

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการกำกับตนเองในการส่งเสริมการขับถ่ายต่อภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์
 - 1.1 ความหมายของภาวะท้องผูก
 - 1.2 กลไกการขับถ่ายอุจจาระ
 - 1.3 ผลกระทบของภาวะท้องผูก
 - 1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์
 - 1.5 การจัดการภาวะท้องผูก
 - 1.6 การประเมินภาวะท้องผูก
2. การกำกับตนเองในการส่งเสริมการขับถ่ายในสตรีตั้งครรภ์
 - 2.1 แนวคิดการกำกับตนเอง
 - 2.2 การส่งเสริมการขับถ่าย
 - 2.2.1 การรับประทานกล้วยน้ำว้าสุก
 - 2.2.2 การดื่มน้ำหลังตื่นนอนตอนเช้า
 - 2.2.3 การฝึกหัดการขับถ่ายอุจจาระ
 - 2.3 การกำกับตนเองในการส่งเสริมการขับถ่ายในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูก

ภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์

ความหมายของภาวะท้องผูก

ภาวะท้องผูกเป็นอาการที่มีผู้ให้คำจำกัดความไว้ ดังนี้

องค์การระบบทางเดินอาหาร โลก (WGO, 2010) ได้ให้คำนิยามของภาวะท้องผูก หมายถึง การขับถ่ายอุจจาระที่มีความยากลำบาก รู้สึกขับถ่ายอุจจาระไม่สุด และ/หรือขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในรายที่ไม่เคยมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารมาก่อน

สถาบันแห่งชาติของโรคเบาหวานและโรคทางเดินอาหารและโรคไต (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK]) ได้อธิบายว่า ภาวะท้องผูก หมายถึง การขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยอุจจาระมีลักษณะแข็ง แห้ง และมีขนาดเล็ก ทำให้มีอาการปวดท้องและรู้สึกขับถ่ายอุจจาระลำบาก (NIDDK, 2013)

สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารประเทศสหรัฐอเมริกา (American Gastroenterological Association [AGA]) ได้อธิบายว่า ท้องผูกเป็นกลุ่มอาการ (syndromes) คืออาการที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระ (bowel symptoms) ซึ่ง AGA ได้อธิบาย กลุ่มอาการของภาวะท้องผูกเรื้อรัง ได้แก่ ถ่ายอุจจาระยากลำบาก ถ่ายอุจจาระนาน ๆ ครั้ง อุจจาระมีลักษณะแข็งหรือมีความรู้สึกขับถ่ายอุจจาระไม่สุด โดยเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเดี่ยว ๆ หรือเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากโรคอื่น ๆ ก็ได้ (Bharucha, Pemberton, & Locke, 2013)

สมาคมระบบทางเดินอาหารประเทศโปรตุเกส (The Portuguese Society of Gastroenterology) ได้ให้คำนิยามของภาวะท้องผูก หมายถึง การขับถ่ายอุจจาระที่มีความยากลำบาก ต้องใช้แรงเบ่งอย่างมากหรือใช้มือช่วยล้วงในการขับถ่ายอุจจาระ หรือมีความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือจำนวนครั้งของการขับถ่ายอุจจาระลดลงไปจากการขับถ่ายอุจจาระตามปกติ (Matos, 2014)

มูลนิธิการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Nursing Foundation [RNF]) ได้ให้นิยามของภาวะท้องผูก หมายถึง การขับถ่ายอุจจาระที่มีลักษณะเป็นก้อนเล็ก แข็งและแห้งน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมีแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม พร้อมทั้งมีความรู้สึกเกร็งหน้าท้อง ท้องอืด แน่นท้อง หากมีอาการนาน 3 เดือน หรือนานกว่า 3 เดือน ถือว่ามีภาวะท้องผูกเรื้อรัง (Folden et al., 2002)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute [JBI]) ได้ให้นิยามของภาวะท้องผูก หมายถึง การขับถ่ายอุจจาระที่มีลักษณะแข็งหรือเป็นลำเล็ก และมีความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร่วมกับมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น อาการเจ็บที่ทวารหนัก เวลาขับถ่ายอุจจาระ ท้องอืด และมีความรู้สึกขับถ่ายอุจจาระไม่สุด (JBI, 2008)

การวิจัยครั้งนี้ ภาวะท้องผูกของสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง การขับถ่ายอุจจาระของสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะ 1) มีความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) มีอาการและอาการแสดงของการขับถ่ายอุจจาระลำบาก ต้องออกแรงเบ่งถ่ายอุจจาระ และใช้เวลาในการขับถ่ายอุจจาระนาน

กลไกการขับถ่ายอุจจาระ

การขับถ่ายอุจจาระเป็นการทำงานส่วนสุดท้ายของระบบย่อยอาหาร เพื่อขับกากอาหารที่ใช้ประโยชน์ไม่ได้แล้วออกจากร่างกาย เมื่อมีกากอาหารเข้ามาในลำไส้ตรง (rectum) โดยการบีบเคลื่อนจะทำให้ลำไส้ตรงยืดขยายออก เป็นการเริ่มต้นของการขับถ่ายอุจจาระ ประกอบด้วยกล้ามเนื้อหูรูด 2 ชั้น คือ 1) กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านใน (internal anal sphincter) ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อเรียบแบบวงกลมที่หนาตัวขึ้นมาอยู่ด้านในของทวารหนัก ถูกควบคุมการทำงานโดยระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System [ANS]) 2) กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอก (external anal sphincter) เป็นกล้ามเนื้อลาย (skeletal muscle) ที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ และถูกควบคุมโดยเส้นใยประสาทพุดเดนัล (pudendal nerve) (Montague, Watson, & Herbert, 2005)

การขับถ่ายอุจจาระเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองฉับพลัน 2 ชนิด ที่เกิดขึ้นในร่างกาย (สุรวัดน์ จริยวัฒน์, 2552) ได้แก่

1. ปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติของการขับถ่ายอุจจาระที่เกิดขึ้นภายในลำไส้ตรง (intrinsic defecation reflex) เมื่อกากอาหารเข้ามาในลำไส้ตรงจะทำให้ลำไส้ตรงยืดขยายเป็นการส่งสัญญาณไปที่ร่างแหประสาทไมเอนเทอริก (myenteric plexuses) ทำให้เกิดการบีบตัวแบบบีบเคลื่อน (peristalsis) ในลำไส้ใหญ่ส่วนลง (descending colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนคด (sigmoid colon) และลำไส้ตรงผลักกากอาหารไปยังช่องทวารหนัก แล้วกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านในจะคลายตัว และถ้ากล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านนอกถูกบังคับด้วยอำนาจจิตใจให้คลายตัวก็จะเกิดการขับถ่ายอุจจาระ เนื่องจากปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติของการขับถ่ายอุจจาระที่เกิดขึ้นภายในลำไส้ตรงมีความแรงน้อยทำให้การขับถ่ายอุจจาระเกิดขึ้นได้ไม่สมบูรณ์จึงต้องอาศัยปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติของการขับถ่ายอุจจาระผ่านทางเส้นประสาทพาราซิมพาเรติก (parasympathetic defecation reflex)

2. ปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติของการขับถ่ายอุจจาระผ่านทางเส้นประสาทพาราซิมพาเรติก เมื่อปลายประสาทที่ลำไส้ตรงถูกกระตุ้น จะมีการส่งสัญญาณไปยังไขสันหลัง จากนั้นสัญญาณจะถูกส่งกลับโดยผ่านทางเส้นประสาทพาราซิมพาเรติกในเส้นประสาทเชิงกราน (pelvic nerve) มายังลำไส้ใหญ่ส่วนลง ลำไส้ใหญ่ส่วนคด ลำไส้ตรง และทวารหนัก เพื่อไปเพิ่มการบีบตัวแบบบีบเคลื่อน ทำให้กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักด้านในคลายตัว และเพิ่มความแรงให้กับปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติของการขับถ่ายอุจจาระที่เกิดขึ้นภายในลำไส้ตรง

