการจิบน้ำ การรับประทานอาหารเหลวใส อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด ชา กาแฟ น้ำอัดลม และนม ที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดได้ ดังการศึกษาของ Herman, Santoso and Yunitasari (2019) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอดต่อการกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดคลอด โดยกิจกรรมที่ให้คือการออกกำลังกายขาบนเตียง ภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดโดยทำอย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง ห่างกันทุก 3 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มทดลองที่ถูกกระตุ้น

ให้เคลื่อนไหวร่างกายเร็วภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการกลับทำบีบตัวได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

แม้การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วและต่อเนื่องหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าจะช่วยป้องกันภาวะท้องอืดและช่วยส่งเสริมการฟื้นสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้ดี แต่อุปสรรคในการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด คือ อาการปวดแผลซึ่งหากมารดามีอาการปวดแผลผ่าตัดจะทำให้หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้นก่อนการเคลื่อนไหวร่างกายมารดาต้องได้รับการจัดการความปวดก่อน นอกจากพยาบาลช่วยเหลือจากพยาบาลแล้ว มารดาต้องมีความสามารถในการในการจัดการกับความปวดด้วยตนเอง ได้แก่ การใช้มือหรือผ้าประคองแผลก่อนการเคลื่อนไหวร่างกาย การขอยาลดปวดเมื่อรู้สึกปวดมาก (pain score > 3)

## ภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

### ความหมายของภาวะท้องอืด

อาการท้องอืดหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง หมายถึง ภาวะที่กระเพาะอาหารและลำไส้มีการยืดขยายและโป่งพองเนื่องจากมีการสะสมของแก๊สจำนวนมาก ที่ไม่ถูกดูดซึมในลำไส้ จากการได้รับยาระงับความรู้สึกและจากการสัมผัสกระเพาะอาหารและลำไส้ขณะผ่าตัดช่องท้อง เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวลดลง หรือหยุดการเคลื่อนไหว ทำให้การบีบตัวของลำไส้ลดลง มีการสะสมของของเหลวและแก๊ส เพิ่มความดันในช่องท้อง ทำให้ท้องโตขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นอึดอัด ไม่สุขสบาย ไม่เรอ ไม่ผายลม ตรวจไม่พบเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้หรือมีการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559)

อาการท้องอืดหลังผ่าตัด (abdominal distention) เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย แน่นอึดอัดในท้องที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง (วิริยา ศิลา, 2560)

**สรุป** อาการท้องอืดหลังผ่าตัด หมายถึง อาการแน่นอึดอัดท้อง ไม่สุขสบายท้อง ไม่เรอ ไม่ผายลม ตรวจไม่พบเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้หรือมีการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง

### สาเหตุของภาวะท้องอืด

การผ่าตัดทางหน้าท้อง เป็นการผ่าตัดที่มีการตัดผ่านกล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อบุช่องท้องเข้าไปในช่องท้องจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาท sympathetic ถูกยับยั้งซึ่งจะยับยั้งการทำงานของลำไส้และการบีบตัวของลำไส้ ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวหรือเป็นอัมพาต (paralytic ileus) ชั่วคราวและหลังผ่าตัดระบบทางเดินอาหารจะมีการกลับมาทำงานได้เอง โดยลำไส้เล็กจะเริ่มกลับมาทำงานภายใน 2-3 ชั่วโมง และทำงานได้เป็นปกติภายใน 6-12 ชั่วโมง กระเพาะอาหารจะกลับมา

ทำงานได้ภายใน 12- 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง และลำไส้ใหญ่จะใช้เวลาฟื้นตัวนานกว่าอวัยวะอื่น จะกลับมาทำงานได้ภายใน 48-72 ชั่วโมง และปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหารหลังผ่าตัดนั้น ประกอบด้วย 1) ยาระงับความรู้สึก (analgesia) ขณะผ่าตัดและยาระงับปวดในกลุ่ม narcotic drug ซึ่งยาระงับความรู้สึกยาระงับปวดในกลุ่ม narcotic drug ยังออกฤทธิ์ต่อกลุ่มเซลล์ในผนังทางเดินอาหาร โดยกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ยับยั้งการหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร ทำให้อาหารเคลื่อนผ่านกระเพาะอาหารไปยังลำไส้เล็กช้าลง ลำไส้เล็กมีการเคลื่อนไหวแบบบีบรูดลดลงเกิดอาการท้องผูกและแน่นท้อง 2) อาการปวด (pain) ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ทำให้การไหลเวียนของเลือดและการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารลดลง อีกทั้งอาการปวดยังทำให้กล้ามเนื้อระบบทางเดินอาหารจะคลายตัวและอ่อนแรงด้วยส่งผล ให้ผู้ป่วยมีอาการแน่นอืดอัด คลื่นไส้อาเจียนและมีภาวะท้องอืด 3) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด และ4) ปริมาณการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด (Mawson, Bumrungphuet, & Manonai, 2019; อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559 )

**การประเมินอาการท้องอืด**

พยาบาลควรประเมินการทำงานของลำไส้ ของมารดาระยะหลังหลังผ่าตัดคลอด และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง ต้องสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยถึงความรู้สึกแน่นอืดอัดท้อง การเรอและการผายลม พร้อมทั้งตรวจร่างกายด้วยการประเมินเสียงลำไส้ และวัดขนาดเส้นรอบวงของรอบท้องระดับสะดือ มีรายละเอียดดังนี้ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559)

1. ความรู้สึกแน่นอืดอัดท้อง (feeling of fullness) เป็นข้อมูลจากผู้ป่วยที่บอกถึงความรู้สึก ปวดอืดอัดแน่นท้อง จนทำให้รู้สึกหายใจไม่สะดวก จากน้ำและลมที่คั่งค้างในกระเพาะอาหาร ขยายปริมาตรไปดันกระบังลม ทำให้ปอดไม่ สามารถขยายได้เต็มที่ ในที่ขณะหายใจเข้ามารดาจะรู้สึกแน่นอืดอัดไม่สุขสบายและหายใจตื้น

2. การเรอ (belching) เป็นการขย้อนเอาแก๊สที่อยู่ในทางเดินอาหารออกทางปาก ภาวะปกติปกติในระบบทาง เดินอาหารจะมีแก๊สอยู่ประมาณ 200 มิลลิลิตร แต่ถ้ามีแก๊สสะสมอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ในปริมาณที่มากขึ้น ส่งผลให้มีแรงดันในช่องท้องและช่องอกเพิ่มขึ้น เพื่อบีบไล่อากาศจากกระเพาะอาหารไปยังหลอดอาหารและปาก แต่ในภาวะที่มีการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กลดลงหรือไม่เคลื่อนไหว ทำให้กระเพาะอาหารไม่สามารถบีบไล่ขับแก๊สออกจากร่างกายได้ จึงไม่มีอาการเรอ

3. การผายลม (flatus) คือ การที่แก๊สอยู ในทางเดินอาหารส่วนล่างถูกขับออกมาทางทวารหนัก โดยการเคลื่อนไหวแบบบีบรูดของลำไส้ใหญ่อย่างรุนแรง เนื่องจากมีแก๊สจำนวนมากไประคายเคืองต่อผนังกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่ ปกติจะมีแก๊สใน ลำไส้ใหญ่วันละประมาณ 7-10 ลิตร

และจะถูกขับออกมาทางทวารหนักวันละประมาณ 0.6 ลิตรโดยการผายลมออกมาวันละ 10-20 ครั้ง แต่ในภาวะที่กระเพาะอาหารและลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้มารดา ไม่สามารถขับแก๊สออกมาทางทวารหนักได้ การผายลมจึงเป็นสัญลักษณ์อย่างหนึ่งที่แสดงว่าระดับความรุนแรงของอาการท้องอืดที่ลดลง

4. การตรวจอัตราการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ (bowel sound) การตรวจนับอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ทางผนังหน้าท้องส่วนขวาล่าง(right lower quadrant) นาน 5 นาที โดยใช้หูฟัง ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ซึ่งเกิดจากน้ำและลมเคลื่อนที่ผ่านไปมาบนช่องทางลำไส้ ปกติเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้จะได้ยิน5-34 ครั้งต่อนาที ลักษณะเสียงจะเหมือนเสียงน้ำที่เทออกจากขวด

5. การวัดขนาดเส้นรอบวงของรอบท้องระดับสะดือ (abdominal girth) โดยให้ผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่ แล้วกลั้นไว้ ซึ่งการขยายของรอบท้องจะเพิ่มขึ้น อย่างน้อย 2 เซนติเมตร เนื่องจากการสะสมแก๊ส ในกระเพาะอาหารและลำไส้มาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินท้องอืดหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง ของ เนาวรัตน์ สมศรี (2552) เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อคำถามที่ใช้ประเมินภาวะท้องอืด ทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้สึกแน่นอืดอัดท้อง การเรอ การผายลม และอัตราการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยแต่ละองค์ประกอบแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-3 คะแนน และนำคะแนนแต่ละองค์ประกอบมารวมกัน โดยแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืด ดังนี้

คะแนนรวมตั้งแต่ 1-4 คือ ระดับ 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดระดับเล็กน้อย

คะแนนรวมตั้งแต่ 5-8 คือ ระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดระดับปานกลาง

คะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไป คือ ระดับ 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะท้องอืดระดับมาก

นอกจากนี้พบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินท้องอืดหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง ของ วิริยา ศิลา (2560) ที่พัฒนามาจากแบบประเมินท้องอืดของหนูเพียร ชาทองยศ (2550) เป็นแบบประเมินภาวะท้องอืด ทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ประกอบด้วย การประเมินความรู้สึกท้องอืด การประเมินการเรอ การประเมินการผายลม การประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ และการประเมินขนาดเส้นรอบท้อง ซึ่งแต่ละองค์ประกอบแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1-4 คะแนน และนำคะแนนแต่ละองค์ประกอบมารวมกัน โดยแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน = ไม่มีอาการท้องอืด

5.1-10 คะแนน = มีอาการท้องอืดเล็กน้อย

10.1-15 คะแนน = มีอาการท้องอืดปานกลาง

> 15 คะแนน = มีอาการท้องอืดมาก

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินของ วิริยา ศิลา (2560) เนื่องจาก มีการประเมินภาวะท้องออกครอบทุกทุกองค์ประกอบ และมีความสะดวกในการนำมาใช้

**แนวทางการป้องกันและการดูแลรักษาภาวะท้องอืด**

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาภาวะท้องอืด หมายถึง วิธีการที่ใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะท้องอืดและการดูแลเมื่อเกิดภาวะท้องอืด ที่เกิดขึ้นในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง โดยมารดาสามารถปฏิบัติด้วยตัวเอง หรือจากการช่วยเหลือของทีมสุขภาพ ดังนี้ (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559)

1. การจัดการกับภาวะท้องอืดโดยไม่ใช้ยา

1.1 การเริ่มให้อาหารเร็วในมารดาหลังผ่าตัดคลอด เริ่มต้นด้วย การจิบน้ำ การรับประทานอาหารเหลว การรับประทานอาหารอ่อนตามลำดับ ดังการศึกษาเปรียบเทียบการกลับมาทำงานของลำไส้ระหว่างมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่เริ่มรับประทานอาหารเร็วและเริ่มรับประทานอาหารช้า พบว่ากลุ่มที่รับประทานอาหารเร็ว ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ในเช้าวันถัดไปหลังผ่าตัด 1 วัน มากกว่ากลุ่มที่รับประทานอาหารช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ของ (Mawson, Bumrungphuet, & Manonai, 2019)

1.2 การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (early ambulation) เช่น การพลิกตัว การออกกำลังขา การลุกนั่ง การลุกเดิน เป็นต้น ซึ่งการลุกจากเตียงได้เร็วหลังผ่าตัดเป็นการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้และช่วยขับแก๊สออกได้ดีขึ้น สูติแพทย์ส่วนใหญ่มักให้มารดาลุกจากเตียงหลังจากผ่าตัดประมาณ 4 ชั่วโมง ดังการศึกษาของ Herman, Santoso and Yunitasari (2019) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอดต่อการกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดคลอด พบว่า กลุ่มทดลองที่ถูกกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกายเร็วโดยการให้ผู้ป่วยบริหารขาบนเตียงภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบมีการกลับทำบีบตัวได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และการนำแนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ที่เน้นการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเป็นระบบมาใช้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีพบว่าที่ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (รัชฎาภรณ์ จันทร์ธานี, 2563) หรือการศึกษาของ สิริอร ข้อยุ่น, วริศรา ภู่ทวี และอาภา ศรีสร้อย (2562) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพยุงเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่กิจกรรมเน้นการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วโดยใช้เครื่องพยุงในการเคลื่อนไหวพบว่า อาการอืดแน่นท้องในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ

น้อยกว่ากลามควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) มีการศึกษาผลของศึกษาผลของการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งและการรับประทานอาหารเร็วต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้และความพึงพอใจในมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่าการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดโดยเริ่มลุกนั่งภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด นั่งนานครั้งละ 15 นาที และมีการลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 10 นาที ทำให้ได้ยินเสียงลำไส้เร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) (Hassan, El-Sadek & Ali, 2019)

1.3 การเคี้ยวหมากฝรั่ง การเคี้ยวหมากฝรั่งเป็นการให้อาหารหลอก (sham feeding) โดยการ ให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่ง 3 ครั้งต่อวันตามมื้ออาหาร เพราะการเคี้ยวจะกระตุ้นประสาท vagus ในทางเดินอาหารทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน gastrin, pancreatic, polypeptide และ neurotensin ช่วยให้กระตุ้นการบีบตัวของทางเดินอาหาร และในระหว่างการเคี้ยวหมากฝรั่งพยาบาลต้องเฝ้าระวังเรื่องการสำลัก ดังการศึกษาของ Ismail, Attia, Abd-Allah, Moghazy, & Mohamed, (2021) ที่ศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อระบบทางเดินอาหารและความพึงพอใจต่อการเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเคี้ยวหมากฝรั่งทั้งหมด 3 ครั้ง ทุก 8 ชั่วโมง นานครั้งละ 15 นาที พบว่า การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดทำให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารกลับมาเร็วขึ้น มีเสียงลำไส้และการเคลื่อนไหวของลำไส้ การผายลมเร็วขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หรือการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อเร่งการฟื้นตัวของลำไส้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยเคี้ยงหมากฝรั่งที่ 1 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า ช่วยให้ระยะเวลาในการได้ยินเสียงลำไส้และมีการผายลมหลังผ่าตัดคลอดเร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Zainab, Akbar, Mahboob & Munir, 2020) จากการศึกษาของ Elgzar & Ghattas (2019) ที่ศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด พบว่าการเคี้ยวหมากฝรั่งร่วมกับการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างเร็วหลังผ่าตัดจะทำให้ได้ยินเสียงลำไส้มีการผายลมเร็วกว่าการกระตุ้นการเคลื่อนไหวเพียงอย่างเดียวและมีภาวะท้องอืดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ Hassan et al. (2019) ศึกษาผลของการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งและการรับประทานอาหารเร็วต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้และความพึงพอใจในมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่ากลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้เคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง โดยเคี้ยวนาน 15 นาที ทุก 2 ชั่วโมง งดการเคี้ยวหมากฝรั่งช่วงนอน คือ 00.00-8.00 น. ได้ยินเสียงลำไส้เร็วกว่ากลุ่มลุกเดินอย่างเดียว หรือกลุ่มที่รับประทานอาหารเร็วอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) รวมทั้งการศึกษาของ Akalpler and Okumus (2018) ที่ศึกษาการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการกลับมาทำงานของลำไส้ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกผ่านช่องไขสันหลัง โดยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเคี้ยวหมากฝรั่ง 3 ครั้ง ในชั่วโมงที่ 2,4 และ 6 หลังผ่าตัดคลอด

ใช้เวลาในการเคี้ยวน้อยที่สุด 15 นาที นานที่สุด 30 นาที พบว่ากลุ่มทดลองที่เคี้ยวหมากฝรั่งมีการผายลมและได้ยินเสียงลำไส้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. การจัดการกับภาวะท้องอืดโดยใช้ยา

2.1 ยาขับลม ที่นิยมใช้ได้แก่ 1) carminative ยาจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวแบบบีบรูดมากขึ้น ช่วยเพิ่มการขับลมออกมาจากลำไส้ใหญ่ ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกร้อนตั้งแต่หลอดอาหารจนถึงกระเพาะอาหารและเรอเอาแก๊สหรือลมในกระเพาะอาหารออกมา แต่ยาชนิดนี้มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์จึงควรหลีกเลี่ยงมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ให้นมบุตร 2) การให้ยาขับลมในกลุ่ม simethicone เช่นair-x ช่วยลดอาการอืดแน่นท้องโดยเปลี่ยนความตึงผิวของฟองอากาศหรือแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้ฟองอากาศที่รวมตัวกันแตกได้และป้องกันไม่ให้เยื่อเมือกเกาะหุ้มฟองอากาศเหล่านี้ทำให้มารดาสามารถเรอขับลมหรือผายลมได้ง่ายขึ้น

2.2 ยาลดกรด (antacid) เป็นยาที่มีฤทธิ์เป็นด่างปานกลาง โดยทำปฏิกิริยากับกรดเกลือในกระเพาะอาหารลดปริมาณของกรดที่จะทำปฏิกิริยากับ bicarbonate ที่มีอยู่ในน้ำย่อยทำให้เกิดแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์น้อยลง นอกจากนี้silicon ซึ่งเป็นตัวยาที่ผสมอยู่ในยาลดกรดยังทำให้เกิดการรวมตัวของแก๊สในกระเพาะอาหารจนมีปริมาณมาก ทำให้ถูกขับออกโดยการเรอลดอาการแน่นอึดอัดท้องได้

2.3 ยาระบาย (stimulant laxative) เช่น dulcolax เป็นยาระบายที่ออกฤทธิ์ให้เกิดการระคายเคือง ต่อเยื่อบุลำไส้กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรูดและการหลั่งน้ำย่อยเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้มีการขับถ่ายอุจจาระ การใช้ยาระบายอาจให้โดยการรับประทานหรือใช้เหน็บทางทวารหนัก

## ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งระบบการการพยาบาล (nursing system) ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นกรอบแนวคิดที่เกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลช่วยเหลือตนเอง ให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้ถูกนำมาใช้ ถูกปกป้อง หรือได้รับการพัฒนาเพื่อดูแลตนเอง โดยที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระบบ ตามความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (control of movement and manipulation) ได้แก่ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly

compensatory) เป็นระบบที่ใช้กับผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง เป็นบทบาทพยาบาลที่กระทำทดแทนความสามารถของผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยประคับประคองปกป้องผู้ป่วยจากอันตรายต่างๆ 2) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) เป็นระบบที่ใช้กับผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเองบางส่วน พยาบาลจะมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วย เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกัน 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative) เป็นระบบที่ใช้กับผู้ที่สามารถจะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ พยาบาลมีบทบาทในการการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองให้มีเสถียรภาพ

ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative) เป็นระบบที่เหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง และพยาบาลมีหน้าที่ในการสอนให้คำแนะนำให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยในการปฏิบัติการดูแลตนเอง กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ โดยผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และกระทำการดูแลตนเองโดยปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต หลังจากได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งการช่วยเหลือภายใต้ระบบนี้ประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ 1) การชี้แนะ (guiding) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการให้คำปรึกษา พยาบาลและผู้ป่วยจะต้องมีการติดต่อสื่อสารกัน พยาบาลอาจใช้วิธีชี้แนะร่วมกับสนับสนุนได้ 2) การสนับสนุน (supporting) เป็นวิธีส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะอยู่ในภาวะเครียดหรือทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง เช่น พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยขณะที่หัดเดินครั้งแรกหลังจากเจ็บป่วยหนักมานานและคอยพูดให้กำลังใจ 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) การจัดสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลตามที่คาดหวัง 4) การสอน (teaching) เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

**โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด**

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบการศึกษาของพัชรินทร์ เชื่อมทอง, นิภา กิมสูงเนิน และรัชนี นามจันทรา (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด โดยการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน สนับสนุนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาพร้อมแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มใจแก่ผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-9.079, p=.000) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงหลังเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=-2.465, p=.014)

วรพรรณ มหาศรานนท์, ฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช และรุ้งนภา ชัยรัตน์ (2562) ศึกษาผลโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การดูแลตนเองที่ถูกต้อง ชี้แนะวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค สนับสนุนคู่มือในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ให้กำลังใจ โดยการพูดคุย และสัมผัสด้วยท่าทีที่นุ่มนวล และจัดสิ่งแวดล้อมบนหอผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม มีแสงสว่างและสงบ ส่งเสริมการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

กนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม และทานตะวัน สลีวงศ์ (2562) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสุโขทัย โดยการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกผ่านวีดิทัศน์ พร้อมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับทักษะที่จำเป็นได้แก่ การเช็ดตา การหยอดตา มีการติดตามการปฏิบัติตัวเป็นรายบุคคลโดยพยาบาลชี้แนะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สนับสนุนให้กำลังใจ แสดงความชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำกิจกรรมการรับฟังข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในห้องที่เป็นสัดส่วน สงบ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มทดลองการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกหลังให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.90, p< .01)

กฤษณา ดวงแก้ว, จริยวัตร คมพยัคฆ์ และนภาพร แก้วนิมิตชัย (2559) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด

และระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แนะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และแนะนำแนวทางในการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ สนับสนุนให้ความช่วยเหลือรับฟังปัญหาต่างๆและดูแลให้ให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ธีรภรณ์ บุณยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จากการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมการดุแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ มีการชี้แนะเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สนับสนุนการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยการติดจามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พร้อมให้กำลังใจ และมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และมีระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่ามีการนำระบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอน ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ดังที่พบจากการทบทวนวรรณข้างต้น ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก สรุปได้ว่ามีการให้การพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พร้อมให้ความช่วยเหลือทั้งหมด 4 วิธีภายใต้ระบบนี้ ได้แก่ 1) การชี้แนะแนวทางในการดูแลตนเอง การสังเกตุอาการผิดปกติ 2) การสนับสนุน ด้านสื่อการสอน ติดตามช่วยแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเอง และ 4) การสอน ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและสามารถช่วยลดอัตราการเกิดความรุนแรงทางด้านสุขภาพได้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาประยุกต์ใช้และพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและ

ให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตร เพื่อช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะท้องอืด ขาดความรู้ทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้ภาวะท้องอืด เป็นตัววัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือหากมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพียงพอและต่อเนื่องที่เป็นผลมากจากโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ก็จะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่มีภาวะท้องอืด

**โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง** รูปแบบการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากแนวคิดระบบการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 อย่าง ดังนี้ 1) การชี้แนะ โดยชี้แนะเกี่ยวกับวิธีป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด รวมทั้งให้ดูคลิปการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอด ฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย และแนะนำวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวด และการขอยาบรรเทาปวดเมื่อมีอาการปวด ก่อนการเคลื่อนไหวร่างกาย 2) การสนับสนุน โดยสนับสนุนด้านสื่อการเรียนรู้คลิปวิดีโอ หมากฝรั่ง ให้กำลังใจในการเผชิญอุปสรรค/ปัญหาพร้อมช่วยเหลือแก้ไข เพื่อส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันท้องอืดต่อได้ ประเมินการกลืนและดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งในครั้งแรกเพื่อป้องกันการสูดสำลัก 3) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยสร้างสร้างบรรยากาศที่ดีต่อการเรียนรู้ ได้แก่สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับมารดา การจัดสถานที่ ที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการปฏิบัติกิจกรรม 4) การสอน โดยให้ความรู้เรื่อง แนวทางในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

**ครั้งที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน** ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 2 การประเมินความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด โดยการสอบถามข้อมูลจากมารดา ใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด ใช้เวลา 30 นาที โดยปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1) การสอน โดยการทบทวนความรู้เรื่องการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและให้ความรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย อาการและอาการแสดง สาเหตุ ผลกระทบของภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ผ่านคลิปวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา

2) การชี้แนะ แนะนำวิธีการป้องกันหรือบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา ผ่านคลิปวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด สามารถทำได้ทันทีภายใน 2-6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด โดยปฏิบัติดังนี้ *การหายใจลึกๆ* สามารถทำได้ทันทีภายใน 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยการหายใจเข้าลึกๆ แล้ว กลั้นไว้ประมาณ 3 วินาที (นับ 1-2-3 ในใจ) จากนั้นหายใจออกช้าๆ นับ 1-2-3 วินาที เรียก 1 เซ็ท ทำ 5 เซ็ท ทุกๆ 2 ชั่วโมง *การบริหารขา* โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลง เมื่อหายจากอาการชาขา *การพลิกตะแคงตัว* สามารถทำได้ทันทีภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด/เมื่อหายจากอาการชาขา *การลุกนั่งบนเตียง* สามารถทำได้ทันทีภายใน 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด/เมื่อหายจากอาการชาขา *การลุกเดิน* ควรลุกเดินหลังจากแพทย์ถอดสายสวนปัสสาวะและน้ำเกลือ/หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง และลุกเดินอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 10 นาทีขึ้นไป หลังมื้ออาหาร โดยลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง (หลังอาหาร เช้า-เที่ยง-เย็น) 2) การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด สามารถทำได้หลังจากมารดาหายชาขาและสามารถลุกนั่งบนเตียงได้แล้ว (ประมาณ 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด) ให้มารดาเคี้ยวหมากฝรั่งในท่านั่ง เพื่อป้องกันการสำลัก โดยเคี้ยวนานครั้งละ 15 นาที ทุกๆ 8 ชั่วโมง และ 3) การรับประทาน ควรเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว เช่น น้ำข้าว น้ำซุปทีละนิดก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มเป็นอาหารอ่อน หรือโจ๊ก ข้าวต้ม จากนั้นค่อยๆ เปลี่ยนเป็นอาหารธรรมดา ตามลำดับ พยายามเลี่ยงการดื่มนมหรือน้ำอัดลม เพราะจะทำให้ท้องอืดได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้มารดาฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติจริงในวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัดคลอด

3) การสนับสนุน โดยสนับสนุนสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ คลิปวิดีโอเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย อาการและอาการแสดง สาเหตุ ผลกระทบของภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด และวิธีการป้องกันหรือบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา และให้สแกน QR code คลิปวิดีโอเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อให้มารดาทบทวนความรู้ด้วยตนเอง

4) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยการเตรียมสถานที่ในการสอนให้อยู่ในห้องที่เป็นสัดส่วน ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และพูดคุยอย่างเป็นกันเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

**ครั้งที่ 2 ระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด** กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ใช้เวลา 30 นาที โดยให้การสนับสนุนและให้ความรู้หลังการผ่าตัดเป็นรายบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การจัดสิ่งแวดล้อม แรกรับจากห้องผ่าตัด หากมารดายังไม่สามารถขยับขาได้ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การนอนพักผ่อน ยกราวกั้นเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

2) การชี้แนะ เมื่อมารดาตื่นดีไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะ แนะนำวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด ดังนี้ *การหายใจลึกๆ* โดยการหายใจเข้าลึกๆ แล้ว กลั้นไว้ประมาณ 3 วินาที (นับ 1-2-3 ในใจ) จากนั้นหายใจออกช้าๆ นับ 1-2-3 วินาที เรียก 1 set ทำ 5 set ทุกๆ 2 ชั่วโมง *การบริหารขา* โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลงข้างละ 10 ครั้ง (เมื่อสามารถขยับขาได้ 2 ข้าง) ทำทุกๆ 2 ชั่วโมง *การพลิกตะแคงตัว* (เมื่อสามารถขยับขาได้ 2 ข้าง) ทำทุกๆ 2 ชั่วโมง

**ครั้งที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระยะหลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง** ใช้เวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนและให้ความรู้หลังการผ่าตัดเป็นรายบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) สนับสนุนด้านร่างกาย ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านร่างกายของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งครั้งแรก ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ สอบถาม อาการวิงเวียนศีรษะ อาการคลื่นไส้อาเจียน และประเมินการกลืนโดยใช้แบบประเมินการกลืนของ PMR Siriraj Swallowing Screening ของมารดาเพื่อป้องกันการสำลัก

2) การชี้แนะ ผู้วิจัยแนะนำให้มารดาลุกนั่งบนเตียง ครั้งละ 30 นาที ทุก 2-3 ชั่วโมง และเคี้ยวหมากฝรั่งนานครั้งละ 15 นาที อย่างน้อยทุกๆ 8 ชั่วโมง (ผู้วิจัยกำหนดเวลาให้สัมพันธ์กับช่วงเวลาหลังผ่าตัดคลอด ออกเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 คือ เวลา 6.00 น, 14.00 น. และ, 21.00 น., ช่วงที่ 2 คือ เวลา 10.00 น. 18.00 น. และ 6.00 น. งดการเคี้ยวหมากฝรั่งช่วง 22.00- 5.00 น. เพื่อป้องกันการสูดสำลัก) เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ด้วยตนเอง แนะนำวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวด และการขอยาแก้ปวดเมื่อคะแนนความปวด ≥ 4 คะแนน ก่อนการเคลื่อนไหวทุกครั้ง

**ครั้งที่ 4 ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง** กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ใช้เวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนและให้ความรู้หลังการผ่าตัดเป็นรายบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การชี้แนะ โดยแนะนำให้มารดาลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง หลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ โดยลุกเดินนานเป็นเวลา 10 นาทีขึ้นไป

2) การสนับสนุน ผู้วิจัยสนับสนุนให้มารดาสามารถลุกเดินได้ด้วยตนเอง โดยดูแลช่วยเหลือในการลุกเดินครั้งแรกหลังถอดสายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มจากอาการวิงเวียนศีรษะและให้กำลังใจมารดา

## ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดและภาวะท้องอืด

### ผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องนี้ สร้างขึ้นจากระบบการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ซึ่งเหมาะสมกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ขาดความรู้ทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ประกอบด้วยการช่วยเหลือ 4 วิธี ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ดังนี้

1) การสอน (teaching) โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ มีการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด เนื่องจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด การสอนจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะช่วยเหลือมารดาในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะดังกล่าว เป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

2) การชี้แนะ (guiding) มารดาที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ จะได้รับการชี้แนะเกี่ยวกับวิธีป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด รวมทั้งให้ดูคลิปการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอด พร้อมฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดคลอด การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับกับมารดาหลังผ่าตัดคลอด ที่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองตนเองได้ภายใต้การแนะนำ และการให้คำปรึกษาจากพยาบาลและมารดาจะต้องมีการติดต่อสื่อสารกัน

3) การสนับสนุน (supporting) มารดาที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ จะได้รับการสนับสนุนด้านสื่อการเรียนรู้คือคลิปวิดีโอการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดให้สามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองได้ตลอดเวลา และดูแลอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนเป็นวิธีส่งเสริมความพยายามให้มารดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะอยู่ในภาวะเครียดหรือทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยโดยมุ่งเน้นให้มารดาเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง เช่น พยาบาลอยู่กับมารดาขณะที่หัดเดินครั้งแรกหลังจากผ่าตัดคลอดและคอยพูดให้กำลังใจ

4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ มีการจัดสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้และการปฏิบัติกิจกรรม

โดยการการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา ทั้งนี้การจัดสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีเพิ่มแรงจูงใจของมารดาในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลตามที่คาดหวัง

เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้รับการเหลือครบทั้ง 4 วิธี ได้แก่ 1) การชี้แนะ 2) การสนับสนุน 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง และ4) การสอน จะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดการเรียนรู้เข้าใจเหตุผลของการกระทำมากขึ้น และมารดาเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และกระทำการดูแลตนเองโดยปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต (Orem, 2001) ส่งผลให้มารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดดีกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการของโปรแกรมนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ เชื่อมทอง, นิภา กิมสูงเนิน และรัชนี นามจันทรา (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ที่ประกอบด้วยกิจกรรม การสอนและส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การสนับสนุนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาพร้อมแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน การชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของวรพรรณ มหาศรานนท์, ฐิติอาภา ตั้งค้าวานิช และรุ้งนภา ชัยรัตน์ (2562) ศึกษาผลโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในโรคหัวใจขาดเลือดที่ถูกต้อง ชี้แนะวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค สนับสนุนคู่มือในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้ผู้ป่วยและจัดสิ่งแวดล้อมบนหอผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมส่งเสริมการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของกนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม และทานตะวัน สลีวงศ์ (2562) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสุโขทัย โดยการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและสาธิตย้อนกลับทักษะที่จำเป็นได้แก่ การเช็ดตา การหยอดตา ชี้แนะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สนับสนุนให้กำลังใจแสดงความชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมโดยให้ผู้ป่วย

และผู้ดูแลทำกิจกรรมการรับฟังข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในห้องที่เป็นสัดส่วน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มทดลองการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกหลังให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือการศึกษาของกฤษณา ดวงแก้ว, จริยวัตรคมพยัคฆ์ และนภาพร แก้วนิมิตชัย (2559) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาแก่กลุ่มตัวอย่าง การชี้แนะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และแนะนำแนวทางในการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ การสนับสนุนให้ความช่วยเหลือรับฟังปัญหาต่างๆและดูแลให้ให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของธีรภรณ์ บุณยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ประกอบด้วยกิจกรรมการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมการดุแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ มีการชี้แนะเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การสนับสนุนมีการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยการติดจามเยี่ยมทางโทรศัพท์พร้อมให้กำลังใจ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ผลต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด**

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด มีกิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด และการได้อาหารหลอกขณะงดน้ำงดอาหาร ซึ่งช่วยป้องกันหรือลดภาวะท้องอืด ดังนี้

1. การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มารดาที่ได้รับโปรแกรมฯ จะได้รับการแนะนำให้เคลื่อนไหวร่างกายเร็ว ทันทีเมื่อมารดากลับจากห้องผ่าตัดคือ หากไม่มีอาการไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะ หายจากอาการชาขา จะมีการแนะนำให้มารดาการหายใจเข้าออกลึกๆช้าๆ ( deep breathing) และการบริหารขา โดยการประดกปลายเท้าขึ้นลง ต่อมาในระยะ 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด แนะนำให้พลิกตะแคงตัว และทำต่อเนื่องทุก 2 ชั่วโมง มารดาสามารถลุกนั่งนบเตียง ได้ในระยะ 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด นั่งนานครั้งละ 30 นาที และทำต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง มารดาที่ผ่าตัดคลอดจะได้รับคำแนะนำให้ลุกเดิน ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หลังจากมารดาได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะและสายน้ำเกลือ ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาเริ่มรับประทานอาหาร เดินนานครั้งละ 10 นาทีขึ้นไป อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร 3 มื้อ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัติประจำวันด้วยตนเองหลังผ่าตัดคลอด เมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจะมีการการใช้กล้าม เนื้อหน้าท้อง เกิดการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้กลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น มีการขับแก๊สที่ค้างอยู่กระเพาะอาหารและลำไส้ได้ดีขึ้น อาการท้องอืดลดลง (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559) ดังนั้นเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นพฤติกรรมจึงทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีภาวะท้องอืดลดลงตามมา

ผลจากพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วและต่อเนื่องหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจากโปรแกรมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Herman, Santoso and Yunitasari (2019) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอดต่อการกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดคลอด โดยกิจกรรมที่ให้คือการออกกำลังกายขาบนเตียง ภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยทำอย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง ห่างกันทุก 3 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มทดลองที่ถูกกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกายเร็วโดยการให้ผู้ป่วยบริหารขาบนเตียงภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบมีการกลับทำบีบตัวได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของรัชฎาภรณ์ จันทร์ธานี (2563) ศึกษาการนำแนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ที่เน้นการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเป็นระบบมาใช้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดี พบว่าที่ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสิริอร ข้อยุ่น, วริศรา ภู่ทวี และอาภา ศรีสร้อย (2562) ที่ศึกษา

ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพยุงเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่กิจกรรมเน้นการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วโดยใช้เครื่องพยุงในการเคลื่อนไหว พบว่าอาการอืดแน่นท้องในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯน้อยกว่ากลามควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การได้รับอาหารหลอกขณะงดน้ำงดอาหาร มารดาที่ได้รับโปรแกรมฯ จะได้รับการแนะนำให้เคี้ยวหมากฝรั่งในระยะงดน้ำงดอาหารหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มีการเคี้ยวทั้งหมด 3 ครั้ง โดยดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งครั้งแรก ภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด เคี้ยวนานครั้งละ 15 นาที และแนะนำให้มารดาเคี้ยวเอง อีก 2 ครั้ง ตามช่วงเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด ห่างกัน ทุก 6-8 ชั่วโมง งดการเคี้ยวหมากฝรั่งช่วงเวลา 22.00 น. – 6.00 น. เพื่อป้องกันการสูดสำลัก การเคี้ยวหมากฝรั่งถือเป็นการให้อาหารหลอก (sham feeding) เพราะการเคี้ยวจะกระตุ้นประสาท vagus ในทางเดินอาหารทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน gastrin, pancreatic, polypeptide และ neurotensin ช่วยให้กระตุ้นการบีบตัวของทางเดินอาหาร และในระหว่างการเคี้ยวหมากฝรั่ง พยาบาลต้องเฝ้าระวังเรื่องการสำลัก และควรให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่ง อย่างน้อยวันละ 3 ครั้งต่อวันตามมื้ออาหาร (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559) และนอกจากการเคี้ยวหมากฝรั่งมารดายังได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง คือ หลีกเลี่ยงการดื่มนม อาหารรสจัดอีกด้วย ดังนั้นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่ได้รับอาหารหลอกในระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ต้องงดน้ำงดอาหารตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ คือการเคี้ยวหมากฝรั่ง ซึ่งช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้มีการกลับมาทำงานของลำไส้เร็วขึ้น ส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีภาวะท้องอืดลดลง

ผลจากการเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดจากโปรแกรมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Ismail, Attia, Abd-Allah, Moghazy, & Mohamed, (2021) ที่ศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อระบบทางเดินอาหารและความพึงพอใจต่อการเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเคี้ยวหมากฝรั่งทั้งหมด 3 ครั้ง ทุก 8 ชั่วโมง นานครั้งละ 15 นาที พบว่า การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดทำให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารกลับมาเร็วขึ้น มีเสียงลำไส้และการเคลื่อนไหวของลำไส้ การผายลมเร็วขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Zainab, Akbar, Mahboob and Munir (2020) ศึกษาการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อเร่งการฟื้นตัวของลำไส้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยเคี้ยวหมากฝรั่งที่ 1 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่าการเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดที่1 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดช่วยให้ระยะเวลาในการได้ยินเสียงลำไส้และมีการผายลมหลังผ่าตัดคลอดเร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังมีการศึกษาของ Elgzar and Ghattas (2019) ที่ศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด

พบว่าการเคี้ยวหมากฝรั่งร่วมกับการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดจะทำให้ได้ยินเสียงลำไส้มีการผายลมเร็วกว่าการกระตุ้นการเคลื่อนไหวเพียงอย่างเดียวและมีภาวะท้องอืดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่าเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วและเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดและปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วและเคี้ยวหมากฝรั่งช่วงที่งดน้ำงดอาหารหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เป็นการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้กลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น มีการขับแก๊สที่ค้างอยู่กระเพาะอาหารและลำไส้ได้ดีขึ้น มารดาที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้จึงเกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องน้อยกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

# บทที่ 3
# วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

## รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two group posttest only design) เนื่องจากตัวแปรตามทั้ง 2 ตัว ได้แก่ พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และภาวะท้องอืด เกิดหลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จึงไม่สามารถประเมินก่อนการทดลองได้

| | | |
|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | X | $O_1$ |
| กลุ่มควบคุม | - | $O_2$ |

โดย X หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

$O_1$ หมายถึง คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และภาวะท้องอืดหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในระยะ 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

$O_2$ หมายถึง คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และภาวะท้องอืดหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะ 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

## สถานที่ในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษา ณ งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษและงานการพยาบาลพิเศษยูงทอง 3 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 844 เตียง และงานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานการพยาบาล

พิเศษยูงทอง 3 ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ทั้งรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ซึ่งมีการคลอดเฉลี่ยประมาณเดือนละ 200-300 ราย แบ่งเป็น การคลอดทางช่องคลอดเดือนละประมาณ 150-200 ราย และการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเดือนละประมาณ 90-120 ราย (สถิติการคลอด เดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568)

สำหรับแนวทางในการดูแลมารดาหลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีดังนี้ ก่อนผ่าตัดคลอดบุตรได้รับคำแนะนำการเตรียมตัวด้านร่างกายก่อน-หลังผ่าตัดคลอดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในการผ่าตัดคลอดที่มีการนัดหมายและวางแผนไว้ล่วงหน้าจะได้รับการระงับความรู้สึกผ่านทางไขสันหลัง (spinal block) หลังกลับจากห้องผ่าตัดดูแลให้งดน้ำงดอาหารตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ อย่างน้อย 12 ชั่วโมง และนอนพักผ่อนบนเตียง มีการกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวเมื่อนำบุตรมาให้ดูดนมภายใน 4-6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และกระตุ้นให้ดูดนมทุก 3 ชั่วโมง เช้าวันที่ 1 หลังการผ่าตัดคลอดจะให้เริ่มรับประทานอาหาร โดยเริ่มจากการจิบน้ำ มื้อเช้า อาหารเหลวใสมื้อเที่ยง อาหารอ่อนในมื้อเย็น หลังจากรับประทานอาหารได้ดี พยาบาลจะถอดสายสวนปัสสาวะตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และติดตามการปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมงหลังถอดสายสวนปัสสาวะ เมื่อปัสสาวะได้แล้วและไม่มีอาการหน้ามืดวิงเวียนศีรษะ จะถอดสายน้ำเกลือตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ พร้อมแนะนำให้มารดาหลังคลอดลุกเดินบ่อยๆ การได้รับยาบรรเทาปวด หากคะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนน โดยในช่วงที่งดน้ำงดอาหาร จะได้รับเป็นยาฉีดตามดุลยพินิจของแพทย์ หากรับประทานอาหารได้แล้ว จะได้รับเป็นยารับประทาน paracetamol 500 mg ครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดทุก 4-6 ชั่วโมง และเช้าวันที่ 2 หลังการผ่าตัด หากตรวจพบว่ามารดามีภาวะท้องอืด แพทย์จะพิจารณาให้ยาบรรเทาอาการท้องอืด เป็น Air-x 1 เม็ด เคี้ยวก่อนกลืนหลังอาหารเช้า เที่ยง เย็น เมื่อมารดามีสุขภาพดีไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จะได้รับการจำหน่ายหลังผ่าตัดคลอดบุตรครบ 72 ชั่วโมง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่เข้ารับบริการ ณ งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานการพยาบาลพิเศษยูงทอง 3 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่เข้ารับบริการ ณ งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานการพยาบาลพิเศษยูงทอง 3 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมี

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. มารดาอายุ 20-34 ปี
2. มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 37-41 สัปดาห์
3. ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรก แบบวางแผนล่วงหน้า (plan cesarean section) ที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนทางการแพทย์ ได้แก่ มีภาวะรกเกาะต่ำ ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง เป็นต้น
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ตั้งครรภ์แฝด ผ่าตัดทางหน้าท้อง เป็นต้น
5. ไม่มีข้อห้ามในการเคี้ยวหมากฝรั่ง เช่น ใส่ฟันปลอม จัดฟัน เป็นต้น
6. สามารถสื่อสาร โดยการพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนหลังเข้าร่วมการศึกษา เช่น ตกเลือดหลังคลอด มีภาวะบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้จากการผ่าตัด เป็นต้น
2. ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ไม่ครบทุกครั้ง