นอกจากนี้การเบ่งถ่ายอุจจาระเป็นกลไกที่ช่วยให้มีการขับถ่ายอุจจาระได้เร็วขึ้น ซึ่งถูกควบคุมโดยสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ขณะออกแรงเบ่ง กะบังลมจะเคลื่อนต่ำลง โดยการหายใจเข้าลึกๆ จะมีการปิดช่องสายเสียง (glottis) ส่วนกล้ามเนื้อบริเวณทรวงอกและกล้ามเนื้อหน้าท้องจะหดตัวและกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจะยกขึ้น เป็นการช่วยทำให้ความดันในช่องท้องและช่องอกเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งความดันนี้จะกดลงบริเวณลำไส้อย่างแรงทำให้อุจจาระถูกขับออกมาอย่างรวดเร็ว แต่ขณะเบ่งถ่ายอุจจาระ ความดันในช่องท้องจะเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้นด้วย ซึ่งอาจรุนแรงจนเกิดผลเสียต่อร่างกาย โดยเฉพาะในคนที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองและหัวใจ (สุวรรณ กิตติเนาวรัตน์, 2552)

ผลกระทบของภาวะท้องผูก

ภาวะท้องผูกเป็นอาการไม่สุขสบายที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านร่างกาย

ภาวะท้องผูกไม่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตแต่ก็ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน (suffering) ขณะขับถ่ายอุจจาระ ต้องออกแรงเบ่งถ่ายอุจจาระ (straining of defecations) รู้สึกอุจจาระไม่สุด (incomplete evacuation) (Hinrichs & Huseboe, 2001) รู้สึกปวดมวนท้อง (abdominal cramps) รู้สึกปวดบริเวณทวารหนัก (rectal pain) อาหารไม่ย่อย (indigestion) ท้องอืด (bloating) รู้สึกอึดอัดแน่นท้อง (abdominal distension) รู้สึกเบื่ออาหาร (anorexia) รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting) สับสน (confusion) และหมดสติ (syncope) (Grundy & Husbands, 2010) นอกจากนี้ภาวะท้องผูกทำให้ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น (halitosis) และอ่อนล้า (fatigue) (Eberhardie, 2003) บางรายมีอาการปวดท้องมากเนื่องจากลำไส้อุดตัน (bowel obstruction) จากอุจจาระที่มีลักษณะแข็ง ทำให้ขณะขับถ่ายต้องออกแรงเบ่งมากขึ้นเพื่อขับดันอุจจาระออกมา เมื่อก่อนอุจจาระที่มีลักษณะแข็งเคลื่อนที่ผ่านกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก ทำให้กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักยึดออกมากเกินไป และลำไส้ตรงยื่นย้อยผ่านรูทวารออกมา ทำให้เวลาขับถ่ายอุจจาระจะรู้สึกปวดบริเวณทวารหนักหรือเกิดอาการเลือดออกได้ ซึ่งทำให้เกิดริดสีดวงทวารตามมา (Ireland, 2006) การศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูกมีโอกาสพัฒนาความรุนแรงของภาวะท้องผูกจนเกิดเป็นริดสีดวงทวารได้มากกว่าสตรีที่ไม่มีการตั้งครรภ์ (Vazquez, 2010) จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดริดสีดวงทวารในสตรีตั้งครรภ์ชาวเซอร์เบียและชาวมอนเตเนโก พบว่าร้อยละ 85 ของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 (Gojnic et al., 2005)

2. ด้านจิตสังคม

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูกจะเกิดการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองในด้านลบ (negative body image perception) เกิดความขบข้องใจและไม่พึงพอใจ จิตใจไม่เบิกบาน นำไปสู่ความวิตกกังวล (anxiety) บางรายถึงกับนอนไม่หลับ และแยกตัวออกจากสังคม (social isolation) (Johnson et al., 2014) ภาวะท้องผูกสามารถทำให้อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด อาจมีผลต่อมนุษยสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง และรบกวนความสุขสบายและการใช้ชีวิตทางสังคม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, วงศ์วัฒน์ ลีวัลย์, รานี ทวีกิติกุล, และ จักษณา ปัญญาชีวิน, 2544)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์

ภาวะท้องผูกมีปัจจัยส่งเสริมของการเกิดเหมือนกันทั้งในบุคคลทั่วไปและสตรีตั้งครรภ์ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูกที่ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านสตรีวิทยา

1.1 การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนขณะการตั้งครรภ์

1.1.1 ฮอร์โมนเพศที่ส่งผลต่อระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในระบบทางเดินอาหาร (hormonal effects on gut transit time) พบว่าการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) ที่เพิ่มสูงขึ้นขณะการตั้งครรภ์ ทำให้ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหวน้อยลง ส่งผลให้ระยะเวลาที่กากอาหารพักอยู่ในระบบทางเดินอาหารนานขึ้น เมื่อกากอาหารอยู่ในลำไส้นานขึ้น ทำให้มีการดูดน้ำกลับมากขึ้น อุจจาระจึงมีลักษณะแห้งและแข็ง ส่งผลให้ขับถ่ายอุจจาระยากลำบากมากขึ้น ซึ่งระดับของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนจะค่อยๆ เพิ่มสูงขึ้นตลอดการตั้งครรภ์และสูงสุดในไตรมาสที่ 2 (Cullen & Donoghue, 2007) มีการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะท้องผูกมากที่สุดในช่วงไตรมาสที่ 2 พบร้อยละ 39 ไตรมาสที่ 1 พบร้อยละ 35 ไตรมาสที่ 3 พบร้อยละ 21 และระยะหลังคลอด พบร้อยละ 17 (Derbyshire et al., 2006)

1.1.2 ฮอร์โมนที่ส่งผลต่อกล้ามเนื้อเรียบ (hormonal effects on smooth muscle) พบว่า ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่เพิ่มสูงขึ้นขณะการตั้งครรภ์ จะยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบในลำไส้ (Cullen & Donoghue, 2007) โดยฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและฮอร์โมนโซมาโตสแตติน (somatostatin) จะยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน โมติลิน (motilin) ที่ทำหน้าที่กระตุ้นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเรียบในลำไส้ (Christofides, Ghatei, Bloom, Borberg, & Gillmer, 1982) นอกจากนี้พบว่า ฮอร์โมนรีแลกซิน (relaxin) ที่เพิ่มขึ้นขณะการตั้งครรภ์ จะยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบใน

ระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง ทำให้เกิดการบีบรัดเพื่อไล่ก้อนอุจจาระไปยังช่องทวารหนักน้อยลง ทำให้เกิดภาวะท้องผูก (Tincello, Teare, & Fraser, 2003)

1.1.3 ฮอร์โมนที่ส่งผลต่อการดูดซึมน้ำ (hormonal effects on water absorption) พบว่าการดูดซึมน้ำในลำไส้ขณะการตั้งครรภ์จะเพิ่มสูงขึ้น ทำให้อุจจาระมีขนาดเล็กและมีลักษณะแข็ง ส่งผลให้การเคลื่อนที่ของอุจจาระยากลำบากมากขึ้น (Arnaud, 2003) โดยฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) และฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่เป็นตัวเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนรีนิน (renin) เมื่อฮอร์โมนรีนินเปลี่ยนแปลงเป็นแองจิโอเทนซิโนเจน (angiotensinogen) ให้กลายเป็นแองจิโอเทนซิน 1 (angiotensin 1) และถูกเปลี่ยนแปลงเป็นแองจิโอเทนซิน 2 (angiotensin 2) จึงนำไปสู่การเพิ่มระดับฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (aldosterone) (Porterfield, 2001) ฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน จะเพิ่มการดูดซึมน้ำในลำไส้ของสตรีตั้งครรภ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในไตรมาสที่ 2 (Cullen & Donoghue, 2007)

1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านกลไกขณะตั้งครรภ์ (mechanical factors)

ขนาดของมดลูกที่โตขึ้นในขณะการตั้งครรภ์นั้นขัดขวางการเคลื่อนที่ของอุจจาระในลำไส้ ทำให้การขับถ่ายอุจจาระยากลำบากมากขึ้น ส่งผลให้มีภาวะท้องผูกได้ง่าย พบข้อสังเกตว่าการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น โอกาสเกิดภาวะท้องผูกจะมากขึ้นและการที่มดลูกมีการเคลื่อนที่เบี่ยงไปทางด้านขวา (dextrorotation) ส่งผลให้เกิดการขัดขวางการเคลื่อนไหวของลำไส้บางส่วน (Cullen & Donoghue, 2007) การศึกษาของซาฟีกและเอลไซไบล์ (Shafik & El-Sibai, 2002) พบว่าน้ำหนักของมดลูกที่เพิ่มขึ้น และระดับความดันภายในมดลูกที่เพิ่มขึ้นจากการตั้งครรภ์ อาจส่งผลให้กล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่เป็นส่วนหนึ่งของหูรูดด้านนอกของทวารหนัก และเป็นกล้ามเนื้อที่มีความสำคัญในการขับถ่ายอุจจาระเกิดความเสียหาย ทำให้การทำหน้าที่ในการขับถ่ายไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูก

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรม

2.1 การรับประทานอาหาร

กากใยอาหาร คือ พืช ผัก และผลไม้ที่รับประทานเข้าไปแล้วจะอยู่ในรูปของคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนที่ไม่ใช่แป้ง (non-starch polysaccharide [NSP]) ซึ่งจะไม่สามารถย่อยโดยน้ำย่อยในระบบย่อยอาหาร กากใยอาหารบางส่วนเมื่อผ่านลำไส้ใหญ่จะถูกย่อยโดยจุลินทรีย์ ทำให้กลายเป็นก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ มีเทน ไฮโดรเจน น้ำ และกรดไขมันสายสั้นๆ ซึ่งจะถูดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกาย และส่วนที่เหลือเป็นกากใยอาหารจะถูกขับถ่ายออกมาทางอุจจาระ กากใยอาหารจึงช่วยเพิ่มมวลของอุจจาระ และกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ทำให้ระบบขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติ (นันทยา จงใจเทศ, วรทิพย์ พึ่งพันธุ์, ปิยนันท์ อึ้งทรงธรรม, และวรรณชนก บุญชู, 2552) การศึกษาพบว่าในช่วงไตรมาสที่ 2 สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการท้องผูก

รับประทานกากใยอาหารต่อวันน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการท้องผูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) (Derbyshire et al., 2006)

2.2 การดื่มน้ำ

การดื่มน้ำจะทำให้อุจจาระมีลักษณะนิ่ม และน้ำเป็นตัวกระตุ้นให้มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อผนังลำไส้ให้บ่อยขึ้น ดื่มน้ำให้อุจจาระเคลื่อนที่ลงสู่ลำไส้ใหญ่เร็วขึ้น ลดระยะเวลาที่กากอาหารพักอยู่ในระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวกและถี่ขึ้น (Hinrichs & Huseboe, 2001) การศึกษาพบว่าในช่วงไตรมาสแรก สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการท้องผูกดื่มน้ำน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการท้องผูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) (Derbyshire et al., 2006)

2.3 การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม

การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม (exercise and physical activity) เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการขับถ่ายอุจจาระ เนื่องจากการออกกำลังกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนเอนโดर्फิน (endorphin) และฮอร์โมนโมทีลิน ซึ่งฮอร์โมนทั้ง 2 ชนิดนี้ทำให้ลำไส้มีการบีบตัวมากขึ้น และลดระยะเวลาที่อาหารผ่านถึงทวารหนัก (colonic transit time) (ชัยวัฒน์ ต่อสกุลแก้ว, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ พบว่าบุคคลที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยหรือนอนบนเตียงนานมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะท้องผูกเนื่องจากลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลง (JBI, 2008) การศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการท้องผูกมีการทำกิจกรรมโดยการออกกำลังกายในช่วงไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (Derbyshire et al., 2006) และสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์ตลอดก่อนกำหนดบางรายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นมักถูกจำกัดกิจกรรมให้นอนอยู่บนเตียงนานๆ ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลงส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก (Maloni, 2011)

2.4 สุขนิสัยการขับถ่ายอุจจาระ

สุขนิสัยการขับถ่ายอุจจาระ คือ การมีนิสัยการขับถ่ายอุจจาระที่ดี ขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอ และไม่กลั้นอุจจาระ การศึกษาพบว่าการไม่ฝึกขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาหรือการกลั้นอุจจาระบ่อยๆ ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก เนื่องจากเวลาที่เรารู้สึกอยากขับถ่ายอุจจาระนั้นเกิดจากปฏิกิริยาจากกระเพาะอาหารสู่ลำไส้ และปฏิกิริยาจากลำไส้เล็กส่วนต้นสู่ลำไส้ใหญ่ (duodenocolic reflex) ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นเมื่อมีอาหารในกระเพาะอาหารและในลำไส้เล็กส่วนต้น ปฏิกิริยานี้ทำให้ลำไส้บีบตัวมากขึ้น ส่งผลให้มีการเคลื่อนที่ของอุจจาระลงไปยังส่วนล่าง จึงเกิดความรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระซึ่งมักเกิดขึ้นภายหลังรับประทานอาหาร 5-30 นาที โดยเฉพาะหลังอาหารเข้าเป็นช่วงที่ดีที่สุด หากเรายับยั้งปฏิกิริยาของการขับถ่ายอุจจาระที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือจากการใช้ยาระบายมากเกินไปจนทำให้การทำหน้าที่ของลำไส้เสียไป จะทำให้ปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก (สินอรุณราษฎร์ และคณะ, 2552)

3. ปัจจัยอื่นๆ

3.1 เพศ

การศึกษาในประเทศสวีเดนพบว่า ภาวะท้องผูกมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบในเพศหญิงร้อยละ 41 และพบในเพศชายร้อยละ 21 เนื่องจากเป็นผลมาจากฮอร์โมนเพศที่แตกต่างกัน (WGO, 2010)

3.2 อายุ

การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบภาวะท้องผูกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 75 โดยพบในผู้สูงอายุชายร้อยละ 26 และผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 34 (Eberhardie, 2003) เนื่องจากในผู้สูงอายุมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง กระบังลมหย่อน ทำให้การขับถ่ายอุจจาระที่ต้องอาศัยกำลังจากกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมช่วยในการขับถ่ายอุจจาระไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เมื่อมีการขับถ่ายอุจจาระจะไม่มีแรงเบ่ง ส่งผลเกิดภาวะท้องผูกได้ (Hsieh, 2005)