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.7 โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test ) เท่ากับ .80 โดยมีการทดสอบ 1 หาง และคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยอ้างอิงจากการวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ วิริยา ศิลา (2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการท้องอืดเฉลี่ย เท่ากับ 5.14 และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.29 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการท้องอืดเฉลี่ย เท่ากับ 5.64 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.87 คำนวณได้เท่ากับ 0.77 แทนค่าในโปรแกรม G*power version 3.1.9.7 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Polit, 2014) การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวมทั้งหมด 50 ราย

**การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จากหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาเพื่อเตรียมผ่าตัดคลอด ณ งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานการพยาบาลพิเศษยูงทอง 3 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยประสานงานให้พยาบาลช่วยสอบถามความสนใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้ผู้ที่คาดว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว พยาบาลจะส่งมาให้พูดคุยกับผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย หากหญิงตั้งครรภ์ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากในสัปดาห์ครั้งแรกเพียงครั้งเดียว เมื่อจับได้กลุ่มใดจะเก็บข้อมูลกลุ่มนั้นในสัปดาห์แรก และเก็บข้อมูลอีกกลุ่มในสัปดาห์ถัดไป ทำเช่นนี้สลับกันไปจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนกลุ่มละ 25 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** มีดังนี้

**1.1 โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง** รูปแบบการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากแนวคิดระบบการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 อย่าง ดังนี้ 1) การชี้แนะ โดยชี้แนะเกี่ยวกับวิธีป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด รวมทั้งให้ดูคลิปการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอด ฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย และแนะนำวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวด และการขอยาบรรเทาปวดเมื่อมีอาการปวด ก่อนการเคลื่อนไหวร่างกาย 2) การสนับสนุน โดยสนับสนุนด้านสื่อ

การเรียนรู้ คลิปวิดีโอ หมากฝรั่ง ให้กำลังใจในการเผชิญอุปสรรค/ปัญหาพร้อมช่วยเหลือแก้ไข เพื่อส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันท้องอืดต่อได้ ประเมินการกลืนและดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งในครั้งแรกเพื่อป้องกันการสูดสำลัก 3) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยสร้างสร้างบรรยากาศที่ดีต่อการเรียนรู้ ได้แก่สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับมารดา การจัดสถานที่ที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการปฏิบัติกิจกรรม 4) การสอน โดยให้ความรู้เรื่อง แนวทางในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

**ครั้งที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน** ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 2 การประเมินความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด โดยการสอบถามข้อมูลจากมารดา ใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด ใช้เวลา 30 นาที โดยปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1) การสอน โดยการทบทวนความรู้เรื่องการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและให้ความรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย อาการและอาการแสดง สาเหตุ ผลกระทบของภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ผ่านคลิปวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา

2) การชี้แนะ แนะนำวิธีการป้องกันหรือบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา ผ่านคลิปวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด สามารถทำได้ทันทีภายใน 2-6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด โดยปฏิบัติดังนี้ *การหายใจลึกๆ* สามารถทำได้ทันทีภายใน 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยการหายใจเข้าลึกๆ แล้ว กลั้นไว้ประมาณ 3 วินาที (นับ 1-2-3 ในใจ) จากนั้นหายใจออกช้าๆ นับ 1-2-3 วินาที เรียก 1 เซ็ท ทำ 5 เซ็ท ทุกๆ 2 ชั่วโมง *การบริหารขา* โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลง เมื่อหายจากอาการชาขา *การพลิกตะแคงตัว* สามารถทำได้ทันทีภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด/เมื่อหายจากอาการชาขา *การลุกนั่งบนเตียง* สามารถทำได้ทันทีภายใน 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด/เมื่อหายจากอาการชาขา *การลุกเดิน* ควรลุกเดินหลังจากแพทย์ถอดสายสวนปัสสาวะและน้ำเกลือ/หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง และลุกเดินอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 10 นาทีขึ้นไป หลังมื้ออาหาร โดยลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง (หลังอาหาร เช้า-เที่ยง-เย็น) 2) การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด สามารถทำได้หลังจากมารดาหายชาขาและสามารถลุกนั่งบนเตียงได้แล้ว (ประมาณ 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด) ให้มารดาเคี้ยวหมากฝรั่งในท่านั่ง เพื่อป้องกันการสำลัก โดยเคี้ยวนานครั้งละ 15 นาที ทุกๆ 8 ชั่วโมง และ 3) การรับประทาน ควรเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว เช่น น้ำข้าว น้ำซุปทีละนิดก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มเป็นอาหารอ่อน หรือโจ๊ก ข้าวต้ม จากนั้นค่อยๆ เปลี่ยนเป็นอาหารธรรมดา ตามลำดับ พยายามเลี่ยงการดื่มนมหรือน้ำอัดลม เพราะจะทำให้ท้องอืดได้ หลังจากนั้นผู้วิจัย

ให้มารดาฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติจริงในวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัดคลอด

3) การสนับสนุน โดยสนับสนุนสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ คลิปวิดีโอเรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย อาการและอาการแสดง สาเหตุ ผลกระทบของภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด และวิธีการป้องกันหรือบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา และให้สแกน QR code คลิปวิดีโอเรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อให้มารดาทบทวนความรู้ด้วยตนเอง

4) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยการเตรียมสถานที่ในการสอนให้อยู่ในห้องที่เป็นสัดส่วนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และพูดคุยอย่างเป็นกันเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

**ครั้งที่ 2 ระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด** กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ใช้เวลา 30 นาที โดยให้การสนับสนุนและให้ความรู้หลังการผ่าตัดเป็นรายบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การจัดสิ่งแวดล้อม แรกรับจากห้องผ่าตัด หากมารดายังไม่สามารถขยับขาได้ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การนอนพักผ่อน ยกราวกั้นเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

2) การชี้แนะ เมื่อมารดาตื่นดีไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะ แนะนำวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด ดังนี้ *การหายใจลึกๆ* โดยการหายใจเข้าลึกๆ แล้ว กลั้นไว้ประมาณ 3 วินาที (นับ 1-2-3 ในใจ) จากนั้นหายใจออกช้าๆ นับ 1-2-3 วินาที เรียก 1 set ทำ 5 set ทุกๆ 2 ชั่วโมง *การบริหารขา* โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลงข้างละ 10 ครั้ง (เมื่อสามารถขยับขาได้ 2 ข้าง) ทำทุกๆ 2 ชั่วโมง *การพลิกตะแคงตัว* (เมื่อสามารถขยับขาได้ 2 ข้าง) ทำทุกๆ 2 ชั่วโมง

**ครั้งที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระยะหลังผ่าตัด6-8 ชั่วโมง** ใช้เวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนและให้ความรู้หลังการผ่าตัดเป็นรายบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) สนับสนุนด้านร่างกาย ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านร่างกายของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งครั้งแรก ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพ สอบถาม อาการวิงเวียนศีรษะ อาการคลื่นไส้อาเจียน และประเมินการกลืนโดยใช้แบบประเมินการกลืนของ PMR Siriraj swallowing screening ของมารดา เพื่อป้องกันการสำลัก

2) การชี้แนะ ผู้วิจัยแนะนำให้มารดาลุกนั่งบนเตียง ครั้งละ 30 นาที ทุก 2-3 ชั่วโมง และเคี้ยวหมากฝรั่งนานครั้งละ 15 นาที อย่างน้อยทุกๆ 8 ชั่วโมง (ผู้วิจัยกำหนดเวลาให้สัมพันธ์กับช่วงเวลาหลังผ่าตัดคลอด ออกเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 คือ เวลา 6.00 น, 14.00 น. และ, 21.00 น., ช่วงที่ 2 คือ เวลา 10.00 น. 18.00 น. และ 6.00 น. งดการเคี้ยวหมากฝรั่งช่วง 22.00- 5.00 น.

เพื่อป้องกันการสูดสำลัก) เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ด้วยตนเอง แนะนำวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวด และการขอยาแก้ปวดเมื่อคะแนนความปวด ≥ 4 คะแนน ก่อนการเคลื่อนไหวทุกครั้ง

**ครั้งที่ 4 ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง** กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ใช้เวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนและให้ความรู้หลังการผ่าตัดเป็นรายบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การชี้แนะ โดยแนะนำให้มารดาลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง หลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ โดยลุกเดินนานเป็นเวลา 10 นาทีขึ้นไป

2) การสนับสนุน ผู้วิจัยสนับสนุนให้มารดาสามารถลุกเดินได้ด้วยตนเอง โดยดูแลช่วยเหลือในการลุกเดินครั้งแรกหลังถอดสายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มจากอาการวิงเวียนศีรษะและให้กำลังใจมารดา

**1.2 คลิปวิดีโอ** เรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

**2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล** มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สาเหตุของการผ่าตัดคลอด ชนิดของยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังที่ได้รับ ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอด ยาที่ได้รับหลังผ่าตัดคลอด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด เช่น การหายใจแบบ deep breathing การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง ลุกเดิน และ 2) การรับประทานอาหารหลังผ่าตัดคลอด โดยสอบถามความถี่และระยะเวลาในการทำกิจกรรม และปริมาณการรับประทานอาหาร มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) 3 คำตอบ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ให้คะแนน 0 ถึง 2 คะแนน มีทั้งหมด 8 ข้อคำถาม การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดโดยรวม แบ่งโดยใช้อันตรภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้

0-5 = พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดระดับน้อย

6-10 = พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดระดับปานกลาง

11-16 = พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดระดับดี

มีรายละเอียดข้อคำถามดังนี้

1. สอบถามจำนวนครั้งของการหายใจเข้าออกลึกๆ (deep breathing) ในช่วง 2-4 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งคะแนน เป็น 3 ระดับ ได้แก่

ไม่ได้ปฏิบัติเลย = 0 คะแนน

ปฏิบัติ 1-4 เซ็ท = 1 คะแนน

`ปฏิบัติตั้งแต่ 5 เซ็ทขึ้นไป = 2 คะแนน

2. สอบถามจำนวครั้งของการพลิกตะแคงตัว ในช่วง 6-8 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ไม่ได้ปฏิบัติเลย = 0 คะแนน

ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง = 1 คะแนน

ปฏิบัติตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป = 2 คะแนน

3. สอบถามจำนวนครั้งในการลุกนั่งบนเตียงหรือนั่งห้อยขา ในช่วง 6-8 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ไม่ได้ปฏิบัติเลย = 0 คะแนน

ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง = 1 คะแนน

ปฏิบัติตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป = 2 คะแนน

4. สอบถามระยะเวลาที่ใช้ในการลุกนั่งบนเตียงหรือนั่งห้อยขาบนเตียงในช่วง 6-8 ชั่วโมงที่ผ่านมา นานครั้งละกี่นาที แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ยังไม่ได้ปฏิบัติ = 0 คะแนน

ปฏิบัตินานน้อยกว่า 10 นาที/ครั้ง = 1 คะแนน

`ปฏิบัตินาน 10-15 นาที/ครั้ง = 2 คะแนน

5. สอบถามจำนวนครั้งในการลุกเดิน ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ไม่ได้ปฏิบัติเลย = 0 คะแนน

ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง = 1 คะแนน

`ปฏิบัติตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป = 2 คะแนน

6. สอบถามระยะเวลาที่ใช้ในการลุกเดิน ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา นานครั้งละกี่นาที แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ยังไม่ได้ปฏิบัติ = 0 คะแนน

ปฏิบัตินานน้อยกว่า 10 นาที/ครั้ง = 1 คะแนน

ปฏิบัตินานมากกว่า 10 นาที/ครั้ง = 2 คะแนน

7. สอบถามชนิดของอาหารที่รับประทานอาหารในมื้อแรกหลังผ่าตัดคลอด แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่

<u>ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก</u>

อาหารปกติ เช่น ข้าวสวย = 0 คะแนน

อาหารอ่อน เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม = 1 คะแนน

อาหารเหลว เช่น น้ำข้าว น้ำซุป = 2 คะแนน

<u>ในระยะ 48 ชั่วโมงแรก</u>

อาหารปกติ เช่น ข้าวสวย = 0 คะแนน

อาหารอ่อน เช่น น้ำข้าว น้ำซุป = 1 คะแนน

อาหารเหลว เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม = 2 คะแนน

8. สอบถามความถี่ ในการรับประทานอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้แก่ การดื่มนม น้ำอัดลม อาหารรสเผ็ด แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่

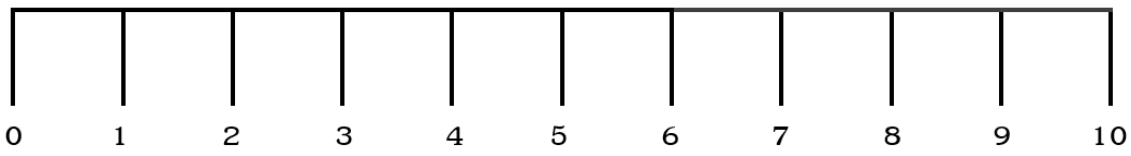
ไม่ได้ปฏิบัติ = 0 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง = 1 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยๆ = 2 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ของ วิริยา ศิลา (2560) ที่พัฒนามาจากแบบประเมินท้องอืดของหนูเพียร ชาทองยศ (2550) ประกอบด้วย การประเมินความรู้สึกท้องอืด การประเมินการเรอ การประเมินการผายลม การประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ การประเมินขนาดเส้นรอบท้อง ที่ผ่านการหาค่าตรงเชิงเนื้อหา (content validity : CVI) เท่ากับ 0.93 และค่าเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88 (วิริยา ศิลา, 2560) มีรายละเอียดดังนี้

*<u>1. แบบประเมินความรู้สึกท้องอืด</u>* ผู้ช่วยวิจัย สอบถามกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ขณะนี้ท่านมีความรู้สึกปวดแน่น อืดอัดท้องเท่าใด โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกท้องอืดด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numeric rating scale) (Deloach et al., 1998)



กำหนดคะแนนความรู้สึกท้องอืด ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกท้องอืด

1-3 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกท้องอืดเล็กน้อย

4-6 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกท้องอืดปานกลาง

7-9 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกท้องอืดมาก

10 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกท้องอืดมากที่สุด

แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับคะแนน 8-10 = 4 คะแนน

ระดับคะแนน 5-7 = 3 คะแนน

ระดับคะแนน 2-4 = 2 คะแนน

ระดับคะแนน 0-1 = 1 คะแนน

2. แบบประเมินการเรอ โดยผู้ช่วยวิจัยสอบถามผู้ป่วยตามจำนวนครั้งของการเรอใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ไม่มีการเรอใน 4 ชั่วโมง = 4 คะแนน

มีการเรอ 1 ครั้ง ใน 4 ชั่วโมง = 3 คะแนน

มีการเรอ 2 ครั้ง ใน 4 ชั่วโมง = 2 คะแนน

มีการเรอ ≥ 3 ครั้ง ใน 4 ชั่วโมง = 1 คะแนน

3. แบบประเมินการผายลม โดยสอบถามผู้ป่วยตามจำนวนครั้งของการผายลมใน 4 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ไม่มีการผายลมใน 4 ชั่วโมง = 4 คะแนน

มีการผายลม 1 ครั้ง ใน 4 ชั่วโมง = 3 คะแนน

มีการผายลม 2 ครั้ง ใน 4 ชั่วโมง = 2 คะแนน

มีการผายลม ≥ 3 ครั้ง ใน 4 ชั่วโมง = 1 คะแนน

4. ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยผู้วิจัยฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ทั้ง 4 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 1 นาที แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยเป็นจำนวนครั้งต่อนาที แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ไม่มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ = 4 คะแนน

มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ < 3 ครั้ง/นาที = 3 คะแนน

มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ 3-4 ครั้ง/นาที = 2 คะแนน

มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ≥ 5 ครั้ง/นาที = 1 คะแนน

5. แบบประเมินขนาดเส้นรอบท้อง โดยผู้วิจัย ให้ผู้ป่วยนอนราบหนุนหมอนแล้วใช้สายวัดรอบท้องผ่านระดับสะดือ ภายหลังผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่แล้วกลั้นไว้ เปรียบเทียบกับเส้นรอบท้องตามปกติของผู้ป่วย แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่

เพิ่มจากปกติ > 6.1 เซนติเมตร = 4 คะแนน

เพิ่มจากปกติ 4.1-6.0 เซนติเมตร = 3 คะแนน

เพิ่มจากปกติ 2.1-4.0 เซนติเมตร = 2 คะแนน

เพิ่มจากปกติ ≤ 2.0 เซนติเมตร = 1 คะแนน

นำคะแนนของการประเมินภาวะท้องอืดทั้ง 5 เกณฑ์มารวมกัน แบ่งระดับอาการท้องอืด เป็น 4 ระดับ ได้แก่

5 คะแนน = ไม่มีอาการท้องอืด

5.1-10 คะแนน = มีอาการท้องอืดเล็กน้อย

10.1-15 คะแนน = มีอาการท้องอืดปานกลาง

> 15 คะแนน = มีอาการท้องอืดมาก

**การหาคุณภาพของเครื่องมือ**

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง และคลิปวิดีโอการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้า และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ไปหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพแผนกสูติ-นรีเวชกรรม 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity index : CVI) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ได้เท่ากับ 0.86

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และแบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ไปทดลองใช้ (try out)กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเชื่อมั่น (reliability) ดังนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ได้ค่าเท่ากับ 0.75 แบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้ค่าเท่ากับ 0.70

## การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา (เลขที่ IRB3-150/2567) และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (เลขที่ 015/2568) พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการทดลอง การเก็บข้อมูล และระยะเวลาในการทำวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโดยสมัครใจและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลการบริการแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง ข้อมูลจะถูกทำลายภายหลังจากผลการวิจัยเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

## การเก็บรวมรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้างานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานการพยาบาลพิเศษยูงทอง 3 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และแบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ไปทดลองใช้ (try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ราย เพื่อนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1.2 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกหลังคลอด เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และภาวะท้องอืด เพื่อป้องกันไม่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอาใจ

ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และคำถามแต่ละข้อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ เพื่อให้สามารถตอบคำถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ รวมทั้งการวางตัวเป็นกลาง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาคำตอบด้วยตนเอง

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยไปที่งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานการพยาบาลพิเศษยูงทอง 3 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ขอให้พยาบาลช่วยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาเพื่อเตรียมผ่าตัดคลอด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก ตามเกณฑ์ที่กำหนดและช่วยสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้ที่คาดว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างสนใจ พยาบาลจะส่งมาพูดคุยกับผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย เมื่อผู้ที่คาดว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับฉลากครั้งแรกเพียงครั้งเดียว เมื่อจับได้กลุ่มใดจะเก็บข้อมูลกลุ่มนั้นในสัปดาห์แรก และเก็บข้อมูลอีกกลุ่มในสัปดาห์ถัดไป ทำเช่นนี้สลับกันไป และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบอยู่กลุ่มใด

2.3 ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.4 ดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

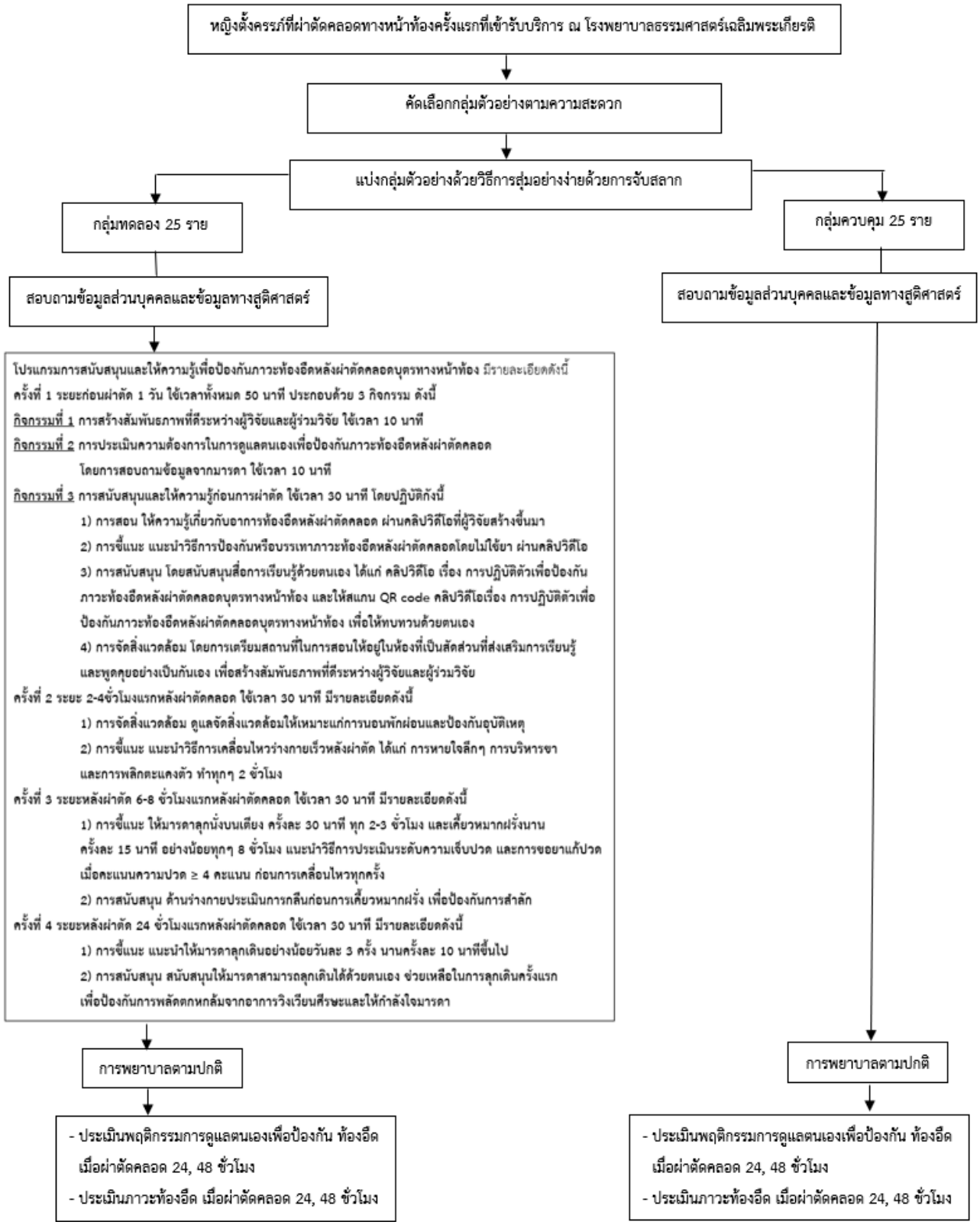
2.4.1 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดตามรายละเอียดที่กล่าวในโปรแกรมข้างต้นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว

2.4.2 การพยาบาลตามปกติ มีดังนี้ ก่อนผ่าตัดคลอดบุตรได้รับคำแนะนำการเตรียมตัวด้านร่างกายก่อน-หลังผ่าตัดคลอดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในการผ่าตัดคลอดที่มีการนัดหมายและวางแผนไว้ล่วงหน้าจะได้รับการระงับความรู้สึกผ่านทางไขสันหลัง (spinal block) หลังกลับจากห้องผ่าตัด ดูแลให้งดน้ำงดอาหารตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ อย่างน้อย 12 ชั่วโมง และนอนพักผ่อนบนเตียง มีการกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวเมื่อนำบุตรมาให้ดูดนมภายใน 4-6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และกระตุ้นให้ดูดนมทุก 3 ชั่วโมง เช้าวันที่ 1 หลังการผ่าตัดคลอดจะให้เริ่มรับประทานอาหาร โดยเริ่มจากการจิบน้ำมื้อเช้า ช่วง 9.00 น.- 11.00 น. อาหารเหลวใสมื้อเที่ยง เวลา 12.00 น.- 13.00 น. อาหารอ่อนในมื้อเย็น เวลา 16.00 น.- 17.00 น. หลังจากรับประทานอาหารได้ดี พยาบาลจะถอดสายสวนปัสสาวะตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ช่วง 10.00 น.- 14.00 น. และติดตามการปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมงหลังถอดสายสวนปัสสาวะ เมื่อปัสสาวะได้แล้ว และไม่มีอาการหน้ามืดวิงเวียนศีรษะ จะถอดสายน้ำเกลือตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ พร้อมแนะนำให้มารดาหลังคลอดลุกเดินบ่อยๆ การได้รับ

ยาบรรเทาปวดหากคะแนนความปวดมากกว่า 4 คะแนน โดยในช่วงที่งดน้ำงดอาหาร จะได้รับเป็นยาฉีดตามดุลยพินิจของแพทย์ หากรับประทานอาหารได้แล้ว จะได้รับเป็นยารับประทาน paracetamol 500 mg ครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวดทุก 4-6 ชั่วโมง และเช้าวันที่ 2 หลังการผ่าตัด หากตรวจพบว่ามารดามีภาวะท้องอืด แพทย์จะพิจารณาให้ยาบรรเทาอาการท้องอืด เป็น Air-x 1 เม็ด เคี้ยวก่อนกลืนหลังอาหารเช้า เที่ยง เย็น เมื่อมารดามีสุขภาพดีไม่มีภาะแทรกซ้อนใดๆ จะได้รับการจำหน่ายหลังผ่าตัดคลอดบุตรครบ 72 ชั่วโมง

2.5 การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และประเมินภาวะท้องอืด ทั้งหมด 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 หลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดครบ 48 ชั่วโมง ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

2.6 เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม




**ภาพที่ 2** แสดงแผนผังการดำเนินการ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สาเหตุของการผ่าตัดคลอด ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอด ยาที่ได้รับหลังผ่าตัดคลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความเท่าเทียมของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยตัวแปรระดับช่วงมาตรา (interval scale) และระดับอัตราส่วนมาตรา (ratio scale) วิเคราะห์โดยใช้สถิติทีแบบอิสระต่อกัน (independent t-test) สำหรับตัวแปรนามมาตรา (nominal scale) และอันดับมาตรา (ordinal scale) วิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบไควสแควร์ (chi-square test) และการทดสอบของฟิสเชอร์ Fisher's exact test)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติทีแบบอิสระ (independent t-test) โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทุกข้อ ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงปกติ โดยใช้การทดสอบจากกราฟ Q-Q Plot สถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient มีรายละเอียด ดังนี้

1) กราฟ Q-Q Plot พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชัวโมงหลังผ่าตัด ของทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวแบบเกาะกลุ่ม แสดงว่า ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution)

2) สถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient พบว่า ค่า Fisher skewness coefficient ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชัวโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลอง เท่ากับ -1.37 และ 0.11 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม เท่ากับ -0.68 และ -0.79 ตามลำดับ และค่า Fisher kurtosis coefficient ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลอง เท่ากับ -0.05 และ -1.41 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม เท่ากับ -0.76 และ -0.70 ตามลำดับ เมื่อ *p-value = .05* เทียบกับค่า critical value อยู่ในช่วง -1.96 ถึง +1.96 แสดงว่า ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution)

3.2 ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มาจากการสุ่ม (randomness) โดยการจัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับฉลากครั้งแรกเพียงครั้งเดียว เมื่อจับได้กลุ่มใดจะเก็บข้อมูลกลุ่มนั้นในสัปดาห์แรก และเก็บข้อมูลอีกกลุ่มในสัปดาห์ถัดไป ทำเช่นนี้สลับกันไปจนครบ ซึ่งเป็นการสุ่มตั้งแต่ต้น และจากการทดสอบด้วยสถิติ run test พบว่า *p-value* มากกว่า .05 ทั้ง 2 กลุ่ม แสดงว่า ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มาจากการสุ่ม (randomness)

3.3 ประชากรทั้ง 2 กลุ่ม มีความแปรปรวนเท่ากัน (homogeneity of variance) จากการทดสอบด้วยสถิติ Leven's Test พบว่า ค่า *p-value* ของพฤติกรรมในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เท่ากับ .189 และ .345 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่า ประชากรทั้ง 2 กลุ่ม มีความแปรปรวนเท่ากัน หรือไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 ประชากรทั้ง 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน (independence) จากการทดสอบด้วยสถิติ Durbin Watson coefficient พบว่า ค่า Durbin Watson coefficient ของพฤติกรรมในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เท่ากับ 1.64 และ 1.67 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5 ถึง 2.5 แสดงว่า ข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีแบบอิสระ (independent t-test) โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทุกข้อ ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงปกติ โดยใช้การทดสอบจากกราฟ Q-Q Plot สถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient มีรายละเอียด ดังนี้

1. กราฟ Q-Q Plotพบว่าของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชัวโมงหลังผ่าตัด ของทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวแบบเกาะกลุ่ม แสดงว่า ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution)

2. สถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient พบว่า ค่า Fisher skewness coefficient ของคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลอง เท่ากับ -0.23 และ 1.05 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.47 และ -0.40 ตามลำดับ และค่า Fisher kurtosis coefficient ของคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชัวโมงหลังผ่าตัด กลุ่มทดลอง เท่ากับ 0.94 และ -0.72 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม เท่ากับ -1.26 และ -0.97 ตามลำดับ เมื่อ *p-value = .05* เทียบกับค่า critical value อยู่ในช่วง-1.96 ถึง +1.96 แสดงว่า ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution)

4.2 ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มาจากการสุ่ม (randomness) โดยการจัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับฉลากครั้งแรกเพียงครั้งเดียว เมื่อจับได้กลุ่มใดจะเก็บข้อมูลกลุ่มนั้นในสัปดาห์แรก และเก็บข้อมูลอีกกลุ่มในสัปดาห์ถัดไป ทำเช่นนี้สลับกันไปจนครบ ซึ่งเป็นการสุ่มตั้งแต่ต้น

4.3 ประชากรทั้ง 2 กลุ่ม มีความแปรปรวนเท่ากัน (homogeneity of variance) จากการทดสอบด้วยสถิติ Leven's Test พบว่า ค่า *p-value* ของภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เท่ากับ .11 และ .22 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า .05 แสดงว่า ประชากรทั้ง 2 กลุ่ม มีความแปรปรวนเท่ากัน หรือไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.4 ประชากรทั้ง 2 กลุ่ม เป็นอิสระต่อกัน (independence) จากการทดสอบด้วยสถิติ Durbin Watson coefficient พบว่า ค่า Durbin Watson coefficient ของภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เท่ากับ 2.13 และ 2.07 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.5 ถึง 2.5 แสดงว่า ข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน

# บทที่ 4
# ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผลการวิจัยนำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง**

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ผ่าตัดคลอดครั้งแรกแบบวางแผนล่วงหน้าที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย กลุ่มควบคุม 25 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างคงเหลือจำนวน 47 ราย (ร้อยละ 94) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย (ร้อยละ 46) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 2 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย (ร้อยละ 48) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวที่ระยะ 36 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และสถานภาพสมรส ส่วนข้อมูลทางสูติศาสตร์ ประกอบด้วย ประวัติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สาเหตุของการผ่าตัดคลอด ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอด และยาที่ได้รับหลังผ่าตัดคลอด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 47)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง (n = 23 ) | | กลุ่มควบคุม (n = 24 ) | | [a]t-test or [b]$X^2$ or [c]Fisher's exact test | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| **อายุ (ปี)** | (Mean = 31.70, SD = 2.84) (Min-Max = 21-34) | | (Mean = 30.63, SD = 2.90) (Min-Max = 21-34) | | 1.279 [a] | .66 |
| 20-25 ปี | 1 | 4.30 | 1 | 4.20 | | |
| 26-30 ปี | 4 | 17.40 | 7 | 29.20 | | |
| 31-34 ปี | 18 | 78.30 | 16 | 66.70 | | |
| **ระดับการศึกษา** | | | | | 2.45 [b] | .87 |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 1 | 4.30 | 0 | 0.0 | | |
| ประถมศึกษา | 1 | 4.30 | 1 | 4.20 | | |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 2 | 8.70 | 2 | 8.30 | | |
| ปวช./ ปวส. | 4 | 17.30 | 5 | 20.80 | | |
| ปริญญาตรี/โท | 15 | 65.20 | 16 | 66.70 | | |
| **ศาสนา** | | | | | N/A | 1.00 |
| พุทธ | 23 | 100 | 23 | 95.80 | | |
| อิสลาม | 0 | 0.00 | 1 | 4.20 | | |
| **อาชีพ** | | | | | 5.66 [b] | .23 |
| ไม่ได้ทำงาน | 1 | 4.30 | 2 | 8.30 | | |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 4 | 17.40 | 3 | 12.50 | | |
| รับจ้างทั่วไป | 4 | 17.40 | 0 | 0.00 | | |
| ข้าราชการ/งานประจำ | 14 | 60.80 | 19 | 79.20 | | |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง ( n = 23 ) | | กลุ่มควบคุม ( n = 24 ) | | [a]t-test or [b]$X^2$ or [c]Fisher's exact test | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| **รายได้ของครอบครัว/เดือน (บาท)** | (Mean = 42,260.00, SD = 20,483.29) (Min = 18,000.00, Max = 100,000) | | (Mean = 43,625.00, SD = 19,908.08) (Min = 19,000 , Max = 97,000) | | -.23 [a] | .82 |
| 0-20,000 | 4 | 17.40 | 2 | 8.30 | | |
| 20,001-30,000 | 3 | 13.00 | 4 | 16.70 | | |
| 30,001-40,000 | 6 | 26.10 | 7 | 29.20 | | |
| > 40,001 | 10 | 43.40 | 11 | 45.80 | | |
| **สถานภาพสมรส** | | | | | N/A | .49 |
| คู่ | 22 | 95.70 | 24 | 100.00 | | |
| หม้าย/หย่าร้าง | 1 | 4.30 | 0 | 0.00 | | |

จากตารางที่ 1 พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 31.70 ปี (SD = 2.84) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 30.63 ปี (SD = 2.90) ทั้ง 2 กลุ่มมีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด โดยกลุ่มทดลองมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.90 กลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.70 ทั้ง 2 กลุ่มเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ โดยกลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 กลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.80 และมีอาชีพพนักงานประจำ โดยกลุ่มทดลองมีอาชีพพนักงานประจำ ร้อยละ 39.10 กลุ่มควบคุมมีอาชีพพนักงานประจำ ร้อยละ 41.70 กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 42,260 บาท/เดือน (SD = 20,483.29) กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ย 43,625.00 บาท/เดือน (SD = 19,908.08) และทั้ง 2 กลุ่มเกือบทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ โดยกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.70 ส่วนกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยอายุ และรายได้ ใช้สถิติทีแบบอิสระต่อกัน (independent t-test) ระดับการศึกษาและอาชีพ ใช้การทดสอบไควสแควร์ (chi-Square Test) และข้อมูลศาสนาและสถานภาพสมรส ใช้สถิติการทดสอบของฟิสเชอร์ (Fisher's exact test) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 47)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง ( n = 23 ) | | กลุ่มควบคุม ( n = 24 ) | | [a]t-test or [b]$X^2$ or [c]Fisher's exact test | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| **ประวัติการตั้งครรภ์** | | | | | | |
| จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ | | | | | 1.20[b] | .55 |
| ครรภ์แรก | 15 | 65.20 | 18 | 75.00 | | |
| ครรภ์หลัง | 8 | 34.80 | 6 | 25.00 | | |
| จำนวนครั้งของการคลอด | | | | | 1.75[b] | .63 |
| ครั้งแรก | 19 | 82.60 | 21 | 87.50 | | |
| ครั้งหลัง | 4 | 17.40 | 3 | 12.50 | | |
| จำนวนครั้งของการแท้ง | | | | | 1.20[b] | .55 |
| ไม่เคยแท้ง | 20 | 87.00 | 21 | 87.50 | | |
| เคยแท้ง | 3 | 13.00 | 3 | 12.50 | | |
| จำนวนบุตรที่มีชีวิต | | | | | 1.75[b] | .63 |
| 1 คน | 19 | 82.60 | 21 | 87.50 | | |
| มากกว่า 1 คน | 4 | 17.4 | 3 | 12.50 | | |
| อายุครรภ์ (GA) | (Mean = 38.39, SD = 1.03) (Min-Max =37.3 40.1) | | (Mean = 38.25, SD = 1.07) (Min-Max =37.1-40) | | 0.46 [a] | .91 |
| อายุครรภ์ (GA) (ต่อ) | 5 | 21.70 | 7 | 29.20 | | |
| 37-$37^{+6}$ สัปดาห์ | | | | | | |
| 38 – $38^{+6}$ สัปดาห์ | 8 | 34.80 | 8 | 33.30 | | |
| 39 – $39^{+6}$ สัปดาห์ | 6 | 26.10 | 5 | 20.80 | | |
| 40 สัปดาห์ขึ้นไป | 4 | 17.40 | 4 | 16.70 | | |
| **สาเหตุการผ่าตัดคลอด** | | | | | 2.13 [b] | .71 |
| Elective | 15 | 65.20 | 12 | 50.00 | | |
| Placenta previa | 3 | 13.00 | 3 | 12.50 | | |
| Oligohydramnios | 1 | 4.30 | 1 | 4.20 | | |
| Fetal macrosomia | 0 | 0.00 | 1 | 4.20 | | |
| Breech presentation | 4 | 17.40 | 7 | 29.20 | | |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง (n=23) | | กลุ่มควบคุม (n=24) | | [a]t-test or [b]$X^2$ or [c]Fisher's exact test | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| **ปริมาณเลือดที่สูญเสีย (ml)** | (Mean = 441.30, SD = 183.81) (Min - Max = 200-800) | | (Mean = 433.33, SD = 201.44) (Min - Max = 100-900) | | .67[a] | .45 |
| 100-299 | 2 | 8.70 | 5 | 20.80 | | |
| 300-499 | 12 | 52.20 | 10 | 41.70 | | |
| ≥ 500 | 9 | 39.10 | 9 | 37.50 | | |
| **ยาที่ได้รับหลังผ่าตัดคลอด** | | | | | | |
| การได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน (Plasil/ Motilium) | | | | | N/A | 1.00 |
| ได้รับ | 2 | 8.70 | 3 | 12.50 | | |
| ไม่ได้รับ | 21 | 91.30 | 21 | 87.50 | | |
| การได้รับบรรเทาอาการท้องอืด (Simethicone) | | | | | N/A | .38 |
| ได้รับ | 15 | 65.20 | 12 | 50.00 | | |
| ไม่ได้รับ | 8 | 34.80 | 12 | 50.00 | | |

จากตารางที่ 2 พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้ง 2 กลุ่มเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกมากที่สุดโดยกลุ่มทดลองเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 65.20 กลุ่มควบคุมเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 75 และส่วนใหญ่เป็นการคลอดครั้งแรก โดยกลุ่มทดลองคลอดครั้งแรก ร้อยละ 82.60 กลุ่มควบคุมคลอดครั้งแรก ร้อยละ 87.50 ไม่มีประวัติการแท้งบุตร โดยกลุ่มทดลองไม่มีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 87 กลุ่มควบคุมไม่ประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 87.50 และมีจำนวนบุตรที่มีชีวิต 1 คน โดยกลุ่มทดลองมีบุตรที่มีชีวิต 1 คน ร้อยละ 82.60 กลุ่มควบคุมมีบุตรที่มีชีวิต 1 คน ร้อยละ 87.50 อายุครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัด กลุ่มทดลองมีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.39 สัปดาห์ (SD =1.03) กลุ่มควบคุม มีอายุครรภ์เฉลี่ย 38.25 สัปดาห์ (SD =1.07) สาเหตุการผ่าตัดคลอดของทั้ง 2 กลุ่มเป็นการเลือกผ่าตัดคลอดมากที่สุด โดยกลุ่มทดลองเลือกผ่าตัดคลอด ร้อยละ 65.20 กลุ่มควบคุมเลือกผ่าตัดคลอด ร้อยละ 50 การสูญเสียเลือดหลังผ่าตัดคลอด กลุ่มทดลองสูญเสียเลือดเฉลี่ย 441.30 ml (SD =183.81) กลุ่มควบคุมสูญเสียเลือดเฉลี่ย 433.33 ml (SD =201.44) ทั้ง 2 กลุ่มเกือบทั้งหมดไม่ได้รับยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยกลุ่มทดลองไม่ได้รับยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 91.30 กลุ่มควบคุมไม่ได้รับยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน

ร้อยละ 87.50 การได้รับยาบรรเทาอาการท้องอืด กลุ่มทดลองได้รับยาบรรเทาอาการท้องอืด ร้อยละ 65.20 และกลุ่มควบคุมได้รับยาบรรเทาอาการท้องอืด ร้อยละ 50

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย อายุครรภ์ และปริมาณเลือดที่สูญเสีย (ml) ใช้สถิติทีแบบอิสระต่อกัน (independent t-test) ประวัติการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด จำนวนครั้งของการแท้ง จำนวนบุตรที่มีชีวิต และสาเหตุการผ่าตัดคลอด ใช้สถิติการทดสอบไควสแควร์ (Chi-square test) ส่วนข้อมูลการได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียนและการได้รับบรรเทาอาการท้องอืดใช้สถิติการทดสอบของฟิสเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

**ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงของสถิติทุกข้อ ดังที่กล่าวในบทที่ 3 ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 47) ด้วยสถิติ independent t-test

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง (n = 23) | | กลุ่มควบคุม (n = 24) | | Mean difference | t | df | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD | | | | |
| **พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด** | | | | | | | | |
| ระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด | 13.35 | 1.85 | 11.63 | 1.44 | 1.72 | 3.57 | 45 | < .001 |
| ระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด | 14.65 | 1.07 | 12.04 | 1.43 | 2.61 | 7.06 | 45 | < .001 |

จากตารางที่ 3 พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด เท่ากับ 13.35 (SD = 1.85) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.63 (SD = 1.44) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{45}$ = 3.57, p < .001) ซึ่งแสดงว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดดีกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด เท่ากับ 14.65 (SD = 1.07) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.04 (SD = 1.43) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{45}$ = 7.06, p < .001) เช่นกัน ซึ่งแสดงว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดดีกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test โดยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงของสถิติทุกข้อ ดังที่กล่าวในบทที่ 3 ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 47) โดยใช้ สถิติ independent t-test

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง (n = 23) | | กลุ่มควบคุม (n = 24) | | Mean difference | t | df | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD | | | | |
| **ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด** | | | | | | | | |
| ระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด | 8.78 | 1.62 | 12.29 | 1.94 | -3.51 | -6.70 | 45 | < .001 |
| ระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด | 7.52 | 1.90 | 10.71 | 1.52 | -3.19 | -6.36 | 45 | < .001 |

จากตารางที่ 4 พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เท่ากับ 8.78 (SD = 1.62) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.29 (SD = 1.94) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{45}$ = -6.70, p < .001) ซึ่งแสดงว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด เท่ากับ 7.52 (SD = 1.90) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.71 (SD=1.52) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{45}$ = -6.36, p < .001) เช่นกัน ซึ่งแสดงว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีภาวะท้องอืดในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

# บทที่ 5
# สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

## สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two group posttest only design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรกแบบวางแผนล่วงหน้า ที่เข้ารับบริการ ณ งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานการพยาบาลพิเศษยูงทอง 3 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 47 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง และคลิปวิดีโอเรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง 2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และแบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไควสแควร์ (Chi-square test) การทดสอบของฟิสเชอร์ (Fisher's exact test) และสถิติทีแบบอิสระ (independent t-test) สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดดีกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{45}$ = 3.57, $p < .001$; $t_{45}$ = 7.06, $p < .001$ ตามลำดับ)

2. มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{45}$ = - 6.70, $p< .001$; $t_{45}$ = - 6.36, $p < .001$ ตามลำดับ)

## การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

**วัตถุประสงค์ข้อ 1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดดีกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{45} = 3.57$, $p < .001$; $t_{45} = 7.06$, $p < .001$ ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องมาจากการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ทั้ง 4 ครั้ง มีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ 1) การสอน (teaching) โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด เมื่อมารดาได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด มารดาจะเกิดการพัฒนาความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด เข้าใจเหตุผลของการกระทำมากและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับการดำเนินชีวิต (กนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม และทานตะวัน สลีวงศ์, 2562) 2) การชี้แนะ (guiding) โดยมีการชี้แนะเกี่ยวกับวิธีป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด รวมทั้งให้ดูคลิปการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอด พร้อมฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอด ในระยะก่อนผ่าตัดคลอด เมื่อมารดาได้รับการชี้แนะที่ถูกต้อง และมีการสื่อสารกันระหว่างพยาบาลและมารดา จะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้เหมาะสมและตรงกับปัญหาหรือความต้องการของมารดาเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม(กนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม และทานตะวัน สลีวงศ์, 2562) 3) การสนับสนุน (supporting) มีการสนับสนับด้านสื่อการเรียนรู้โดยมารดาที่ผ่าตัดคลอดได้ดูคลิปวิดีโอ เรื่อง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และได้รับ QR code สำหรับคลิปวิดีโอดังกล่าว ไว้สแกน เพื่อทบทวนความรู้ด้วยตนเองได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดข้อสงสัย ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาะวท้องอืดได้ถูกต้อง (ธีรภรณ์ บุณยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์, 2561) 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) โดยมีการจัดสถานที่ในการสอนเป็นห้องที่มีความเป็นสัดส่วนเหมาะสมต่อการเรียนรู้ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและมารดาหลังผ่าตัดคลอด

เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นต่อการให้ความเชื่อเหลือ ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศที่ดีต่อการเรียนรู้ เป็นการเพิ่มแรงจูงใจของมารดาในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องอืดได้อย่างเหมาะสม (ธีรภรณ์ บุณยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์, 2561)

เมื่อมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตร ได้รับการเหลือครบทั้ง 4 วิธี ช่วยให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดการเรียนรู้ เข้าใจเหตุผลของการกระทำมากขึ้น และมารดาเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และกระทำการดูแลตนเองโดยปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต (Orem, 2001) ส่งผลให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดดีกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการของโปรแกรมนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ เชื่อมทอง, นิภา กิมสูงเนิน และรัชนี นามจันทรา (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ที่ประกอบด้วย กิจกรรมการสอนและส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การสนับสนุนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาพร้อมแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน  การชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของกนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม และทานตะวัน สลีวงศ์ (2562) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสุโขทัย โดยการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและสาธิตย้อนกลับทักษะที่จำเป็นได้แก่ การเช็ดตา การหยอดตา ชี้แนะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สนับสนุนให้กำลังใจแสดงความชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำกิจกรรมการรับฟังข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ในห้องที่เป็นสัดส่วน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกกลุ่มทดลองการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกหลังให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของกฤษณา ดวงแก้ว, จริยวัตร คมพยัคฆ์ และนภาพร แก้วนิมิตชัย (2559) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2  มีการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาแก่กลุ่มตัวอย่าง การชี้แนะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และแนะนำแนวทางในการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ การสนับสนุนให้ความช่วยเหลือรับฟังปัญหาต่างๆและดูแลให้ให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของธีรภรณ์ บุณยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กประกอบด้วยกิจกรรมการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมการดุแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ มีการชี้แนะเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การสนับสนุนมีการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องโดยการติดจามเยี่ยมทางโทรศัพท์พร้อมให้กำลังใจ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**วัตถุประสงค์ข้อ 2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t_{45}$ = - 6.70, $p < .001$; $t_{45}$ = - 6.36, $p < .001$ ตามลำดับ) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืด มีการแนะนำให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด (early ambulation) เมื่อมารดากลับจากห้องผ่าตัด หากไม่มีอาการไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะ หายจากอาการชาขา จะมีการแนะนำให้มารดาหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ (deep breathing) และการบริหารขา โดยการประดกปลายเท้าขึ้นลง

ต่อมาในระยะ 2-4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด แนะนำให้พลิกตะแคงตัว และทำต่อเนื่องทุก 2 ชั่วโมง มารดาสามารถลุกนั่งนบเตียง ได้ในระยะ 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด นั่งนานครั้งละ 30 นาที และทำต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง มารดาที่ผ่าตัดคลอดจะได้รับคำแนะนำให้ลุกเดิน ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หลังจากมารดาได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะและสายน้ำเกลือ ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาเริ่มรับประทานอาหาร เดินนานครั้งละ 10 นาทีขึ้นไป อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร 3 มื้อ รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตประจำวันด้วยตนเองหลังผ่าตัดคลอด เมื่อมารดาเกิดพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะช่วยทำให้การกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดคลอดเร็วขึ้นและมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Herman, Santoso and Yunitasari (2019) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอดต่อการกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดคลอด พบว่า กลุ่มทดลองที่ถูกกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกายเร็วโดยการให้ผู้ป่วยบริหารขาบนเตียงภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบมีการกลับมาทำงานบีบตัวได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของรัชฎาภรณ์ จันทร์ธานี (2563) ที่นำแนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ที่เน้นการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเป็นระบบมาใช้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดี พบว่าที่ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสิริอร ข้อยุ่น, วริศรา ภู่ทวี และอาภา ศรีสร้อย (2562) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพยุงเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่กิจกรรมเน้นการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วโดยใช้เครื่องพยุงในการเคลื่อนไหว พบว่า อาการอืดแน่นท้องในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯน้อยกว่ากลามควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดมารดาที่ผ่าตัดคลอดยังได้รับการดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งในระยะงดน้ำงดอาหารหลังผ่าตัดคลอด ทั้งหมด 3 ครั้ง โดยดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งครั้งแรก ภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด เคี้ยวนานครั้งละ 15 นาที และแนะนำให้มารดาเคี้ยวเองอีก 2 ครั้ง ตามช่วงเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด ห่างกัน ทุก 6-8 ชั่วโมง งดการเคี้ยวหมากฝรั่งช่วงเวลา 22.00 น. – 6.00 น. เพื่อป้องกันการสูดสำลัก การเคี้ยวหมากฝรั่งถือเป็นการให้อาหารหลอก (sham feeding) เพราะการเคี้ยวจะกระตุ้นประสาท vagus ในทางเดินอาหารทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน gastrin, pancreatic, polypeptide และ neurotensin ช่วยให้กระตุ้นการบีบตัวของทางเดินอาหาร และในระหว่างการเคี้ยวหมากฝรั่ง พยาบาลต้องเฝ้าระวังเรื่องการสำลัก และควรให้ผู้ป่วยเคี้ยวหมากฝรั่ง อย่างน้อยวันละ 3 ครั้งต่อวันตามมื้ออาหาร (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ismail, Attia, Abd-Allah, Moghazy and Mohamed (2021) ที่ศึกษาผลของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อระบบทางเดินอาหารและความพึงพอใจต่อการเคี้ยวหมากฝรั่ง

หลังผ่าตัดคลอดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเคี้ยวหมากฝรั่งทั้งหมด 3 ครั้ง ทุก 8 ชั่วโมง นานครั้งละ 15 นาที พบว่า การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดทำให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารกลับมาเร็วขึ้น มีเสียงลำไส้และการเคลื่อนไหวของลำไส้ การผายลมเร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการศึกษาของ Zainab, Akbar, Mahboob and Munir (2020) ศึกษาการเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อเร่งการฟื้นตัวของลำไส้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยเคี้ยวหมากฝรั่งที่ 1 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบว่า การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดที่ 1 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดช่วยให้ระยะเวลาในการได้ยินเสียงลำไส้และมีการผายลมหลังผ่าตัดคลอดเร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Elgzar and Ghattas (2019) ยังศึกษาพบว่า การกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดร่วมกับการเคี้ยวหมากฝรั่งจะทำให้ได้ยินเสียงลำไส้มีการผายลมเร็วกว่าการกระตุ้นการเคลื่อนไหวเพียงอย่างเดียวและมีภาวะท้องอืดน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทาง หัวข้อย่อยที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารมื้อแรก เนื่องจาก การรับประทานอาหารหลังผ่าตัดคลอดของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลต่อการประเมินพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารหลังผ่าตัดคลอดได้ผลที่ไม่ค่อยแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรปรับปรุงแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด จากคำถาม “การรับประทานอาหารมื้อแรกคืออะไร” เป็น “ประเภทของอาหารมื้อล่าสุดที่รับประทาน” “ปริมาณที่รับประทานได้” และ “ความรู้สึกหลังจากการการรับประทาน” เป็นต้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องควรนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้เป็นแนวทาง/แนวปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเพื่อป้องกันและลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดและภาวะท้องอืดในมารดากลุ่มอื่นๆ เช่น มารดาที่มีประวัติผ่าตัดคลอดมาก่อน หรือผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องประเภทอื่นๆ

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) และใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 47 ราย การศึกษาครั้งต่อไป ควรใช้รูปแบบการวิจัยที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomize controlled trial : RCT) และใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น

# บรรณานุกรม


กนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม และทานตะวัน สลีวงศ์. (2562). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลสุโขทัย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2*(3), 17-30

กนกวรรณ เธียรมนตรี, โสเพ็ญ ชูนวล, และศศิกานต์ กาละ. (2021). ปัจจัยทำนายการ ตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอด ทางหน้าท้องในหญิงตั้ง ครรภ์แรก. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, *31*(1), 96-109.

จัณทร์ภัสร์ เครือแก้ว. (2557). *ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการผดุงครรภ์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จำเนียร คงประพันธ์, พัชรพรรณ เวียงเก่า, และธันยธรณ์ เหมิงอุ่น. (2019). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวชกรรมต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างมีแบบแผนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนรีเวชกรรมต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง. *วารสารโรงพยาบาลแพร่, 27*(1), 1-10.

ชญาดา วรสถิตย์. (2020). การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการเริ่มรับประทานอาหารเร็วกว่าปกติและตามขั้นตอนแบบเดิมในสตรีภายหลังการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, *39*(3), 404-413.

ชลภัสสรณ์ วิวรรณพงษ์. (2020). ผลการใช้โปรแกรม You can do ต่อการป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวชหอผู้ป่วยนรีเวชศัลยกรรมรวมโรงพยาบาลยโสธร. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, *5*(4), 172-179.

ชูศรี พิศลยบุตร และพงษ์ธารา วิจิตรเวชไพศาล. (2543). *ตำราวิสัญญีวิทยาทางสูติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

ทิพย์นารีย์ จรูญวรรธนะ และเจริญตา อัศวผดุงสิทธิ์. (2564). แนวโน้มอัตราการผ่าตัดคลอด ตามการจำแนก 10 กลุ่มของระบบ Robson ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2554 - 2561. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 5*(1), 31-47.

ทิพวรรณ์ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด:บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 6*(2), 146-157.

ธีราภรณ์ บุณยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 26*(4), 40-50.

ธีรารัตน์ หม่อมปลัด, สุปรัดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. (2555). ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ทางช่องท้องต่อการฟื้นสภาพ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล. *รามาธิบดีพยาบาลสาร 18*(1), 84-101.

นภาพร วงศ์วิวัฒนนุกิจ. (2562). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวการทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดช่องท้อง. *พยาบาลสาร, 46*(4), 193-201.

บุญมี สันโดษ. (2553). ผลการพยาบาลโดยประยุกต์ทฤษฎีกรดูแลตนเองของโอเร็มต่อความสามารถในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองภาวะแทรกซ้อนความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากทางท่อปัสสาวะ. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 7*(1), 1-16.

ปริศนา จิระชีวี, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2552).ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยนอก. *วารสารพยาบาลทหารบก, 10*(1), 43-49.

ปวิตร สุจริตพงศ์. (2560). สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด(Operative deliveries). ใน ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์, กุศล รัศมีเจริญ, และตรีภพ เวิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), *ตำราสูติสาสตร์= Modern textbook of Obstetrics* (หน้า 392-395). กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.

พวงทอง. (2560). *ความสามรถในการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยรังสิต

พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม. (2553). *ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแนวคิดและการประยุกต์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). มหาสารคาม: หจก.อภิชาติการพิมพ์.

พารุณี วงษ์ศรี, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล.(2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 10*(1), 209-219.

พัชรินทร์ เชื่อมทอง, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชนี นามจันทรา. (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 43*(1), 78-86.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2564). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:บริษัทดีกรี วิชั่น จำกัด.

รัชฎาภรณ์ จันทร์ธานี. (2560). ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหอผู้ป่วยนำโชค โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 4*(1), 24-34.

รัชฎาภรณ์ จันทร์ธานี. (2563). ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 7*(1), 24-34.

วิริยา ศิลา. (2560). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืด ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ศิริพรรณ ภมรพล. (2556). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 9*(2), 1-11.

ศิริพรรณ ภมรพล. (2559). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 9*(2), 14-23.

ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2558). *การพยาบาลมารดาที่มีการคลอดยากและการช่วยคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุง). ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2544).*การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ.* กรุงเทพฯ:ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์.

สาวิกา ใจบริสุทธิกุล, พิริยา ศุภศรี, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลือกการผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 40*(1), 53-62.

สิริอร ข้อยุ่น, วริศรา ภู่ทวี, และอาภา ศรีสร้อย. (2562). ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพยุงเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 34*(4), 386-392.

สุพรรษา จิตรสม, บานเย็น แสนเรียน, & พรผกายี ต้นทอง. (2565). การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, *16*(3), 868-881.

อรสา เหมะจันทร. (2560).การเตรียมเพื่อผ่าท้องทำคลอดแบบไม่ฉุกเฉิน. ใน ธารางรัตน์ หาญประเสริฐพงษ์ (บรรณาธิการ), *เวชปฏิบัติผู้ป่วยนอกทางสูติศาสตร์* (หน้า 128-142). กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).

อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. (2016). บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยศัลยศาสตร์ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. *เวชบันทึกศิริราช*, *9*(3), 189-193.

Akalpler, O., & Okumus, H. (2018). Gum chewing and bowel function after caesarean section under spinal anesthesia. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *34*(5), 1242.

Allagoa, D. O., Oriji, P. C., Tekenah, E. S., Obagah, L., Ohaeri, O. S., Mbah, K. M., & Atemie, G. (2021). Caesarean section in a tertiary hospital in South-South, Nigeria: A 3-year Review. *European Journal of Medical and Health Sciences*, *3*(2), 122-127.

Bayoumi, M. (2017). Effect of general anesthesia versus spinal anesthesia in cesarean section on regain of gastrointestinal motility. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, *68(3)*, 1332-1338.

Chen, S., Xie, B., Tian, H., Ding, S., & Lu, C. (2019). Traditional Chinese medicine Yimucao injection combined with western medicine for preventing postpartum hemorrhage after cesarean section: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *2019*.

Ciardulli, A., Saccone, G.,Mascio, D, D., Caissutti, C., & Berghella, V. (2018). Chewing gum improves postoperative recovery of gastrointestinal function after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *The Journal of Maternal- Fetal & Neonatal Medicine*, *31*(14), 1924-1932.

Culha, I., Kosgeroglu, N., & Bolluk, O. (2016). Effectiveness of self-care education on patients with stomas. *JournalofNursingand Health Science [Internet]*, *5*, 70-76.

Dahmardeh, H., & Vagharseyyedin, S. A. (2017). Effect of Orem-based self-care education program on disease-related problems in patients with multiple sclerosis: A clinical trial. *Medical-Surgical Nursing Journal*, *6*(1), 14-20.

Elgzar, W. T. I., & Ghattas, V. N. (2019). The effect of non-sugared gum chewing with early ambulation versus early ambulation only on recovery of bowel function after elective cesarean section. *American Journal of Nursing Research*, *7*(6), 965-973.

Hartweg, D,L. (2015). Chapter 8 : Dorothea Orem’s self-care deficit Nursing Theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing Theories & Nursing Practice forth edition* (pp. 105-132). United States of America: F.A. Davis company.

Hassan, H., El-Sadek, A. N. E. D., & Ali, L. (2019). Effect of three different nursing interventions on intestinal motility and women's satisfaction post-cesarean sectionBirth. *American Journal of Nursing Research*, *7*(6), 932-941.

Herman, A., Santoso, B., & Yunitasari, E. (2019). The effect of early mobilization on intestinal peristaltics in patients after a cesarean section in Kendari city hospital. *Jurnal Ners*, *14*(3), 288-291.

Hsu, Y. Y., Hung, H. Y., Chang, S. C., & Chang, Y. J. (2013). Early oral intake and gastrointestinal function after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, *121*(6), 1327-1334.

Ismail, S., Attia, A. A., Abd-Allah, I. M., Moghazy, A. M., & Mohamed, H. S. E. (2021). Effect of chewing gum on gastrointestinal symptoms among women post cesarean section. *International Organization of Scientific Research Journal of Nursing and Health Science, 10*(2), 54-62.

Mawson, A. L., Bumrungphuet, S., & Manonai, J. (2019). A randomized controlled trial comparing early versus late oral feeding after cesarean section under regional anesthesia. *International journal of women's health*, *11*, 519.

Mosa, H. E. S., Amer, N. A., & Rashed, A. B. A. A., (2019). Nursing- led patient training effect on post-operative patients' knowledge and practices regarding deep venous thrombosis. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing, 6*(1), 876-885.

Statista. Which countries conduct the most caesarean section. (Internet). 2018 (cited 2022 May 3). Available from https://www.statista.com/chart/15787/caesarean-rates-by-country/

Sukmanee, J., Liabsuetrakul, T., & Peeyananjarassri, K. (2020). Rates and Indications of cesarean section using the Robson classification in a university hospital in Southern Thailand 2014-2016. *Journal of Health Science and Medical Research*, *38*(4), 307-319.

Susanti ., Sari, I. N. (2022). Early mobilization behavior of mother post section caesarea at *Emburg Fathimah Hospital Batam city. International Journal of Nursing and Midwifery Science, 6*(1), 82-87.

Taalab, A. A. E. A., Qasem, E. K., Gamal, A. M., & Ashour, E. S. (2021). Dependent care: applying Orem Self-Care Theory. *Menoufia Nursing Journal*, *6*(2), 155-170.

Zainab, S., Akbar, A., Mahboob, S., & Munir, S. (2020). Chewing gum to hasten bowel recovery in cesarean section : A randomized control trial. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, *70*(4).

This is Mendeley biography



# ภาคผนวก

# ภาคผนวก ก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

| | |
|---|---|
| 1. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์ | อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 2. อาจารย์ ดร. ณัฏฐนันท์พร สงวนกลิ่น | อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 3. พว.กันทิมา ชูฤทธิ์ | พยาบาลสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ |

มหาวิทยาลัยบูรพา BURAPHA UNIVERSITY

# ภาคผนวก ข
## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง**

**นิยามศัพท์**

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง คือ รูปแบบของกิจกรรมพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดระบบการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยโปรแกรมนี้มีการทำกิจกรรมทั้งหมด 4 อย่าง ดังนี้ 1) การสอน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด 2) การชี้แนะ โดยการชี้แนะเกี่ยวกับวิธีป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด รวมทั้งให้ดูคลิปการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอด และฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอด 3) การสนับสนุน โดยการสนับสนุนด้านสื่อการเรียนรู้ ดูแลจัดการความปวด ช่วยเหลือและให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด และดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่ง 4) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา และสร้างบรรยากาศและจัดสถานที่ที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการปฏิบัติกิจกรรม โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

**ครั้งที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน** ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและมารดาหลังผ่าตัด ใช้เวลา 10 นาที (ผู้ทรงสอบถามว่าวันเตรียมควรใช้คำว่าสตรีตั้งครรภ์หรือไม่ ผู้วิจัยปรับเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย แทนค่ะ)

กิจกรรมที่ 2 การประเมินความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด โดยการสอบถามข้อมูลจากมารดา ใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด ใช้เวลา 30 นาที โดยปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1) การสอน โดยการให้ความรู้เรื่องการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ผ่านคลิปวิดีโอ

2) การชี้แนะ โดยการแนะนำวิธีการป้องกันหรือบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่ง และการรับประทานอาหารหลังผ่าตัดคลอด

3) การสนับสนุน โดยการให้การสนับสนุนสื่อการสอน เป็นคลิปวิดีโอเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง แก่

มารดา โดยให้ Scan QR code เพื่อให้มารดานำไปทบทวนความรู้ด้วยตนเอง

4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ โดยการจัดเตรียมสถานที่ในการสอนให้อยู่ในห้องที่เป็นสัดส่วนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้

**ครั้งที่ 2 ระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด** ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ใช้เวลา 30 นาที โดยปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้มารดาพักผ่อนและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

2) การชี้แนะ โดยการแนะนำวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด ให้หายใจเข้าออกลึกๆ และในระยะ 4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด ให้บริหารขา และการพลิกตะแคงตัว

**ครั้งที่ 3 ระยะ 6-8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด** ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระยะหลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง ใช้เวลา 30 นาที โดยการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1) การชี้แนะ โดยการแนะนำให้มารดาลุกนั่งบนเตียง ทุก 2 ชั่วโมง นานอย่างน้อยครั้งละ 15 นาที และเคี้ยวหมากฝรั่งทุกๆ 8 ชั่วโมง นานครั้งละ 15 นาที เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้

2) การสนับสนุน โดยการประเมินและจัดการความปวดให้มารดา ช่วยสนับสนุนให้มารดาลุกนั่งบนเตียง และดูแลให้มารดาเคี้ยวหมากฝรั่งครั้งแรก (ระยะ 6-8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด) โดยให้มารดาเคี้ยวนาน 15 นาที

**ครั้งที่ 4 ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง**

กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ใช้เวลา 30 นาที โดยการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

1) การชี้แนะ โดยการแนะนำให้มารดาลุกเดิน 3 ครั้งหลังอาหาร ตามมื้ออาหารของทางโรงพยาบาล ได้แก่ เวลา 8.00 น., 12.00 น. และ 17.00 น. โดยลุกเดินนานอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป

2) การสนับสนุน โดยการประเมินและจัดการความปวดให้มารดา ดูแลปรับระดับเตียงให้เหมาะสมกับการลุกนั่งและลุกเดิน และช่วยเหลือและให้กำลังใจมารดาลุกเดินครั้งแรกหลังถอดสายสวนปัสสาวะ

**แผนกิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง**

| ครั้งที่/เวลา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | เวลา | สื่อการสอน | เหตุผลเชิงทษฎี |
|---|---|---|---|---|---|
| **ครั้งที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัดคลอด 1 วัน** | 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง<br>2. เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยแก่มารดา | **กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ<br>ผู้วิจัยกล่าวทักทายมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องด้วยท่าทางยิ้มแย้มและเป็นมิตร โดยแนะนำตนเอง แจ้งขอบเขตและวัตถุประสงค์ในการทำโปรแกรมแก่กลุ่มทดลอง ระยะเวลาในการทำกิจกรรม และประเมินความต้องการในการสนับสนุนและความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด โดยการพูดคุยสอบถาม ดังนี้ “ สวัสดีค่ะ ดิฉัน น.ส.วรรณวิมล กางทา เป็นนิสิตหลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยบูรพา ดิฉันจะมาดูแลคุณแม่ตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อช่วยเหลือให้คุณแม่สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด โดยโปรแกรมนี้ ดิฉันจะเข้าพบคุณแม่และมีการทำ | 10 นาที | - | - การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยท่าทางเป็นมิตรและสุภาพ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย จะทำให้เกิดความไว้วางใจ และส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ |

| ครั้งที่/เวลา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | เวลา | สื่อการสอน | เหตุผลเชิงทษฎี |
|---|---|---|---|---|---|
| | | กิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 คือก่อนผ่าตัด 1 วัน ครั้งที่ 2 ระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด ครั้งที่ 3 ระยะ 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด และครั้งที่ 4 ระยะหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งกิจกรรม ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด การบรรเทาความเจ็บปวด และช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอด รวมทั้งมีการประเมินภาวะท้องอืดของคุณแม่เป็นระยะจนกว่าคุณแม่จะจำหน่ายกลับบ้าน | | | |
| | 3. เพื่อประเมินความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดของมารดาก่อนผ่าตัดคลอด | **กิจกรรมที่ 2** การประเมินความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด<br>- ผู้วิจัยสอบถามมารดาว่า “คุณแม่ทราบหรือไม่คะว่า ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเกิดจากสาเหตุใด” และ “ทำอย่างไรถึงจะช่วยลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดได้” | 10 นาที | - | การประเมิน โดยการสอบถามข้อมูลจากมารดาจะทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด |

| ครั้งที่/เวลา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | เวลา | สื่อการสอน | เหตุผลเชิงทษฎี |
|---|---|---|---|---|---|
| | 4. เพื่อให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดและวิธีการป้องกันหรือบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา | **กิจกรรมที่** 3 การสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด ผู้วิจัยให้การสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการผ่าตัด เป็นรายบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้<br>**การสอน**<br>• ผู้วิจัยทบทวนความรู้เรื่อง การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องว่า หมายถึง การผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อนำตัวเด็กทารกในครรภ์ออกมาทางแผลผ่าตัดด้านหน้าท้อง สาเหตุของการผ่าตัดคลอดเกิดจากไม่สามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้ หลังผ่าตัดคลอด มารดาจะมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง เจ็บแผลผ่าตัด ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย และอาจทำให้เกิดภาวะท้องอืดได้<br>• ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดว่า หมายถึง อาการที่มารดารู้สึกแน่นอืดอัดไม่สบายท้องภายหลังผ่าตัดคลอด เกิดจากการที่กระเพาะอาหารและลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวลดลง ซึ่งเป็นผลข้างเคียงของการได้รับยาระงับความรู้สึก | 30 นาที | คลิปวิดีโอความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง | - ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative)เหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 4 วิธี<br>1) การสอน (teaching)<br>2) การชี้แนะ (guiding)<br>3) การสนับสนุน (supporting)<br>4) การจัดสิ่งแวดล้อม (providing an environment) (Orem, 2001)<br>**การสอน** เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะช่วยพัฒนาความรู้และทักษะบางประการในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด อาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดและวิธีการป้องกันหรือบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด |

| ครั้งที่/เวลา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | เวลา | สื่อการสอน | เหตุผลเชิงทษฎี |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ในขณะผ่าตัดคลอด และอาการปวดแผลหลังผ่าตัดคลอดที่รบกวนและขัดขวางความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัดคลอด | | | |
| | | **การชี้แนะ**<br>• ผู้วิจัยแนะนำวิธีการป้องกันหรือบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยาดังนี้<br>1. การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดสามารถทำได้ทันทีภายใน 2-6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด โดยปฏิบัติดังนี้<br>*การหายใจลึกๆ* สามารถทำได้ทันทีภายใน 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยการหายใจเข้าลึกๆ แล้ว กลั้นไว้ประมาณ 3 วินาที (นับ1-2-3 ในใจ) จากนั้นหายใจออกช้าๆ นับ 1-2-3 วินาที เรียก 1 เซ็ท ทำ 5 เซ็ท ทุกๆ 2 ชั่วโมง<br>*การบริหารขา* โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลง เมื่อหายจากอาการชาขา<br>*การพลิกตะแคงตัว* สามารถทำได้ทันทีภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด/เมื่อหายจากอาการชาขา | | | **การชี้แนะ** เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ที่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองตนเองได้ภายใต้การแนะนำ (Orem, 2001) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีชี้แนะแนะนำวิธีป้องกันภาวะท้องอืด ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด และการเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัด เป็นการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ และช่วยขับแก๊สออกได้ดีขึ้น ทำให้มีทำงานได้เป็นปกติเร็วขึ้นหลังผ่าตัดคลอด (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559) |

| ครั้งที่/เวลา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | เวลา | สื่อการสอน | เหตุผลเชิงทษฎี |
|---|---|---|---|---|---|
| | | *การลุกนั่งบนเตียง* สามารถทำได้ทันที ภายใน 6 ชั่วโมงหลัง ผ่าตัด/เมื่อหายจากอาการชาขา<br>*การลุกเดิน* ควรลุกเดินหลังจากแพทย์ถอดสายสวนปัสสาวะและน้ำเกลือ/หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง และลุกเดินอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 10 นาทีขึ้นไป หลังมื้ออาหาร โดยลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง (หลังอาหาร เช้า-เที่ยง-เย็น)<br>หลังจากนั้นผู้วิจัยให้มารดาฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติจริงในวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัดคลอด<br>2. การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด การเคี้ยวหมากฝรั่งเป็นการให้อาหารหลอก ช่วยกระตุ้นให้เกิดการหลั่งน้ำย่อยในระบบทางเดินอาหาร กระตุ้นการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้หลังผ่าตัดคลอด โดยปฏิบัติดังนี้<br>หลังจากมารดาหายชาขาและสามารถลุกนั่งบนเตียงได้แล้ว (ประมาณ 6-8 ชั่วโมงหลัง | | | |

| ครั้งที่/เวลา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | เวลา | สื่อการสอน | เหตุผลเชิงทษฎี |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ผ่าตัดคลอด) ให้มารดาเคี้ยวหมากฝรั่ง ในท่านั่ง เพื่อป้องกันการสำลัก โดยเคี้ยวนานครั้งละ 15 นาที ทุกๆ 8 ชั่วโมง<br>3. การรับประทาน<br>อาหารหลังผ่าตัดคลอด ควรเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว เช่น น้ำข้าว น้ำซุปทีละนิดก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มเป็นอาหารอ่อน หรือโจ๊ก ข้าวต้ม (ที่โรงพยาบาลจัดให้) หลังจากนั้นแพทย์จะพิจารณาค่อยๆเปลี่ยนเป็นอาหารธรรมดาตามลำดับ พยายามเลี่ยงการดื่มนมหรือน้ำอัดลม เพราะจะทำให้ท้องอืดได้ | | | |
| | | **การสนับสนุน**<br>• ผู้วิจัยให้สื่อการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแก่มารดา โดยให้ Scan QR code เพื่อให้มารดานำไปทบทวนความรู้ด้วยตนเอง | | | **การสนับสนุน** เป็นวิธีส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ (Orem, 2001) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านสื่อการสอน ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง |
| | | **การจัดสิ่งแวดล้อม**<br>• ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ในการสอนให้อยู่ในห้องที่เป็นสัดส่วนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ | | | **การจัดสิ่งแวดล้อม** เป็นวิธีเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลตามที่คาดหวัง (Orem, 2001) ใน |

| ครั้งที่/เวลา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | เวลา | สื่อการสอน | เหตุผลเชิงทษฎี |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการจัดให้มีการสอนและฝึกทักษะในห้องที่เป็นสัดส่วน ช่วยส่งเสริมและเอื้ออำนวยต่อการสอน และช่วยให้มารดาเกิดความสนใจกับสิ่งที่กำลังเรียนรู้อย่างเต็มที่ |
| **ครั้งที่ 2 ระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด** | 5. เพื่อให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรสามารถเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดได้ด้วยตนเอง | **กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด** ผู้วิจัยให้การสนับสนุนและให้ความรู้หลังการผ่าตัดเป็นรายบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้<br>**การจัดสิ่งแวดล้อม**<br>• แรกรับจากห้องผ่าตัด หากมารดายังไม่สามารถขยับขาได้ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การนอนพักผ่อน ยกราวกั้นเตียงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ | 30 นาที | คลิปวิดีโอความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันหรือบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา | **การจัดสิ่งแวดล้อม** โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การนอนพักผ่อน และยกราวกั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำกิจกรรมของมารดา |
| | | **การชี้แนะ**<br>• เมื่อมารดาตื่นดีไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะ แนะนำวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด พร้อมทั้งดูแลช่วยเหลือให้มารดาปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายเร็ว ดังนี้<br>*การหายใจลึกๆ* โดยการหายใจเข้าลึกๆ แล้วกลั้นไว้ประมาณ 3 วินาที (นับ 1-2-3 ในใจ) | | | **การชี้แนะ** โดยแนะนำวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดในระยะ 4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด ระยะนี้มารดาอาจจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ อาการชาขา หลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบผ่านไขสันหลัง ระยะนี้สามารถนอนราบหนุนหมอน ขยับขา และพลิกตะแคงตัวได้ (เพ็ญศิริ พุ่มหิรัญ และคณะ, 2018) พร้อมทั้งดูแลช่วยเหลือให้มารดา |

| ครั้งที่/เวลา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | เวลา | สื่อการสอน | เหตุผลเชิงทษฎี |
|---|---|---|---|---|---|
| | | จากนั้นหายใจออกช้าๆ นับ1-2-3 วินาที เรียก 1 set ทำ 5 set ทุกๆ 2 ชั่วโมง<br>*การบริหารขา* โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลงข้างละ 10 ครั้ง (เมื่อสามารถขยับขาได้ 2 ข้าง) ทำทุกๆ 2 ชั่วโมง<br>*การพลิกตะแคงตัว* (เมื่อสามารถขยับขาได้ 2 ข้าง) ทำทุกๆ 2 ชั่วโมง | | | ปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด |
| **ครั้งที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง** | 6. เพื่อให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรสามารถลุกนั่งและเคี้ยวหมากฝรั่ง เพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการท้องอืดหลังผ่าตัดได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง | **กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระยะหลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง** ผู้วิจัยให้การสนับสนุนและให้ความรู้หลังการผ่าตัดเป็นรายบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้<br>**การชี้แนะ**<br>• ผู้วิจัยแนะนำให้มารดาลุกนั่งบนเตียง ครั้งละ 30 นาที ทุก 2-3 ชั่วโมง และเคี้ยวหมากฝรั่งนานครั้งละ 15 นาที อย่างน้อยทุกๆ 8 ชั่วโมง (ผู้วิจัยกำหนดเวลาให้สัมพันธ์กับช่วงเวลาหลังผ่าตัดคลอด ออกเป็น 2 ช่วง ช่วงที่ 1 คือ เวลา 6.00 น, 14.00 น. และ, 22.00 น.,<br>ช่วงที่ 2 คือ เวลา 10.00 น. 18.00 น. และ 6.00 น. งดการเคี้ยวหมากฝรั่งช่วง 2.00 น. | 30 นาที | - หมากฝรั่งชนิดแผ่นแบบไม่มีน้ำตาล | **การชี้แนะและการสนับสนุน** โดยแนะนำให้มารดาลุกนั่งบนเตียง ครั้งละ 30 นาที ทุก 2-3 ชั่วโมง และเคี้ยวหมากฝรั่งนานครั้งละ 15 นาที ทุกๆ 8 ชั่วโมง การลุกนั่งบนเตียงหลังการผ่าตัดอย่างน้อย 10 นาทีขึ้นไป จะกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ และขับแก๊สออก เป็นการส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ส่วนการเคี้ยวหมากฝรั่งถือเป็นการให้อาหารหลอก (sham feeding) ช่วยกระตุ้นให้ |

| ครั้งที่/เวลา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | เวลา | สื่อการสอน | เหตุผลเชิงทษฎี |
|---|---|---|---|---|---|
| | | เพื่อป้องกัน การสูดสำลัก) เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ด้วยตนเอง<br><br>**การสนับสนุน**<br>• ผู้วิจัยสนับสนุนให้มารดาสามารถลุกนั่งด้วยตนเอง ดังนี้<br>- ผู้วิจัยประเมินความปวดก่อนการลุกนั่ง หากคะแนนความปวดมาก ≥ 4 คะแนน สอบถามความต้องการยาบรรเทาปวด หากมารดาต้องการ ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา<br>- ผู้วิจัยดูแลและช่วยเหลือให้มารดาลุกนั่งและเคี้ยวหมากฝรั่งครั้งแรกภายใน 6-8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลัก โดยเคี้ยวนาน 15 นาที | | | เกิดการหลั่งน้ำย่อยในระบบทางเดินอาหาร กระตุ้นการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้หลังผ่าตัดคลอด (อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์, 2559) มารดาหลังผ่าตัดคลอดควรเคี้ยวหมากฝรั่งในท่านั่ง ซึ่งควรเริ่มภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด เมื่อหายจากอาการชาขาและสามารถลุกนั่งบนเตียง |
| **ครั้งที่ 4 ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง** | 7. เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสามารถลุกเดินเพื่อป้องกัน/บรรเทา | **กิจกรรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง** ผู้วิจัยให้การสนับสนุนและให้ความรู้หลังการผ่าตัดเป็นรายบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้ | 30 นาที | - | |

| ครั้งที่/เวลา | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | เวลา | สื่อการสอน | เหตุผลเชิงทษฎี |
|---|---|---|---|---|---|
| | อาการท้องอืดหลังผ่าตัดได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง | **การชี้แนะ**<br>• ผู้วิจัยแนะนำให้มารดาลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง หลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ โดยลุกเดินนานเป็นเวลา 10 นาทีขึ้นไป<br>**การสนับสนุน**<br>• ผู้วิจัยสนับสนุนให้มารดาสามารถลุกเดินได้ด้วยตนเอง ดังนี้<br>- ประเมินความปวดก่อนการลุกนั่งลุกเดิน หากคะแนนความปวดมาก ≥ 4 คะแนน สอบถามความต้องการยาบรรเทาปวด หากมารดาต้องการ ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา<br>- ดูแลปรับระดับเตียงให้เหมาะสมกับการลุกนั่งและลุกเดินด้วยตนเองของมารดาหลังผ่าตัดคลอด<br>- ดูแลช่วยเหลือในการลุกเดินครั้งแรกหลังถอดสายสวนปัสสาวะ และให้กำลังใจมารดา | | | **การชี้แนะและการสนับสนุน**<br>โดยแนะนำและสนับสนุนให้มารดาลุกเดิน 3 ครั้งหลังอาหารเป็นการส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด การประเมินความปวดก่อนการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นการป้องกันความไม่สุขสบายขณะลุกนั่ง/เดิน ช่วยส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายของมารดา (ศิริพรรณ ภมรพล, 2559) |



QR Code สำหรับ Scan ดูคลิปวิดีโอเรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

**แบบเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย**

**เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืด ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง**

---

**คำชี้แจง**

1.การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืด ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

2.แบบเก็บรวบรวมข้อมูลฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ สอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของท่าน และแบบบันทึกการลงคะแนนอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประกอบด้วยแบบเก็บรวมรวม ข้อมูล 3 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ (ผู้วิจัยบันทึก)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด (ผู้เข้าร่วมวิจัย บันทึก)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการลงคะแนนอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ผู้ช่วยวิจัยบันทึก)

3.โปรดตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพราะคำตอบที่เป็นจริงและสมบูรณ์จะช่วยให้การวิจัยในครั้งนี้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่

4.แบบเก็บรวบรวมข้อมูลฉบับนี้ใช้สำหรับการศึกษาวิจัยเท่านั้น คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและรายงานผลในภาพรวม เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดเท่านั้น

นางสาววรรณวิมล กางทา
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
โทรศัพท์ 095-329-2462

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
อนุมัติ ๕ มิ.ค. ๒๕๖๘

BUU-IRB Approved
25 Oct 2024

**แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดา**

(ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

**คำชี้แจง:** โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง และเติมเครื่องหมายถูก (/) ตามข้อความให้ครบถ้วน

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา
   - ☐ ไม่ได้รับการศึกษา
   - ☐ ประถมศึกษา
   - ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
   - ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
   - ☐ อนุปริญญา/ ปวส.
   - ☐ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
3. ศาสนา
   - ☐ พุทธ
   - ☐ อิสลาม
   - ☐ คริสต์
   - ☐ ไม่นับถือศาสนา
   - ☐ อื่นๆ ระบุ.....
4. อาชีพปัจจุบัน
   - ☐ แม่บ้าน
   - ☐ รับจ้างทั่วไป
   - ☐ ค้าขาย
   - ☐ ข้าราชการ
   - ☐ อื่นๆ ระบุ.....
5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว .....บาท/เดือน
6. สถานภาพสมรส
   - ☐ คู่
   - ☐ หม้าย หย่าร้าง หรือแยกทางกัน
7. ประวัติการตั้งครรภ์ G.....P.....
8. อายุครรภ์.....สัปดาห์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์
   - ☐ ไม่มี
   - ☐ มี ระบุ .....
9. สาเหตุของการผ่าตัดคลอด.....
10. ชนิดของยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังที่ได้รับ
    - ☐ Heavy Marcaine
    - ☐ Heavy Marcaine with Morphine
    - ☐ อื่นๆ.....
11. ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอด..... มิลลิลิตร

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
อนุมัติ - ๕ มีค. ๒๕๖๘

BUU-IRB Approved
25 Oct 2024



เอกสารจากระบบการขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา

12. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอด

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ.....

13. การได้รับยาหลังผ่าตัดคลอด

| วันที่ | เวลา | ชนิดและปริมาณยาที่ได้รับหลังผ่าตัดคลอด |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
อนุมัติ - ๔ มีค. ๒๕๖๘
BUU-IRB Approved
25 Oct 2024

**แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด**

(ผู้ร่วมวิจัยบันทึก)

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความ ตามที่ท่านปฏิบัติจริง

โดยทำการประเมินทั้งหมด 2 ครั้ง ประเมินครั้งที่ 1 ☐ ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด

ประเมินครั้งที่ 2 ☐ ระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด

**1. ในช่วง 2-4 ชั่วโมงที่ผ่านมา ท่านหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep breathing) ทั้งหมดกี่เซ็ท**

☐ ไม่ได้ปฏิบัติเลย

☐ ปฏิบัติ 1-4 เซ็ท

☐ ปฏิบัติตั้งแต่ 5 เซ็ทขึ้นไป

**2. ในช่วง 6-8 ชั่วโมงที่ผ่านมา ท่านพลิกตะแคงตัว ทั้งหมดกี่ครั้ง**

☐ ไม่ได้ปฏิบัติเลย

☐ ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง

☐ ปฏิบัติตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป

**3. ในช่วง 6-8 ชั่วโมงที่ผ่านมา ท่านได้ลุกนั่งบนเตียงหรือนั่งห้อยขาบนเตียง เช่น การลุกนั่งให้นมการลุกนั่งรับประทานอาหาร เป็นต้น ทั้งหมดกี่ครั้ง**

☐ ไม่ได้ปฏิบัติเลย

☐ ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง

☐ ปฏิบัติตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป

**4. ในช่วง 6-8 ชั่วโมงที่ผ่านมา ท่านลุกนั่งบนเตียงหรือนั่งห้อยขาบนเตียง นานครั้งละกี่นาที**

☐ ยังไม่ได้ปฏิบัติ

☐ ปฏิบัตินานน้อยกว่า 10 นาที/ครั้ง

☐ ปฏิบัตินาน 10-15 นาที/ครั้ง

**5. ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ท่านได้ลุกเดิน ทั้งหมดกี่ครั้ง**

☐ ไม่ได้ปฏิบัติเลย

☐ ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง

☐ ปฏิบัติตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
อนุมัติ - ๕ มีค. ๒๕๖๘

BUU-IRB Approved
25 Oct 2024



เอกสารจากระบบการขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา

6. ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ท่านใช้เวลาในการลุกเดิน นานครั้งละกี่นาที

☐ ยังไม่ได้ปฏิบัติ

☐ ปฏิบัตินานน้อยกว่า 10 นาที/ครั้ง

☐ ปฏิบัตินานมากกว่า 10 นาที/ครั้ง

7. หลังผ่าตัดคลอดบุตร ท่านรับประทานอาหารมื้อแรกด้วยอาหารชนิดใด

☐ อาหารปกติ เช่น ข้าวสวย

☐ อาหารอ่อน เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม

☐ อาหารเหลว เช่น น้ำข้าว น้ำซุป

8. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มนม น้ำอัดลม หรือรับประทานอาหารรสเผ็ด หลังผ่าตัดคลอดบุตร

☐ ไม่ได้ปฏิบัติ

☐ ปฏิบัติบางครั้ง

☐ ปฏิบัติบ่อย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
อนุมัติ ๒๕ มิ.ค. ๒๕๖๘
Version 1 วันที่ 31 ตุลาคม 2567

BUU-IRB Approved
25 Oct 2024

**แบบบันทึกการลงคะแนนอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง**

(ผู้ช่วยวิจัยบันทึก)