นอกจากนี้การศึกษาของสถาบันสถาบัน โจแอนนาบริกส์ พบว่าคนที่มีภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวล สติปัญญาบกพร่อง ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ โรคเบาหวาน หรือได้รับการรักษาด้วยยาบางชนิด เช่น ยาระงับปวด ยาหอบหืด ยาต้านภาวะซึมเศร้า ยาบำรุงที่มีธาตุเหล็ก เป็นต้น ส่งผลทำให้เกิดภาวะท้องผูกได้ (JBI, 2008) เนื่องจากยาบางตัวมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System [CNS]) ระบบประสาทของระบบทางเดินอาหาร (Enteric Nervous System [ENS]) และกล้ามเนื้อเรียบของลำไส้ ทำให้เพิ่มการดูดกลับของน้ำในลำไส้มากขึ้น ทำให้อุจจาระมีลักษณะแข็ง ส่งผลให้การขับถ่ายอุจจาระยากลำบาก (Kyle, 2007) มีการศึกษาพบว่า การรับประทานธาตุเหล็กเสริมขณะตั้งครรภ์จะส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก และพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูกอยู่แล้ว จะมีอาการท้องผูกรุนแรงขึ้นเมื่อรับประทานธาตุเหล็ก (Cullen & Donoghue, 2007) นอกจากนี้ การศึกษาของมูลนิธิการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การเดินทาง การดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด เป็นหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก (Folden et al., 2002)

การจัดการภาวะท้องผูก

การแก้ไขและการจัดการภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์มี 2 แบบ คือ การใช้ยาและการไม่ใช้ยา มีรายละเอียด ดังนี้

1. การใช้ยา

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องการใช้ยาและการจัดการภาวะท้องผูกในขณะตั้งครรภ์ของสถาบันคอกแคเรน พบว่ากลุ่มยาระบายที่ใช้ในการรักษาภาวะท้องผูก ได้แก่ กลุ่มสาร

หล่อลื่น (lubricant laxatives) กลุ่มอุ้มน้ำและเพิ่มมวลอุจจาระ (bulk laxatives) กลุ่มยาที่เพิ่มแรงดึงผิวของอุจจาระ (osmotic laxatives) กลุ่มยากระตุ้นการเคลื่อนตัวของลำไส้ (stimulant laxatives) กลุ่มยาที่ทำให้ให้อุจจาระนิ่ม (stool softeners) และกลุ่มยาสวนอุจจาระ และยาเหน็บทวารหนัก (enemas and suppositories) (Rungsiprakarn et al., 2015) หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับยาละลายอาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น อาการท้องเสีย อาการปวดท้อง เป็นต้น (Jewell & Young, 2001)

การเลือกใช้ยาระบายหรือการสวนอุจจาระ ส่งผลให้มีการทำลายเยื่อเมือกผนังลำไส้ใหญ่ ทำให้ผนังลำไส้เรียบและตีบเร็ว และเป็นการกระตุ้นให้มีการขับถ่ายอย่างรุนแรงมากกว่าปกติ อาจทำให้ร่างกายขาดน้ำและเกลือแร่ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายหรือบางครั้งรู้สึกปวดถ่ายมาก นอกจากนี้วิธีดังกล่าวยังเป็นการบรรเทาภาวะท้องผูกเป็นครั้งคราว ไม่ได้เป็นการแก้ไขปัญหาลำไส้หรือจัดการภาวะท้องผูกระยะยาว และไม่ส่งเสริมสุขนิสัยในการขับถ่ายให้เป็นปกติ (Wald, 2000)

2. การไม่ใช้ยา

ปัจจุบัน โรงพยาบาลเกือบทุกระดับในประเทศไทยมีแนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะท้องผูกในผู้ป่วยทั่วไปโดยไม่ใช้ยาตามแนวทางของสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหวของประเทศไทย โดยการเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใย การดื่มน้ำให้เพียงพอ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การฝึกสุขนิสัยการขับถ่ายอุจจาระให้เหมาะสม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นของการรักษาภาวะท้องผูก เนื่องจากไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง และเป็นส่งเสริมกระบวนการทางสรีรวิทยาในการขับถ่ายอุจจาระที่เป็นปกติ (สิน อนุราษฎร์ และคณะ, 2552) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศและประเทศไทยพบว่า การจัดการภาวะท้องผูกโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

2.1 การรับประทานอาหารที่มีกากใย

การรับประทานอาหารที่มีกากใยจะช่วยเพิ่มมวลของอุจจาระ และกระตุ้นการทำงานของลำไส้ โดยกากใยอาหารแบ่งออกเป็น 2 ชนิด (นันทยา จงใจเทศ และคณะ, 2552) ได้แก่ ใยอาหารชนิดที่ละลายน้ำ (soluble fiber) พบมากในธัญพืชที่ไม่ขัดสี พีชตระกูลถั่ว รำข้าวโอ๊ต ข้าวบาร์เลย์ ใยอาหารชนิดนี้มีความสำคัญต่อการย่อยและการดูดซึมของอาหาร ใยอาหารชนิดที่ไม่ละลายน้ำ (insoluble fiber) พบมากในรำข้าว รำข้าวสาลี ข้าวโพด เมล็ดถั่วต่างๆ ผักและผลไม้ เช่น กล้วยน้ำว่าสุก มะละกอสุก พรุณ ส้ม แอปเปิ้ล สตอเบอร์รี่ ใยอาหารชนิดนี้มีความสามารถในการอุ้มน้ำ ซึ่งจะเพิ่มปริมาณกากอาหารในกระเพาะ ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ขับถ่ายอุจจาระง่ายขึ้น ใยอาหารชนิดนี้จึงให้ผลเหมือนยาระบายทางธรรมชาติช่วยป้องกันภาวะท้องผูกและริดสีดวงทวาร

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศพบว่า มีการศึกษาของมิลเลียน ทาบเบอร์ โปสต์ และเบนนิการ์ (Milliano, Tabbers, Post, & Benninga, 2012) ทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูก อายุครรภ์ 12 - 34 สัปดาห์ ที่ได้รับกากใยอาหารชนิดโพรไบโอติก (probiotic) 4 กรัมต่อวัน ผลการศึกษาพบว่ามีความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นจากน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็น 6 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความรู้สึกอุจจาระไม่สุดลดลงจากร้อยละ 90 เหลือร้อยละ 40 มีความรู้สึกอุจจาระอุดตันลดลงจากร้อยละ 90 เหลือร้อยละ 45 อุจจาระมีลักษณะแข็งลดลงจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 65 มีความรู้สึกปวดมวนท้องลดลงจากร้อยละ 60 เหลือร้อยละ 20 การศึกษาของ วอดอร์โฮเซอร์ ชาตค์ และมัทโคเฟอร์ (Voderholzer, Schatke, & Muhlendorfer, 1997) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 18 - 81 ปี ที่มีภาวะท้องผูก จำนวน 149 ราย โดยให้รับประทานเมล็ดธัญพืช (plantago ovata seeds) วันละ 15 - 30 กรัม ผลการศึกษาพบว่ากากใยอาหารจากเมล็ดธัญพืชสามารถช่วยเพิ่มความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระได้ การศึกษาของวิสเทนและเมสเนอร์ (Wisten & Messner, 2005) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่รับประทานข้าวต้มข้าวโอ๊ตตอนเช้าของทุกวัน ร้อยละ 76 มีความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ 10.7 ครั้งในระยะเวลา 2 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าข้าวต้มข้าวโอ๊ตสามารถช่วยส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระได้ การศึกษาเกี่ยวกับใยอาหารที่ช่วยป้องกันและจัดการภาวะท้องผูกในผู้ป่วยสูงอายุแผนกออโรโธปีดิกส์ จำนวน 111 ราย โดยกลุ่มที่ได้รับน้ำลูกแพร์ 150 มิลลิลิตร และเสริมด้วยอาหารที่มีกากใยสูง ได้แก่ ข้าว ลูกพรุน ข้าวโอ๊ต แอปเปิ้ล และมะพร้าว ปริมาณ 5 กรัม วันละ 2 ครั้ง และได้รับน้ำอย่างน้อย 2 ลิตรต่อวัน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมกากใยมีความถี่ในการขับถ่ายเพิ่มขึ้น (Stumm, Thomas, Coombers, Greenhill, & Hay, 2001)

ในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูก แต่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกระดูกสะโพกจำนวน 60 ราย ที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันภาวะท้องผูก โปรแกรมประกอบด้วย การให้ข้อมูล การส่งเสริมการรับประทานอาหารกากใย การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย และการฝึกหัดการขับถ่ายอุจจาระ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันภาวะท้องผูกมีความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะท้องผูก (พวงพกา มั่นหมาย, 2552) และการศึกษาของวาสนา บุตรปัญญา, พรรณวดี พุชวิฒนะ, สุกร วงศ์วิญญู, และภาณุมาศ ขวัญเรือน (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะท้องผูกสำหรับผู้ป่วยระบบประสาท โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 40 ราย โดยการให้โปรแกรมป้องกันภาวะท้องผูก ประกอบด้วย การให้ข้อมูล การส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหารและน้ำ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย และการนวดหน้าท้อง ผลการศึกษา

พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีอัตราการเกิดภาวะท้องผูกและระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะท้องผูกลดกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมป้องกันภาวะท้องผูก

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปริมาณกากใยอาหารจากรำข้าวสาลีในการเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ในขณะตั้งครรภ์พบว่าปริมาณของกากใยอาหารที่ควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอย่างน้อย 20 กรัมต่อวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 25 - 30 กรัมต่อวัน (Jefferson, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ที่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะท้องผูกสำหรับสตรีตั้งครรภ์ โดยการกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่มีกากใยอย่างน้อย 25-30 กรัมต่อวัน ทั้งกากใยจากผลไม้และผัก ได้แก่ รำข้าว ธัญพืช ขนบึงโฮลวีต ผักใบเขียว ผลไม้ และถั่วแห้ง นอกจากนี้ควรลดอาหารประเภทชีส และขนบึงขัดสี (Ireland, 2006)

2.2 การดื่มน้ำ

การดื่มน้ำช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ และทำให้อุจจาระนิ่ม จึงทำให้เพิ่มความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระได้ ดังนั้นเมื่อรับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารมากขึ้นจะต้องดื่มน้ำเพิ่มขึ้นเนื่องจากกากใยอาหารที่ผ่านไปยังลำไส้ใหญ่จะดูดซับน้ำเอาไว้ทำให้เกิดการรวมตัวของกากอาหาร ซึ่งน้ำจะช่วยกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้อุจจาระเข้าสู่ลำไส้ใหญ่เร็วขึ้น ช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติ (Hinrichs & Huseboe, 2001) การศึกษาในต่างประเทศพบว่าคนทั่วไปที่รับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่ม 25 กรัมต่อวัน สามารถเพิ่มความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ 3.3 ครั้งต่อสัปดาห์ และเมื่อรับประทานอาหารที่มีกากใย 25 กรัมต่อวัน ร่วมกับดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน สามารถเพิ่มความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระ 4.2 ครั้งต่อสัปดาห์ (Anti et al., 1998) และการศึกษาในบุคคลทั่วไปพบว่าการดื่มน้ำอย่างน้อย 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน ร่วมกับรับประทานใยอาหาร 20-35 กรัมต่อวัน สามารถลดความรุนแรงและอัตราการเกิดภาวะท้องผูกได้ (Folden et al., 2002) และองค์การความปลอดภัยของอาหารแห่งยุโรป (European Food Safety Authority [EFSA]) แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ดื่มน้ำเฉลี่ยวันละ 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยระหว่างการตั้งครรภ์ควรดื่มน้ำเพิ่มขึ้น 3 ลิตรต่อวัน และระหว่างการให้นมบุตรควรดื่มน้ำเพิ่มขึ้น 7,000 มิลลิลิตรต่อวัน จะช่วยให้ลำไส้ทำงานดีขึ้นและป้องกันภาวะขาดน้ำ (EFSA, 2010)

2.3 การฝึกหัดการขับถ่ายอุจจาระ

การขับถ่ายอุจจาระมีความเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาการขับถ่ายอุจจาระ (defecation reflex) ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากขับถ่ายอุจจาระ การฝึกหัดการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นนิสัย (toilet activities) ประกอบด้วย 1) การขับถ่ายให้เป็นเวลาสม่ำเสมอ 2) ขับถ่ายอุจจาระทันทีเมื่อเกิดความรู้สึกอยากถ่าย และขณะขับถ่ายอยู่ในห้องน้ำที่เป็นส่วนตัว ไม่มีการกระตุ้นทางตา ทางเสียงและกลิ่น 3) ทำในการขับถ่ายเป็นท่าลำตัวตั้งขึ้นตรง (upright position) (Folden et al., 2002) ไม่ควรกลั้นอุจจาระ เนื่องจาก

จะส่งผลให้อุจจาระอยู่ในลำไส้ใหญ่ นานขึ้น และถูกดูดซึมน้ำกลับมากขึ้น ทำให้อุจจาระมีลักษณะแห้งและแข็ง ทำให้การเคลื่อนที่ของอุจจาระยากลำบาก ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูกได้ ดังนั้นควรขับถ่ายอุจจาระทันทีเมื่อรู้สึกปวดอุจจาระ (สิน อนุราษฎร์ และคณะ, 2552)

การประเมินภาวะท้องผูก

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีเกณฑ์การประเมินภาวะท้องผูก ดังนี้

1. มูลนิธิโรม (Rome Foundation) มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินที่ใช้วินิจฉัยความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (Functional Gastrointestinal Disorders [FGIDs]) ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คือ Rome II และ Rome III criteria สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะท้องผูก ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ 1) จำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) มีการเบ่งถ่ายอุจจาระมากกว่าปกติ 3) อุจจาระมีลักษณะเป็นก้อนแข็ง และแห้ง 4) รู้สึกขับถ่ายอุจจาระไม่สุด 5) รู้สึกขับถ่ายอุจจาระไม่ออกเนื่องจากมีสิ่งอุดตันบริเวณทวารหนัก 6) ต้องใช้มือช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ โดยใช้นิ้วล้วงหรือพุงเนื้อเยื่อรอบทวารหนัก หากตรวจพบตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ถือว่ามีภาวะท้องผูก (Thompson, Drossman, Talley, Walker, & Whitehead, 2006) มีการศึกษาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาญี่ปุ่น และนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในกลุ่มตัวอย่างชาวญี่ปุ่น จำนวน 135 ราย ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test – retest) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .68 (Kanazawa et al., 2015)

2. การประเมินภาวะท้องผูกจากการสังเกตลักษณะของอุจจาระ คือ แบบประเมิน Bristol Stool Form Scale (BSFS) โดยแบ่งลักษณะของอุจจาระเป็น 7 ชนิด ได้แก่ 1) อุจจาระแยกเป็นก้อนแข็ง ลักษณะคล้ายเม็ดถั่ว (separate hard lumps, like nuts) 2) อุจจาระมีลักษณะคล้ายไส้กรอก แต่พื้นผิวเป็นก้อน ไม่เรียบ (sausage-shaped but lumpy) 3) อุจจาระมีลักษณะคล้ายไส้กรอก แต่มีรอยแยกบนพื้นผิวอุจจาระ (like a sausage but with cracks on the surface) 4) อุจจาระมีลักษณะคล้ายไส้กรอกหรืองู พื้นผิวเรียบ และนุ่ม (like a sausage or snake, smooth and soft) 5) อุจจาระอ่อนนุ่ม มีขอบชัดเจน (soft blobs with clear-cut edges) 6) อุจจาระอ่อนนุ่ม ไม่มีขอบชัดเจน (fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool) 7) อุจจาระเหลวทั้งหมด (watery, no solid pieces, entirely liquid) หากพบว่าอุจจาระมีลักษณะเป็นชนิดที่ 1 หรือชนิดที่ 2 ถือว่ามีอาการท้องผูก (Heaton & Lewis, 1997) มีการศึกษาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ไม่มีความผิดปกติในระบบการขับถ่าย และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการขับถ่าย จำนวน 84 ราย พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .72 (Blake, Raker, & Whelan, 2016)