**คำชี้แจง** ให้ท่านใช้แบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ของ วิริยา ศิลา (2560) ในการประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (ดังเอกสารที่แนบมาส่วนท้าย) พร้อมทำเครื่องหมาย ✓ หรือระบุข้อความ ลงในช่องที่ท่านประเมินได้

โดยทำการประเมินทั้งหมด 2 ครั้ง ประเมินครั้งที่ 1 ☐ ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด

ประเมินครั้งที่ 2 ☐ ระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด

| กิจกรรมการประเมิน | | | วันที่..... เวลา..... น. | | วันที่..... เวลา.....น. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก | คะแนนที่ได้ | หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมงแรก | คะแนนที่ได้ |
| การประเมินท้องอืด | ความรู้สึกท้องอืด | ไม่รู้สึก(0 คะแนน) | | | | |
| | | รู้สึกท้องอืดเล็กน้อย (1-3 คะแนน) | | | | |
| | | รู้สึกท้องอืดปานกลาง (4-6คะแนน) | | | | |
| | | รู้สึกท้องอืดมาก (7-9 คะแนน) | | | | |
| | | รู้สึกท้องอืดมากที่สุด (10 คะแนน) | | | | |
| | การเรอใน4ชั่วโมง (ระบุเป็นครั้ง) | | | | | |
| | การผายลมใน 4 ชั่วโมง (ระบุเป็นครั้ง) | | | | | |
| | Bowel sound (ครั้ง) | | | | | |
| | เส้นรอบท้อง (ระบุเป็นซม.) | | | | | |
| | รวมคะแนน | | | | | |

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
อนุมัติ - ๔ มีค. ๒๕๖๘
Version 1 วันที่ 31 ตุลาคม 2567

BUU-IRB Approved
25 Oct 2024



ฉบับที่ 2.0 วันที่ 16 ตุลาคม 2567
เอกสารจากระบบการขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา

# ภาคผนวก ค

## ผลการวิเคราะห์ขนาดกลุ่มตัวอย่างและตารางทดสอบการแจกแจงปกติของตัวแปรในการวิจัย

**ผลการวิเคราะห์ขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1**

***t*-test-Mean:** Difference between two independent means (two groups)

**Analysis: A priori:** Compute required sample size

**Input: Tail(s)=** One

**Effect size d = 0.77**

**α err prob = 0.05**

**Power (1-β err prob) = 0.80**

**Allocation ratio N2/N1 = 1**

**Output: Noncentrality parameter δ** = 2.5538011

**Critical t = 1.6819524**

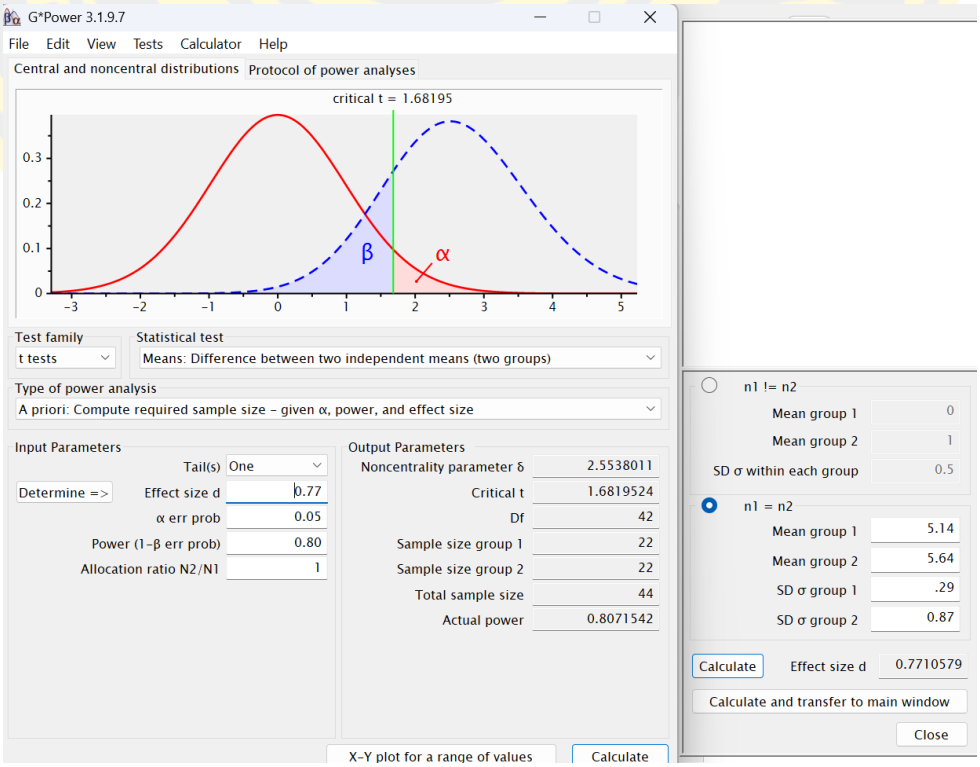
**Df = 42**

**Sample size group 1 =** 22

**Sample size group 2 =** 22

**Total sample size =** 44

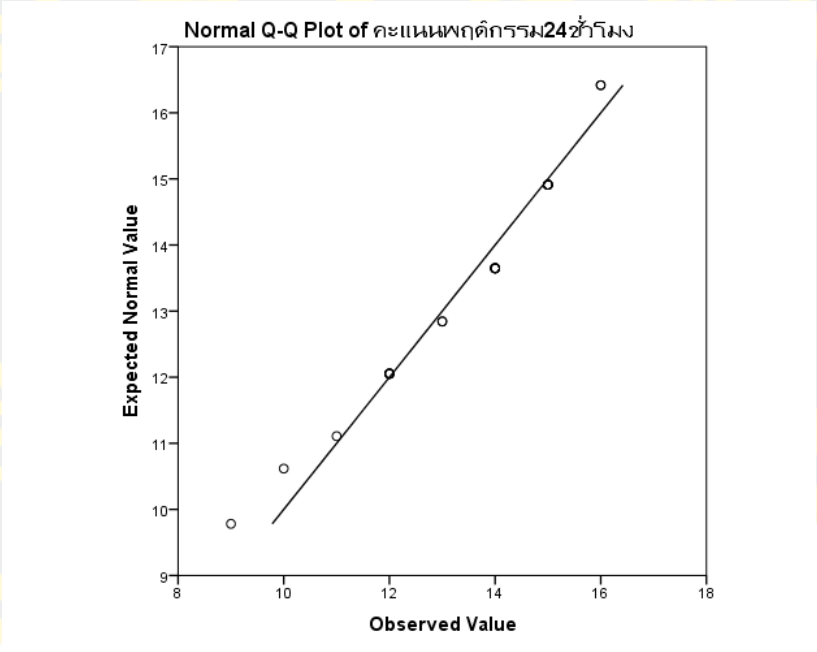
**Actual power=** 0.8071542



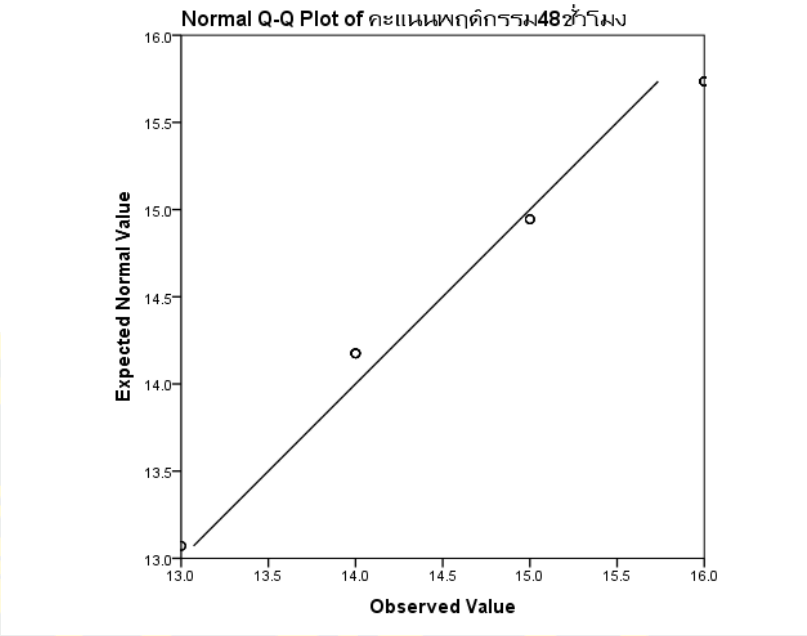
## ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ Independent *t*-test

**1. การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ** (Normal Distribution) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบจากกราฟ Q-Q Plot และสถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher Kurtosis coefficient ดังนี้

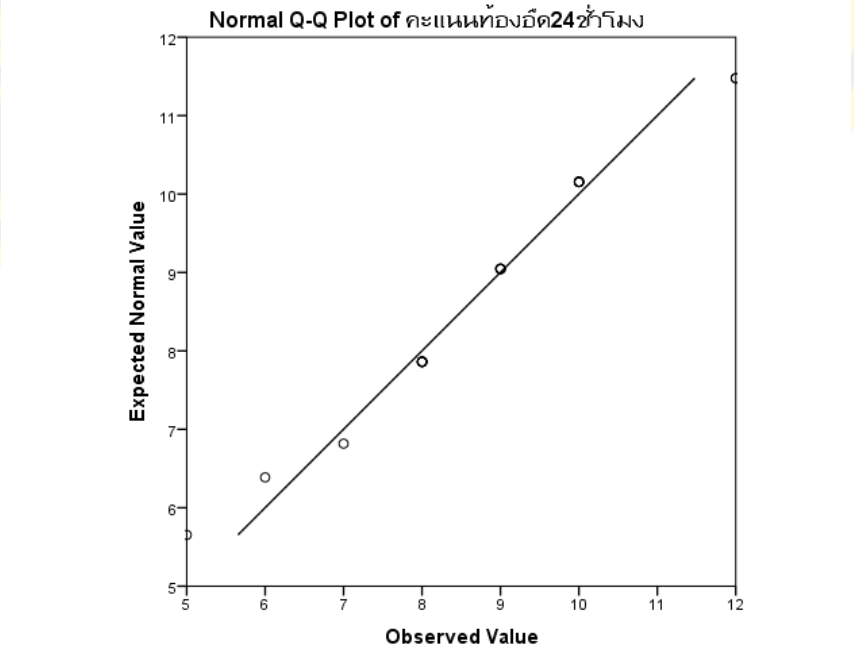
**1.1 กราฟ Q-Q Plot**



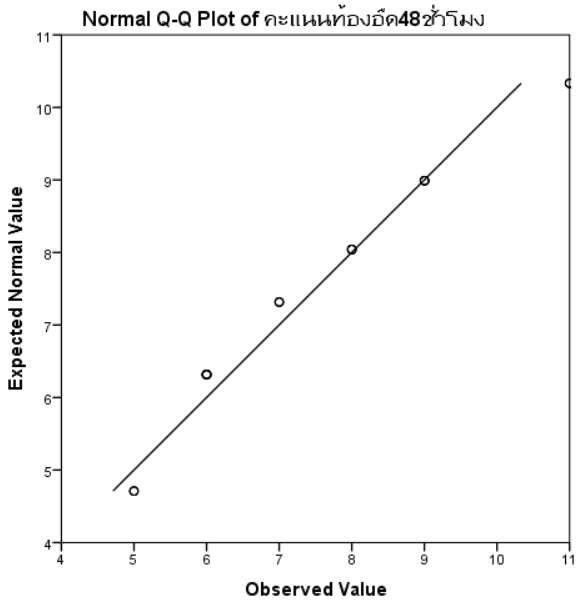

กราฟ Q-Q plot ที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดกลุ่มทดลอง



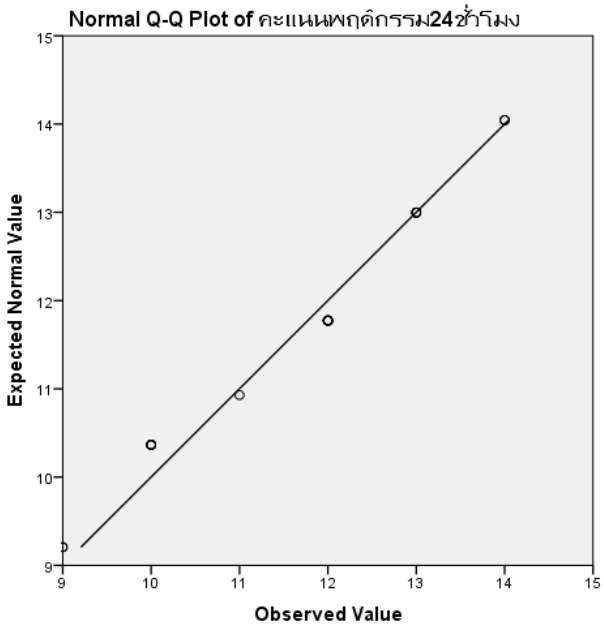

กราฟ Q-Q plot ที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ในระยะ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดกลุ่มทดลอง



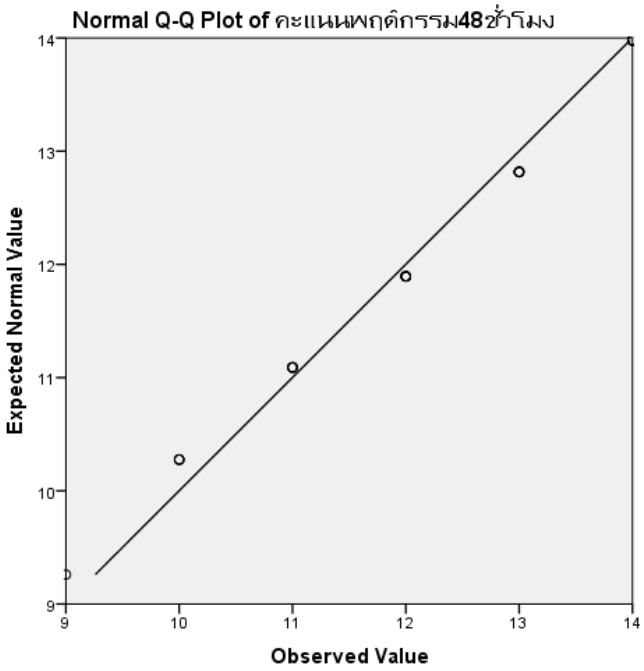

กราฟ Q-Q plot ที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดกลุ่มทดลอง



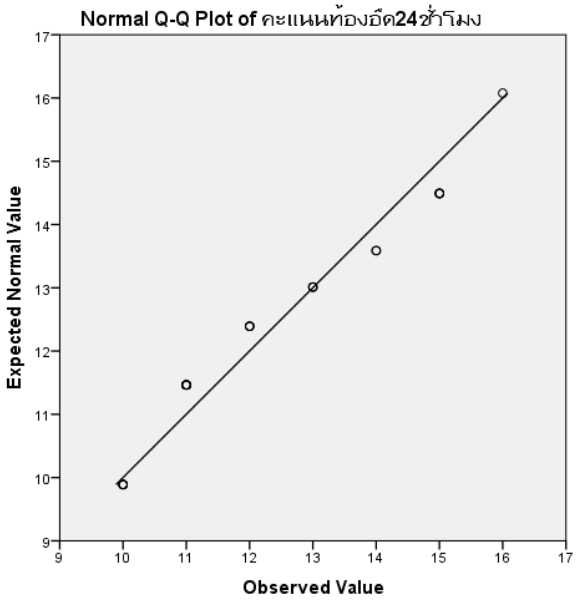

กราฟ Q-Q plot ที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืด ในระยะ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดกลุ่มทดลอง



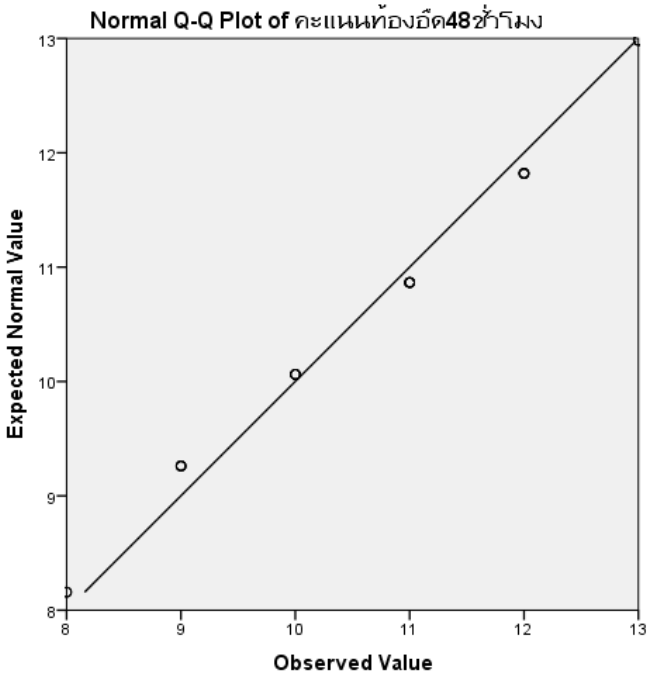

กราฟ Q-Q plot ที่ 5 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดกลุ่มควบคุม




กราฟ Q-Q plot ที่ 6 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ในระยะ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดกลุ่มควบคุม




กราฟ Q-Q plot ที่ 7 แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดกลุ่มควบคุม




กราฟ Q-Q plot ที่ 8 แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืด ในระยะ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดกลุ่มควบคุม

**1.2 สถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher Kurtosis coefficient**

ตารางแสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher Kurtosis coefficient

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง n=23 | | กลุ่มควบคุม n=24 | |
|---|---|---|---|---|
| | Fisher skewness coefficient | Fisher Kurtosis coefficient | Fisher skewness coefficient | Fisher Kurtosis coefficient |
| คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง | -1.37 | -0.05 | -0.68 | -0.76 |
| คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในระยะ 48 ชั่วโมง | 0.11 | -1.41 | -0.79 | -0.70 |

ตารางแสดงการทดสอบการแจกแจงของคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher Kurtosis coefficient

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง n=23 | | กลุ่มควบคุม n=24 | |
|---|---|---|---|---|
| | Fisher skewness coefficient | Fisher Kurtosis coefficient | Fisher skewness coefficient | Fisher Kurtosis coefficient |
| คะแนนภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง | -0.23 | 0.94 | 0.47 | -1.26 |
| คะแนนภาวะท้องอืดในระยะ 48 ชั่วโมง | 1.05 | -0.72 | -0.40 | -0.97 |

## Out put Statistics กลุ่มทดลอง

| | | คะแนนพฤติกรรม 24ชั่วโมง | คะแนนพฤติกรรม 48ชั่วโมง | คะแนนท้องอืด 24ชั่วโมง | คะแนนท้องอืด 48ชั่วโมง |
|---|---|---|---|---|---|
| N | Valid | 23 | 23 | 23 | 23 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 13.35 | 14.65 | 8.78 | 7.52 |
| Median | | 14.00 | 14.00 | 9.00 | 7.00 |
| Mode | | 14 | 14 | 8 | 6 |
| Std. Deviation | | 1.849 | 1.071 | 1.622 | 1.904 |
| Skewness | | -.657 | .052 | -.105 | .504 |
| Std. Error of Skewness | | .481 | .481 | .481 | .481 |
| Kurtosis | | -.047 | -1.314 | .877 | -.673 |
| Std. Error of Kurtosis | | .935 | .935 | .935 | .935 |
| Minimum | | 9 | 13 | 5 | 5 |
| Maximum | | 16 | 16 | 12 | 11 |

## Out put Statistics กลุ่มควบคุม Statistics

| | | คะแนนพฤติกรรม 24ชั่วโมง | คะแนนพฤติกรรม 48ชั่วโมง | คะแนนท้องอืด24 ชั่วโมง | คะแนนท้องอืด48 ชั่วโมง |
|---|---|---|---|---|---|
| N | Valid | 24 | 24 | 24 | 24 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 11.63 | 12.04 | 12.29 | 10.71 |
| Median | | 12.00 | 12.00 | 12.00 | 11.00 |
| Mode | | 12 | 12[a] | 11 | 11 |
| Std. Deviation | | 1.439 | 1.429 | 1.944 | 1.517 |
| Skewness | | -.321 | -.372 | .441 | -.191 |
| Std. Error of Skewness | | .472 | .472 | .472 | .472 |
| Kurtosis | | -.694 | -.640 | -1.157 | -.886 |
| Std. Error of Kurtosis | | .918 | .918 | .918 | .918 |
| Minimum | | 9 | 9 | 10 | 8 |
| Maximum | | 14 | 14 | 16 | 13 |

**2. การทดสอบประชากรทั้ง 2 กลุ่ม มีความแปรปรวนเท่ากัน (Homogeneity of variance) จากการทดสอบด้วยสถิติ Levene's Test**

ตารางการทดสอบความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างประชากรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ สถิติ Levene's test ( n=47)

| Levene's Test | คะแนนพฤติกรรม | | คะแนนภาวะท้องอืด | |
|---|---|---|---|---|
| | *F* | p-value (2-tailed) | *F* | p-value (2-tailed) |
| **ระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด** | 1.77 | .189 | 2.644 | .111 |
| **ระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด** | .912 | .345 | 1.574 | .216 |

**3. การทดสอบ**ความเป็นอิสระต่อกัน (Independence) ของประชากรทั้ง 2 กลุ่ม ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการทดสอบด้วยสถิติ Durbin Watson coefficient

ตารางการทดสอบความเป็นอิสระต่อกัน (Independence) ของประชากรทั้ง 2 กลุ่ม ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการทดสอบด้วยสถิติ Durbin Watson coefficient

| สถิติ | คะแนนพฤติกรรม ระยะ 24 ชั่วโมง | คะแนนพฤติกรรม ระยะ 48 ชั่วโมง | คะแนนภาวะท้องอืด ระยะ 24 ชั่วโมง | คะแนนภาวะท้องอืด ระยะ 48 ชั่วโมง |
|---|---|---|---|---|
| Durbin-watson | **1.636** | **1.668** | **2.128** | **2.070** |



**ภาคผนวก ง**

**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม**

**หลังสือรับรองการใช้ประโยชน์จากลงานวิจัยของมหาวิทยาลัยคริสเตียน**

**หนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล**

**เอกสารชี้แจงผู้ร่วมการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย**

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 03910
วันที่ 20 พ.ย. 2567
เวลา 13.45 น.

# บันทึกข้อความ

**ส่วนงาน** กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในงานวิจัย โทร. ๒๖๒๐
**ที่** อว ๘๑๐๐/๖๒๕๖๗ **วันที่** ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗
**เรื่อง** ขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**เรียน** คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาในหน่วยงานของท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ชุดที่ ๓ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) รหัสโครงการวิจัย G-HS 105/2567 โครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยมี นางสาววรรณวิมล กางทา เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย นั้น

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา ชุดที่ ๓ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ ฉบับ (หมายเลขใบรับรองที่ IRB3-150/2567) มายังท่าน เพื่อแจ้งนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาที่มีรายชื่อข้างต้นดำเนินการโครงการวิจัยต่อไป โดยห้ามนิสิตฯ เบี่ยงเบนรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการวิจัยที่ยื่นมาขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเมื่อนิสิตฯดำเนินการวิจัยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ขอให้แจ้งปิดโครงการวิจัย (Final Report) มายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้นิสิตฯ ทราบ จะขอบคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรมร แย้มประทุม)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
ชุดที่ ๓ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

เรียน คณบดี
๑. เพื่อโปรดทราบ
๒. เห็นควรแจ้งงานวิจัย (คุณณมิตร์) ทราบ
เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุภาวิณี ๒๖ พ.ย. ๖๗
26/11/67

หมายเหตุ : ผู้วิจัยสามารถดาวน์โหลดเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่างๆ ซึ่งผ่านการประทับตรารับรองเรียบร้อยแล้ว ได้ที่ระบบการขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแบบออนไลน์ (BUU Ethics Submission Online) เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

เลขที่ IRB3-150/2567

**เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**
**มหาวิทยาลัยบูรพา**

---

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

**รหัสโครงการวิจัย:** G-HS 105/2567
**โครงการวิจัยเรื่อง:** ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
**หัวหน้าโครงการวิจัย:** นางสาววรรณวิมล กางทา
**หน่วยงานที่สังกัด:** คณะพยาบาลศาสตร์
**อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์):**
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ **หน่วยงานที่สังกัด** คณะพยาบาลศาสตร์
**อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม (งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์):**
ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ **หน่วยงานที่สังกัด** คณะพยาบาลศาสตร์
**วิธีทบทวน:** ☐ Exemption ☐ Expedited ☑ Full board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภยันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

| | |
|---|---|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ 2 วันที่ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 |
| 2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ 1 วันที่ 3 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 |
| 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 1 วันที่ 1 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567 |
| 5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form) แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง | ฉบับที่ 2 วันที่ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567 |
| 6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. - |

วันที่รับรอง : วันที่ 25 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
วันที่หมดอายุ : วันที่ 25 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรมร แย้มประทุม)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สำหรับโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

**หนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน**

**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ**

95 หมู่ 8 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ. ปทุมธานี 12120

โทร. 02-9269013

.....

| | |
|---|---|
| **หนังสือรับรองเลขที่** | 015/2568 |
| **รหัสโครงการวิจัย** | TUH-EC-OO-0-034/67 |
| **ชื่อโครงการวิจัย** | ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง |
| **ชื่อผู้วิจัย** | นางสาววรรณวิมล กางทา<br>รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์<br>ศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์ |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา<br>โทร. 095-3292462 |
| **เอกสารที่รับรอง** | 1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 29 มกราคม 2568<br>2. แบบประวัติผู้วิจัย<br>3. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มทดลอง) ฉบับที่ 3 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568<br>4. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มควบคุม) ฉบับที่ 3 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568<br>5. เอกสารแสดงความยินยอมสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 29 มกราคม 2568<br>6. แบบเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 31 ตุลาคม 2567 |

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยยึดหลักของ The Declaration of Helsinki, The Belmont report, The CIOMS guidelines และ The International Conference on Harmonisation-Good Clinical Practice (ICH-GCP) ได้พิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคนให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นได้ตามมติที่ประชุมครั้งที่ 1/2568 รูปแบบการพิจารณาโครงการแบบ Full Board

| | |
|---|---|
| ระยะเวลาที่รับรอง | 1 ปี |
| รับรอง ณ | วันที่ 4 มีนาคม 2568 |
| หมดอายุ | วันที่ 3 มีนาคม 2569 |

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า 1 ปี : วันที่ 3 มีนาคม 2569

ลงชื่อ.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จักรชัย จึงธีรพานิช)
ประธานคณะกรรมการฯ

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงมุทิตา พนาสถิตย์)
กรรมการและเลขานุการฯ

หนังสือรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัย/งานสร้างสรรค์/นวัตกรรม
ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

---

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์
ตำแหน่ง (ระดับผู้บริหารขององค์กร/หน่วยงาน) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
ชื่อหน่วยงาน (องค์กร/ชุมชน/ภาคธุรกิจ) มหาวิทยาลัยบูรพา
สถานที่ตั้ง 169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131
โทรศัพท์ 038-102809 อีเมลล์ Pornchai@buu.ac.th
ขอรับรองว่าได้นำผลงานวิจัย/งานสร้างสรรค์/นวัตกรรม ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืด ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี
ซึ่งเป็นผลงานของ วิริยา ศิลา คณะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
นำมาใช้ประโยชน์ภายในองค์กร/หน่วยงานของข้าพเจ้า ในด้านต่อไปนี้

☐ การใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะ ☐ การใช้ประโยชน์เชิงนโยบายหรือระดับประเทศ
☐ การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ ☑ การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ ☐ การใช้ประโยชน์ทางอ้อม

(โปรดระบุวิธี/รายละเอียดการใช้ประโยชน์) ได้นำเครื่องมือจากงานวิจัย ส่วนที่ 3 คือ แบบประเมินอาการท้องอืดของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง ของ วิริยา ศิลา มาปรับใช้ในการประเมินภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ของงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ของ น.ส.วรรณวิมล กางทา รหัสนิสิต 64910006 สาขาวิชาการผดุงครรภ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ทั้งนี้ผลจากการที่องค์กร/หน่วยงาน ได้นำผลงานวิจัย/งานสร้างสรรค์/นวัตกรรมมาใช้ประโยชน์ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลง/ผลดีที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในองค์กร/ หน่วยงาน โดยสรุปได้ดังนี้

เครื่องมือแบบประเมินอาการท้องอืดของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง ของ วิริยา ศิลา มีความเข้าใจง่าย สามารถนำมาใช้ประเมินภาวะท้องอืดได้จริงในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ช่วงเวลาในการนำผลงานฯไปใช้ประโยชน์ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2568

ข้าพเจ้าขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานเพื่อรับรองว่า ได้นำผลงานวิจัย/งานสร้างสรรค์/นวัตกรรม เรื่องดังกล่าวข้างต้นของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ไปใช้ประโยชน์จริง

ลงชื่อผู้บริหารองค์กร/หน่วยงาน .....
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์)
ตำแหน่ง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
วันที่ 4 พ.ย. 2567

*หมายเหตุ:* จากการติดต่อคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยคริสเตียนเพื่อขอใช้เครื่องมือ ทางโทรศัพท์และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิคส์ เจ้าหน้าที่ได้อนุญาตให้ใช้เครื่องมืองานวิจัยของ วิริยา ศิลา พร้อมส่งเครื่องมือและหนังสือรับรองการใช้ประโยชนจากผลงานวิจัย เพื่อให้ทางคณะส่งหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยดังกล่าว จึงไม่มีหนังสืออนุมัติการใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยมีเพียงหนังสือรับรองการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยที่ออกโดยคณะพยาบาลธรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาดังที่แนบมา

ที่ อว ๘๓๓๗/๖๓๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๓๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๓๓๑

๒๔ มีนาคม ๒๕๖๘

**เรื่อง** ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

**เรียน** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

**สิ่งที่ส่งมาด้วย** ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนางสาววรรณวิมล กางทา รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๓๐๐๐๖ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่เข้ารับบริการ ณ งานพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมสามัญ งานพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานพยาบาลผู้ป่วยยูงทอง ๓ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน ๔ คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและการถอนตัวดังนี้

**<u>เกณฑ์การคัดเข้าผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)</u>**

๑. มารดาอายุ ๒๐ - ๓๔ ปี และมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง ๓๗ - ๔๓ สัปดาห์
๒. ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรก แบบวางแผนล่วงหน้า (plan cesarean section) ที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนทางการแพทย์ ได้แก่ มีภาวะรกเกาะต่ำ ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง เป็นต้น
๓. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ตั้งครรภ์แฝด มีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาก่อน (Previous C/S) หรือประวัติการผ่าตัดทางหน้าท้องอื่น ๆ เป็นต้น
๔. ไม่มีข้อห้ามในการเคี้ยวหมากฝรั่ง เช่น ใส่ฟันปลอม จัดฟัน มีปัญหาการกลืน เป็นต้น
๕. สามารถสื่อสาร โดยการพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี
๖. ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ Spinal block เท่านั้น

**<u>เกณฑ์การถอนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย (Withdrawal criteria)</u>**

๑. มีภาวะแทรกซ้อนหลังเข้าร่วมการศึกษา เช่น ตกเลือดหลังคลอด มีภาวะบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้จากการผ่าตัด เป็นต้น
๒. ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ไม่ครบทุกครั้ง
๓. ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการถอนตัวจากงานวิจัย

ในระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตดังรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๕-๓๒๙-๒๔๖๒ หรือที่ E-mail: 64910006@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

มัณฑนา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มัณฑนา รังสิโยภาส)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (https://e-sign.buu.ac.th/verify)

ที่ อว ๘๓๓๗/๖๓๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๓๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๓๓๓

๒๔ มีนาคม ๒๕๖๘

**เรื่อง** ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

**เรียน** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

**สิ่งที่ส่งมาด้วย** ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาววรรณวิมล กางทา รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๓๐๐๐๖ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ที่เข้ารับบริการ ณ งานพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมสามัญ งานพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานพยาบาลผู้ป่วยยูงทอง ๓ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน ๕๐ คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและการถอนตัวดังนี้

**เกณฑ์การคัดเข้าผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)**

๑. มารดาอายุ ๒๐ - ๓๔ ปี และมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง ๓๗ - ๔๓ สัปดาห์
๒. ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรก แบบวางแผนล่วงหน้า (plan cesarean section) ที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนทางการแพทย์ ได้แก่ มีภาวะรกเกาะต่ำ ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง เป็นต้น
๓. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ตั้งครรภ์แฝด มีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาก่อน (Previous C/S) หรือประวัติการผ่าตัดทางหน้าท้องอื่น ๆ เป็นต้น
๔. ไม่มีข้อห้ามในการเคี้ยวหมากฝรั่ง เช่น ใส่ฟันปลอม จัดฟัน มีปัญหาการกลืน เป็นต้น
๕. สามารถสื่อสาร โดยการพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี
๖. ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ Spinal block เท่านั้น

**เกณฑ์การถอนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย (Withdrawal criteria)**

๑. มีภาวะแทรกซ้อนหลังเข้าร่วมการศึกษา เช่น ตกเลือดหลังคลอด มีภาวะบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้จากการผ่าตัด เป็นต้น
๒. ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ไม่ครบทุกครั้ง
๓. ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการถอนตัวจากงานวิจัย

ในระหว่างวันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ - ๓๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตดังรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๕-๓๒๙-๒๔๖๒ หรือที่ E-mail: 64910006@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

มัณฑนา รังสิโยภาส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มัณฑนา รังสิโยภาส)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๓๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ตรวจสอบได้ที่ (https://e-sign.buu.ac.th/verify)



ที่ อว ๖๗.๐๗/๗๔๖

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
๙๕ หมู่ ๘ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง
จ.ปทุมธานี ๑๒๑๒๐

๔ เมษายน ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาการขอดำเนินการเพื่อวิจัยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึงบันทึกข้อความที่ อว ๘๘๓๗/๖๓๔ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๘ เรื่อง ขออนุญาตดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ของนางสาววรรณวิมล กางทา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา นักศึกษาในสังกัดของท่าน กำลังดำเนินการวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง" และมีความประสงค์ขอเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลกับมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๔ คน และเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจำนวน ๕๐ คน ที่เข้ารับบริการ ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมสามัญ งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษและงานการพยาบาลผู้ป่วยยูงทอง ๓

ในการนี้ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พิจารณาแล้วอนุญาตให้เข้าดำเนินการเก็บข้อมูลกับมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๔ คน และเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย จำนวน ๕๐ คน ที่เข้ารับบริการ ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมสามัญ งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยยูงทอง ๓ และเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัยแล้วให้นักศึกษาในสังกัดของท่านดำเนินการ ดังนี้

๑. ส่งบทคัดย่อผลงานวิจัยที่สำเร็จแล้วมายังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
๒. ระบุชื่อ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในกิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)
๓. ส่งสำเนางานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์วารสาร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ดิลก ภิยโยทัย)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

หน่วยวิจัยและนวัตกรรม
โทรศัพท์ ๐ ๒๙๒๖ ๙๐๓๓

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**
**(Participant Information Sheet)**
**สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มควบคุม**

รหัสโครงการวิจัย : .....
(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (EFFECTS OF A SUPPORTIVE-EDUCATIVE PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS AND FLATULENCE AMONG MOTHERS WITH CEASAREAN SECTION)
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาววรรณวิมล กางทา ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืด ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง" ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามการศึกษาในครั้งนี้ คือ อายุ 20-34 ปี อายุครรภ์อยู่ในช่วง 37-41 สัปดาห์ ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบวางแผนล่วงหน้า ที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนทางการแพทย์ ได้แก่ มีภาวะรกเกาะต่ำ ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ เช่น ท่ากัน ท่าขวาง เป็นต้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ตั้งครรภ์แฝด ผ่าตัดทางหน้าท้อง เป็นต้น ไม่มีข้อห้ามในการเคี้ยวหมากฝรั่ง เช่น ใส่ฟันปลอม จัดฟัน เป็นต้น สามารถสื่อสาร โดยการพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ดี การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้าพบท่าน 3 ครั้ง โดยครั้งที่1 ใช้เวลา 10 นาที ผู้วิจัยจะเข้าพูดคุยสอบถามประวัติส่วนบุคคลและประวัติทางสูติศาสตร์ และครั้งที่ 2,3 ใช้เวลาครั้งละ 10 นาที ผู้ช่วยวิจัยจะมาขอให้ท่านตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด และประเมินภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด 2 ครั้ง โดย ครั้งที่ 1 คือช่วงหลังผ่าตัดคลอดครบ 24 ชั่วโมง และครั้งที่ 2 คือช่วงหลังผ่าตัดคลอดครบ 48 ชั่วโมง โดยท่านจะได้รับการพยาบาลหลังผ่าตัดคลอดตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

BUU-IRB Approved
25 Oct 2024

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้อาจมีความเสี่ยงเล็กน้อย ที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก หากท่านเกิดเสี่ยงที่เป็นอันตรายนอกเหนือจากที่กล่าวในเอกสารฉบับนี้ ท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลหรือค่าชดเชยอย่างเหมาะสม ในแต่ละครั้งที่ทำกิจกรรมที่โรงพยาบาลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จะไม่ได้รับของที่ระลึกที่ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ โดยท่านสามารถที่จะเลือกให้ข้อมูลหรือถอนตัวออกจากการทำการวิจัยได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจ เครียด หรืออึดอัด โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาและท่านยังคงได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะไม่มีการระบุชื่อหรือสิ่งต่างๆ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นท่านลงในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะใช้ตัวเลขหรือรหัสแทนการระบุตัวตนของท่าน ซึ่งผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่จะทราบข้อมูลของท่าน และจะใช้ข้อมูลนี้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้นโดยการเผยแพร่ข้อมูลจากการศึกษาจะเผยแพรในภาพรวม ไม่ได้ระบุเป็นรายบุคคลและเอกสารทั้งหมดจะถูกทำรายหลังจากที่งานวิจัยได้มีการตีพิมพ์เป็นที่เรียบร้อย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาววรรณวิมล กางทา หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 095-329-2462 หรืออีเมล 64910006@go.buu.ac.th บ้านเลขที่ 63/9 หมู่บ้านกมลสิริ3 ต. สามโคก อ. สามโคก จ. ปทุมธานี _12160 หรือสามารถติดต่อมาที่ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 038-102-824 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถามและข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์038-102-620 หรืออีเมลล์ buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่าน พิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่ แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



BUU-IRB Approved
25 Oct 2024

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**
**(Participant Information Sheet)**
**สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มทดลอง**

รหัสโครงการวิจัย : .....
(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (EFFECTS OF A SUPPORTIVE-EDUCATIVE PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS AND FLATULENCE AMONG MOTHERS WITH CEASAREAN SECTION)
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาววรรณวิมล กางทา ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืด ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง" ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดและภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามการศึกษาในครั้งนี้ คือ อายุ 20-34 ปี อายุครรภ์อยู่ในช่วง 37-41 สัปดาห์ ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบวางแผนล่วงหน้า ที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนทางการแพทย์ ได้แก่ มีภาวะรกเกาะต่ำ ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง เป็นต้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ตั้งครรภ์แฝด ผ่าตัดทางหน้าท้อง เป็นต้น ไม่มีข้อห้ามในการเคี้ยวหมากฝรั่ง เช่น ใส่ฟันปลอม จัดฟัน เป็นต้น สามารถสื่อสาร โดยการพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ดี การศึกษาครั้งนี้ มีการทำกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 คือก่อนผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลา 50 นาที เป็นการสอบถามประวัติส่วนบุคคลและประวัติทางสูติศาสตร์ ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดผ่านคลิปวิดีโอ พร้อมฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอด ครั้งที่ 2 ระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด ใช้เวลา 30 นาที เป็นการแนะนำให้ท่านให้ท่านฝึกหายใจเข้า-ออก ลึกๆ การบริหารขา และช่วยท่านพลิกตะแคงตัวครั้งแรก ครั้งที่ 3 ระยะ 6-8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ใช้เวลา 30 นาที ช่วยเหลือท่านในการลุกนั่งบนเตียงและเคี้ยวหมากฝรั่งครั้งแรก และครั้งที่ 4 ระยะหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง ใช้เวลา 30 นาที ช่วยเหลือท่านในการลุกเดินครั้งแรก หลังจากถอดสาย

BUU IRB Approved
25 Oct 2024

สวนปัสสาวะและน้ำเกลือ และผู้ช่วยวิจัยจะมาขอให้ท่านตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และผู้ช่วยวิจัยจะประเมินภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด (ประเมินความรู้สึกท้องอืด การประเมินการเรอ การประเมินการผายลม การประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ และการประเมินขนาดเส้นรอบท้อง) 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ประเมินช่วงหลังผ่าตัดคลอดครบ 24 ชั่วโมง และครั้งที่ 2 ประเมินช่วงหลังผ่าตัดคลอดครบ 48 ชั่วโมง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 20-30 นาที

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และการตอบแบบสอบถาม ไม่มีความเสี่ยงเกินความเสี่ยงเล็กน้อย เช่น เสียเวลา ไม่สะดวกสบาย แต่หากท่านเกิดความเสี่ยงที่เป็นอันตรายนอกเหนือจากที่กล่าวไว้ ท่านจะได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาลจนหายขาด ในแต่ละครั้งที่ทำกิจกรรมที่โรงพยาบาลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่ได้รับของที่ระลึกที่ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ โดยท่านสามารถที่จะเลือกให้ข้อมูลหรือถอนตัวออกจากการทำการวิจัยได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจ เครียด หรืออึดอัด โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาและท่านยังคงได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ข้อมูลของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะไม่มีการระบุชื่อหรือสิ่งต่างๆ ที่สามารถระบุได้ว่าเป็นท่านลงในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะใช้ตัวเลขหรือรหัสแทนการระบุตัวตนของท่าน ซึ่งผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่จะทราบข้อมูลของท่าน และจะใช้ข้อมูลนี้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้นโดยการเผยแพร่ข้อมูลจากการศึกษาจะเผยแพร่ในภาพรวม ไม่ได้ระบุเป็นรายบุคคลและเอกสารทั้งหมดจะถูกทำรายหลังจากที่งานวิจัยได้มีการตีพิมพ์เป็นที่เรียบร้อย

ประโยชน์จากการเข้าร่วมวิโครงการจัย ท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเพื่อลดภาวะท้องหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยาและสามารถปฏิบัติได้ ส่งผลให้ท่านมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดลดลง ลดความไม่สุขสบายจากภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด และช่วยให้ท่านสามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาได้เหมาะสม หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาววรรณวิมล กางทา หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 095-329-2462 หรืออีเมล 6491006@go.buu.ac.th บ้านเลขที่ 63/9 หมู่บ้านกมลสิริ3 ต. สามโคก อ. สามโคก จ. ปทุมธานี 12160 หรือสามารถติดต่อมาที่ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 038-102-824 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถามและข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์038-102-620 หรืออีเมลล์ buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่าน พิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่ แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

BUU-IRB Approved
25 Oct 2024

**เอกสารแสดงความยินยอม**
**ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)**

รหัสโครงการวิจัย: .....
(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)
โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาและการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ..... ผู้ยินยอม
(.....)
ลงนาม ..... พยาน
(.....)

**หมายเหตุ** กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้มีพยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย

BUU-IRB Approved
25 Oct 2024

# ประวัติย่อของผู้วิจัย

| | |
|---|---|
| **ชื่อ-สกุล** | นางสาววรรณวิมล กางทา |
| **วัน เดือน ปี เกิด** | 27 กุมภาพันธ์ 2533 |
| **สถานที่เกิด** | จังหวัดกาฬสินธุ์ |
| **สถานที่อยู่ปัจจุบัน** | 95 หมู่ 5 บ้านจอมทอง ตำบลเหล่าใหญ่ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ |
| **ตำแหน่งและประวัติการทำงาน** | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนกสูตินรีเวชกรรมสามัญ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ |
| **ประวัติการศึกษา** | ปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |

มหาวิทยาลัยบูรพา BURAPHA UNIVERSITY