3. การประเมินภาวะท้องผูก โดยใช้แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Pattern Assessment Form) ของฮินริชส์และฮิวส์โบว์ (Hinrichs & Huseboe, 2001) ซึ่งพัฒนามาจากแนวปฏิบัติที่มาจากงานวิจัยสำหรับการจัดการอาการท้องผูกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยไอโอวา (The research based protocol for management of constipation ของ The University of Iowa College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center) ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) ระยะเวลาที่ร่วมก่อนการขับถ่ายอุจจาระ 2) ต้องออกแรงเบ่งขณะขับถ่ายอุจจาระ 3) รู้สึกเจ็บบริเวณทวารหนักขณะขับถ่ายอุจจาระ 4) รู้สึกมีความยากลำบากในการขับถ่ายอุจจาระ 5) ระยะเวลาในการขับถ่ายอุจจาระแต่ละครั้ง 6) ความรู้สึกหลังขับถ่ายอุจจาระ 7) ขนาดของอุจจาระ 8) รูปร่างของอุจจาระ 9) ลักษณะของอุจจาระ และ 10) ปริมาณของอุจจาระ คำตอบบ่งชี้ว่ามีภาวะท้องผูกให้คะแนนคำตอบข้อละ 1 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน แสดงว่ามีภาวะท้องผูก ฉบับภาษาไทยโดยโบตัน แสนสุขสวัสดิ์ และคณะ (2550)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินภาวะท้องผูกของสตรีตั้งครรภ์ โดยการประเมิน ดังนี้

1. ความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระตามเกณฑ์การประเมินของมูลนิธิโรม โดยดูจากจำนวนครั้งของการขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เนื่องจากเป็นการประเมินที่ง่ายและเชื่อถือได้

2. แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระของฮินริชส์และฮิวส์โบว์ (Hinrichs & Huseboe, 2001) ฉบับภาษาไทยโดยโบตัน แสนสุขสวัสดิ์ และคณะ (2550) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมกลุ่มอาการของภาวะท้องผูก และนิยมใช้เป็นเกณฑ์ที่แพร่หลาย โดยมีการนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (โบตัน แสนสุขสวัสดิ์ และคณะ, 2550) และการป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพก (พวงพกา มั่นหมาย, 2552)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

การกำกับตนเองในการส่งเสริมการขยับถ่ายในสตรีตั้งครรภ์

การกำกับตนเอง (self-regulation) เป็นแนวคิดที่สำคัญอีกแนวคิดหนึ่งของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social-Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1991) ซึ่งมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในด้านจิตวิทยา ด้านการเรียนการสอน และด้านสุขภาพ ที่มุ่งหวังให้บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมด้วยตนเอง

แนวคิดการกำกับตนเอง

แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้น ไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่บุคคลสามารถกำกับตนเองเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง ด้วยผลลัพธ์ที่บุคคลนั้นสร้างขึ้นมาเองเพื่อตนเอง แบนดูราจึงให้ความหมายของการกำกับตนเองไว้ว่า เป็นการกระทำบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง (Bandura, 1991)

การกำกับตนเองจะไม่สามารถบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิตใจ และความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องมีวิธีการที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกตตนเอง (self-observation) กระบวนการตัดสิน (judgment process) และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) (Bandura, 1991) มีรายละเอียดดังนี้

1. การสังเกตตนเอง (self-observation) หมายถึง ความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในพฤติกรรมของตนเองอย่างตั้งใจ บุคคลจะไม่มีปฏิกิริยาใดๆ ต่อการกระทำของตนเองถ้าบุคคลนั้นไม่สนใจว่าตนเองกำลังทำอะไรอยู่ ดังนั้น จุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำกับตนเอง คือ บุคคลจะต้องรู้ว่าตนเองกำลังทำอะไรอยู่ เพราะความสำเร็จของการกำกับตนเองนั้น ส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอ และความแม่นยำของการสังเกตและการบันทึกตนเอง ขั้นตอนการสังเกตตนเองประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย (goal setting) และการติดตามตนเอง (self-monitoring)

- 1.1 การกำหนดเป้าหมาย (goal setting) หมายถึง การตั้งเป้าหมายของพฤติกรรมหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ในระยะแรกของการกำกับตนเอง ก่อนที่บุคคลจะสามารถกำกับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะต้องเลือกเป้าหมาย ซึ่งการตั้งเป้าหมายเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลได้รู้ถึงพฤติกรรมที่ต้องการกระทำอย่างชัดเจน และยังใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินเพื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่บุคคล

กระทำกับพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ การตั้งเป้าหมายต้องเหมาะสมกับระดับความสามารถของบุคคลนั้น จึงจะมีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้ การกำหนดเป้าหมายมี 2 วิธี ได้แก่

1.1.1 การกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง เป็นวิธีที่บุคคลกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการด้วยตนเอง ข้อดี คือ ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นผู้กระทำและตัดสินใจด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจ และเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และจะมีความพึงพอใจในตนเองเมื่อกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จ

1.1.2 การกำหนดเป้าหมายโดยบุคคลอื่น เป็นวิธีที่บุคคลอื่นเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่บุคคลต้องการเปลี่ยนแปลงให้ ข้อดี คือ ช่วยบุคคลที่ไม่สามารถกำหนดเป้าหมายด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมให้สามารถกำหนดเป้าหมายได้เหมาะสมกับความสามารถของตนเองมากขึ้น

1.2 การติดตามตนเอง (self-monitoring) หมายถึง การที่บุคคลทำการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะทำกับบุคคลที่รู้ว่าตนเองกระทำพฤติกรรมไปในลักษณะใด การติดตามตนเองอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เพราะเมื่อบุคคลได้เห็นข้อมูลย้อนกลับจะทำให้บุคคลรู้ว่าควรจะดำเนินการอย่างไรต่อไป เพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ

2. กระบวนการตัดสินใจ (judgment process) หมายถึง การที่บุคคลทำการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการกระทำของตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ กระบวนการตัดสินใจเป็นกระบวนการต่อเนื่องจากกระบวนการสังเกตตนเอง ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองนั้นจะไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งหมด ถ้าไม่มีกระบวนการตัดสินใจ เมื่อบุคคลทำการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมของตนเองแล้ว จะนำข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ พฤติกรรมของบุคคลจะสำเร็จหรือล้มเหลวนั้นขึ้นอยู่กับเป้าหมายที่นำมาประเมิน และเกิดการชี้แนะแนวทางให้กับตนเองว่าจะดำเนินพฤติกรรมต่อไปอย่างไร

3. แสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองเป็นการเสริมแรงตนเองของบุคคลหลังจากตัดสินใจการกระทำพฤติกรรมของตนเองว่าประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว ซึ่งบุคคลอาจจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองเพื่อเสริมแรงตนเอง แสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองหรือลงโทษตนเอง การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกลไกการกำกับตนเอง ซึ่งทำหน้าที่ 2 ประการ (Bandura, 1991) ได้แก่

3.1 ทำหน้าที่ตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง เมื่อบุคคลตัดสินใจการกระทำพฤติกรรมของตนเองได้เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองเพื่อเสริมแรงตนเอง แต่ถ้าหากบุคคลกระทำพฤติกรรมต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองหรือลงโทษตนเอง หรือบุคคลอาจจะไม่แสดงปฏิกิริยาต่อตนเองก็ได้

3.2 ทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจสำหรับการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายแล้วจะให้อะไรกับตัวเอง ดังนี้

3.2.1 สิ่งจูงใจตนเองจากภายนอก ได้แก่ วัตถุสิ่งของที่สามรถจับต้องได้ หรืออาจเป็นการให้เวลาอิสระกับตนเอง การทำกิจกรรมที่ชอบ หรือการกระทำกิจกรรมบันเทิงต่างๆ

3.2.2 สิ่งจูงใจตนเองจากภายใน ได้แก่ ผลลัพธ์ภายในที่บุคคลให้กับตนเอง หลังจากที่มีประเมิณการกระทำพฤติกรรมของตนแล้ว ดังนี้

1) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองโดยการให้รางวัลตนเองเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตนกำหนดไว้ เช่น การชื่นชมกับผลดีของพฤติกรรมตนเอง เป็นต้น

2) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบ คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองโดยการลงโทษตนเองเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตนกำหนดไว้ เช่น การตำหนิตนเอง การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง การละอายใจ เป็นต้น

การส่งเสริมการขับถ่าย

สตรีตั้งครรภ์ทุกรายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะท้องผูกเนื่องจากหลายปัจจัยโดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะท้องผูกเหมือนกับบุคคลทั่วไป ได้แก่ การรับประทานอาหารกากใยน้อย การดื่มน้ำน้อย และสุขนิสัยการขับถ่ายอุจจาระไม่ดี ดังนั้น การส่งเสริมการขับถ่ายที่เหมาะสมจะช่วยแก้ไขและจัดการภาวะท้องผูกและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะท้องผูกได้ ซึ่งวิธีการส่งเสริมการขับถ่ายในสตรีตั้งครรภ์โดยไม่ใช้ยา มีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับประทานกล้วยน้ำว้าสุก

กล้วยน้ำว้าสุก จัดเป็นผลไม้ที่มีใยอาหารชนิดไม่ละลายน้ำ โดยใยอาหารชนิดนี้เมื่อเข้าสู่กระบวนการย่อยจากแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ (fermentation) จะทำให้ลำไส้ใหญ่มีแบคทีเรียมากขึ้น ส่งผลให้เกิดแก๊สอุจจาระได้มากขึ้น จึงเพิ่มน้ำหนักและปริมาณของอุจจาระ ลดระยะเวลาที่กากอาหารพักอยู่ในระบบทางเดินอาหารให้สั้นลง ทำให้การขับถ่ายอุจจาระออกได้ง่าย และการขับถ่ายอุจจาระดีขึ้น (ประสงค์ เทียนบุญ, 2558) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศพบว่ามีเปรียบเทียบระหว่างสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 กลุ่มที่รับประทานบิสกิตข้าวโพด 7.2 กรัมต่อวัน กลุ่มที่รับประทานรำข้าวสาลี 9.1 กรัมต่อวัน และกลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งเสริมให้รับประทานอาหารกากใย พบว่า 2 กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมให้รับประทานบิสกิตข้าวโพดและรำข้าวสาลี มีความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นและอุจจาระมีลักษณะนุ่มมากขึ้น (Anderson & Whichelow, 1986) จะเห็นได้ว่าการรับประทานอาหารที่มีกากใยมีประโยชน์ และส่งผลดีต่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดการขับถ่าย

อุจจาระที่เป็นปกติ ซึ่งมีความปลอดภัย และราคาไม่แพงจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้แก้ไขและจัดการ ภาวะท้องผูกเป็นอันดับแรก

ในบริบทของคนไทยการรับประทานอาหารที่มีกากใย ได้แก่ บิสกิตข้าวโพด ข้าวสาลี ข้าวโอ๊ต ข้าวบาร์เลย์ และขนมปังโฮลวีท (whole wheat bread) บางรายอาจจะไม่คุ้นเคย และไม่ใช่อาหารหลัก ของคนไทย ดังนั้น กลัวย่น้ำว่าสุกจึงเป็นผลไม้ที่เหมาะสมทั้งด้านคุณค่าทางโภชนาการ และราคาไม่ แพง ซึ่งในประเทศไทยพบว่ากลัวย่น้ำว่าจัดเป็นผลไม้พื้นเมืองที่พบได้ทั่วไปในทุกภาคและเป็นผลไม้ ที่มีคุณค่าทางอาหารสูงสามารถรับประทานได้ทั้งผลสุกและผลดิบ เนื่องจากกลัวย่น้ำว่าสามารถ รับประทานสด หรือถูกนำมาแปรรูปเป็นขนมหลายชนิด (นเรศ มีโส และศิริธร ศิริอมรพรธม, 2552) การศึกษาพบว่าในกลัวย่น้ำว่าสุกมีสารเพคตินสูง ซึ่งสารเพคตินเป็นส่วนประกอบที่ทำหน้าที่คล้าย กายีคระหว่างเซลล์ของพืช สารเพคตินสามารถละลายน้ำได้ เมื่อสารเพคตินมีการพองตัวในลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ จะช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ (อาณัติ นิติธรรมยง, 2553) ช่วยหล่อลื่นลำไส้ และเพิ่มกากอาหารในลำไส้ โดยกากอาหารจะดันผนังลำไส้ให้เกิดการบีบตัวเพื่อไล่กากอาหารออกมา ทำให้เกิดความรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระ ทำให้ระบบการขับถ่ายอุจจาระง่ายขึ้น ในทางปฏิบัติพบว่า การ รับประทานกลัวย่น้ำว่าสุกวันละ 1 ผล โดยรับประทานต่อเนื่องทุกวัน และสามารถเลือกช่วงเวลาใน การรับประทานตามความสะดวกและเหมาะสมของแต่ละคน ได้แก่ 1) รับประทานหลังตื่นนอนตอน เช้าทันที 2) รับประทานก่อนนอน 2-3 ชั่วโมงเพื่อให้อาหารย่อยสมบูรณ์ ไม่เกิดการแก๊สในกระเพาะ อาหาร (สุพจน์ อัสวพันธุ์ชนกุล, 2537)

2. การดื่มน้ำหลังตื่นนอนเช้า

การดื่มน้ำหลังตื่นนอนตอนเช้า จะช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้และทำให้อุจจาระนิ่ม โดยน้ำจะเป็นตัวกระตุ้นให้ลำไส้เล็กมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น ทำให้อุจจาระเข้าสู่ลำไส้ใหญ่เร็วขึ้น ช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติ (Hinrichs & Huseboe, 2001) จากการศึกษาพบว่า การดื่มน้ำอุ่น หลังตื่นนอนตอนเช้า 2 แก้ว จะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากขับถ่ายอุจจาระภายใน 30 - 40 นาที และ ทำให้ขับถ่ายอุจจาระง่ายขึ้น (สุพจน์ อัสวพันธุ์ชนกุล, 2537) หรือการดื่มน้ำมากๆ หลังตื่นนอนตอนเช้า 150 - 250 มิลลิลิตร ช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ (Kellogg & Formulas, 2006) ซึ่งคำแนะนำของ องค์การความปลอดภัยของอาหารแห่งยุโรป (EFSA, 2010) แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ดื่มน้ำเฉลี่ยวันละ 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน ช่วยให้ลำไส้ทำงานดีขึ้น

จากการศึกษาของนภาพร เถลิมพรพงศ์ และคณะ (2545) ศึกษาผลของการดื่มน้ำตอนเช้าเพื่อ กระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีภาวะท้องผูก โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มี อายุ 18 - 60 ปีที่มีภาวะท้องผูกจำนวน 20 ราย ให้โปรแกรมการดื่มน้ำตอนเช้าอย่างน้อย 500 มิลลิลิตร

และค่อยๆ ให้ดื่มน้ำมากเท่าที่จะดื่มน้ำได้ ผลการศึกษาพบว่า การดื่มน้ำในตอนเช้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระและแก้ไข้ปัญหาท้องผูกได้

3. การจับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา

การจับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา และให้เวลาในการจับถ่ายอย่างเพียงพอรวมทั้งอยู่ในสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และการอุจจาระทันทีที่รู้สึกอยากจับถ่ายอุจจาระ โดยไม่กลั้นอุจจาระ ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระและต้องการจับถ่ายอุจจาระ โดยปกติเกิดขึ้นหลังรับประทานอาหารเข้าเป็นเวลา 15 นาที หรืออาหารมื้อแรกของวัน ซึ่งการจับถ่ายอุจจาระควรใช้เวลา 5 - 15 นาที หลังรับประทานอาหารเข้า หรือตามแบบแผนเดิมของสตรีก่อนตั้งครรภ์ (Folden et al., 2002)

การกำกับตนเองในการส่งเสริมการจับถ่ายในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูก

การกำกับตนเองเป็นวิธีการที่สตรีตั้งครรภ์กระทำการปรับพฤติกรรมของตนเองได้ด้วยตนเอง สตรีตั้งครรภ์สามารถติดตามและกำกับพฤติกรรมของตนเองได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะแวดล้อมใด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการเรียนรู้และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นอย่างมาก ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1991) มาใช้ในการส่งเสริมการจับถ่าย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกตตนเอง (self-observation) กระบวนการตัดสิน (judgment process) และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) มีรายละเอียดดังนี้

1. การสังเกตตนเอง (self - observation) หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์มีความสนใจต่อพฤติกรรมของตนเองอย่างตั้งใจ คือ ภาวะท้องผูกที่เกิดขึ้นกับตนเอง สตรีตั้งครรภ์จะไม่มีปฏิกิริยาใดๆ ต่อการกระทำของตนเองถ้าสตรีตั้งครรภ์นั้นไม่สนใจว่าตนเองกำลังทำอะไรอยู่ ดังนั้น จุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำกับตนเอง คือ สตรีตั้งครรภ์จะต้องรู้ว่าตนเองกำลังทำอะไรอยู่ ขั้นตอนการสังเกตตนเองประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย (goal setting) และการติดตามตนเอง (self-monitoring)

1.1 การกำหนดเป้าหมาย (goal setting) หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์มีการตั้งเป้าหมายของพฤติกรรมหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง ก่อนที่สตรีตั้งครรภ์จะสามารถกำกับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สตรีตั้งครรภ์จะต้องตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ ได้แก่ การรับประทานอาหารกล้วยน้ำว้าสุก การดื่มน้ำหลังตื่นนอนตอนเช้า และการจับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา และตั้งเป้าหมายของผลลัพธ์ คือ ภาวะท้องผูกลดลง และ/หรือแบบแผนการจับถ่ายอุจจาระดีขึ้น ซึ่งการตั้งเป้าหมายเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รู้ถึงพฤติกรรมที่ต้องการกระทำอย่างชัดเจน และใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินเพื่อ

เปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่สตรีตั้งครรภ์กระทำกับพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ การตั้งเป้าหมายต้องเหมาะสมกับระดับความสามารถของตนเอง จึงจะมีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้

1.2 การติดตามตนเอง (self-monitoring) หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์ทำการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเองลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ การรับประทานกล้วยน้ำว้าสุก การดื่มน้ำ และการขับถ่ายอุจจาระประจำวัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้ว่าตนเองกระทำพฤติกรรมไปในลักษณะใด การติดตามตนเองอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เพราะเมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้เห็นข้อมูลย้อนกลับจะทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้ว่าควรจะดำเนินการอย่างไรต่อไป เพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ

2. กระบวนการตัดสินใจ (judgment process) หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์ทำการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการกระทำของตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อสตรีตั้งครรภ์ทำการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมของตนเองแล้ว จะนำข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ พฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์จะสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นขึ้นอยู่กับเป้าหมายที่นำมาประเมิน และเกิดการชี้แนะแนวทางให้กับตนเองว่าจะดำเนินพฤติกรรมต่อไปอย่างไร

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองเป็นการเสริมแรงตนเองหลังจากตัดสินใจการกระทำพฤติกรรมของตนเองว่าบรรลุหรือไม่บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งสตรีตั้งครรภ์อาจจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองเพื่อเสริมแรงตนเอง หรือแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองหรือลงโทษตนเอง การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกลไกการกำกับตนเอง

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีกรนำแนวคิดการกำกับตนเองมาใช้กับสตรีตั้งครรภ์เพื่อแก้ไขและจัดการกับภาวะท้องผูก แต่พบว่ามีผู้นำแนวคิดการกำกับตนเองไปใช้กับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย โดยกลุ่มที่ได้รับการกำกับตนเองร่วมกับได้รับการสอนเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการกำกับตนเองสามารถควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และคณะ, 2011) การศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองในการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการกำกับตนเองมีคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ไปรมา นาคนิม, 2554) การศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อ

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 ราย ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ประกอบด้วย การบรรยาย การฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหาร และการอภิปรายกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับ โปรแกรมการกำกับตนเองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง (สุกาญจน์ อยู่คง, มลินี สมภพเจริญ, ทรายล เก่งการพานิช, และทัศนีย์ รัวีวรกุล, 2558) และการศึกษาการเปรียบเทียบผลของการกำกับตนเองร่วมกับการให้ความรู้ต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 44 ราย โดยกลุ่มที่ได้รับการกำกับตนเองร่วมกับการให้ความรู้ตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการกำกับตนเองร่วมกับการให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (อชิรญา เอกจิตต์, 2555)

จากการศึกษาที่ผ่านมามาดูจะเห็นได้ว่าเมื่อนำแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูราไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นอย่างมาก ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงได้นำแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1991) มาใช้ในการส่งเสริมการขับถ่าย โดยการที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะท้องผูกมีการควบคุมการกระทำของตนเองในการส่งเสริมการขับถ่าย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง (self-observation) ซึ่งมี 2 องค์ประกอบ คือ การกำหนดเป้าหมาย (goal setting) โดยสตรีตั้งครรภ์กำหนดความคาดหวังหรือความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองไปจากเดิม และการติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นการที่สตรีตั้งครรภ์สังเกต และบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการแก้ไขและการจัดการภาวะท้องผูกของตนเอง 2) กระบวนการตัดสินใจ (judgment process) เป็นการที่สตรีตั้งครรภ์ประเมินว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) เป็นการที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการเสริมแรงจากตนเอง และผู้วิจัยหลังจากที่ตัดสินใจการปฏิบัติของตนเองว่าบรรลุหรือไม่บรรลุตามเป้าหมาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1991) ร่วมกับการ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยในกระบวนการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสังเกตตนเอง (self-observation) โดยการสำรวจพฤติกรรมของตนเอง กำหนดเป้าหมายการ ปฏิบัติเพื่อใช้เปรียบเทียบกับการปฏิบัติของตนเองและกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติของตนเอง 2) กระบวนการตัดสิน (judgment process) คือการประเมินผลการปฏิบัติของ ตนเอง โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตไปเปรียบเทียบว่าเหมือนหรือต่างกับการปฏิบัติที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดควรเปลี่ยนแปลง และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) เป็นการเสริมแรงตนเอง โดยการประเมินคุณค่า ของพฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติ และนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ ท้องผูกมีการควบคุมกำกับความคิดและการกระทำของตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมการขับถ่าย ประกอบด้วย การรับประทานกล้วยน้ำว้าสุก การดื่มน้ำหลังตื่นนอนตอนเช้า และการขับถ่ายอุจจาระ ให้เป็นเวลา ส่งผลให้ภาวะท้องผูกในสตรีตั้งครรภ์ลดลง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด