ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะท้องอืดของมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

วรรณวิมล กางทา[1]*, ศิริวรรณ แสงอินทร์[2], จินตนา วัชรสินธุ์[2]

รับบทความ: 17 ตุลาคม 2568; ส่งแก้ไข: 26 ธันวาคม 2568; ตอบรับ: 13 มกราคม 2569

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดทำให้มารดาเกิดความไม่สุขสบาย ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลบุตรหลังคลอดลดลง การนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มมาใช้ในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด ช่วยลดภาวะท้องอืดและสามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาในการเลี้ยงดูบุตรได้เต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัดคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาผ่าตัดคลอดครั้งแรกแบบวางแผนล่วงหน้าที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 50 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษาคงเหลือ 47 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด (CVI = 0.86) 4) แบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด (CV = 0.93) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไควสแควร์ การทดสอบของฟิสเชอร์ และสถิติทีแบบอิสระ

ผลการศึกษา : พบว่า 1) ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <. 001$)

สรุป : โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้นี้สามารถช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ทำให้ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดลดลง ดังนั้นควรสนับสนุนให้พยาบาลนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีหรือถูกต้องป้องกันและลดอาการท้องอืด

คำสำคัญ : ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ทฤษฎีโอเร็ม

[1] หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี 20131

[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี 20131

*อีเมล : 64910006@go.buu.ac.th

Effects of a supportive-educative program on self-care behaviors and flatulence among mothers with cesarean section

Wanwimol Khangtha[1]*, Siriwan Sangin[2], Chintana Wacharasin[2]

Received: October 17, 2025; Received revision: December 26, 2025; Accepted: January 13, 2026

Abstract

Background: Postoperative flatulence after a cesarean section causes discomfort to mothers, affecting their ability to care for themselves and their newborns. Applying Orem's supportive-educative nursing system in postpartum care reduces flatulence and enables mothers to fully perform their maternal role in caring for their children.

Objective: To study the effects of a supportive and educative program on self-care behaviors and flatulence in mothers after cesarean section.

Material and methods: This is a quasi-experimental study. The sample group consisted of mothers undergoing their first planned cesarean section at Thammasat University Hospital, totaling 50 cases. At the end of the study, 47 cases remained, with 23 in the experimental group and 24 in the control group. The research instruments included: (1) A supportive and educative program to prevent post-cesarean flatulence, (2) A personal data recording form, (3) a self-care behavior questionnaire for preventing flatulence (CVI = 0.86), and (4) A post-cesarean flatulence symptom assessment form (CVI = 0.93). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and independent t-test statistics.

Result: It was found that 1) at 24 and 48 hours after cesarean, mothers in the experimental cesarean section group had significantly higher average scores for self-care behaviors to prevent postoperative flatulence compared to the control group ($p < .001$), and 2) at 24 and 48 hours after cesarean, mothers in the experimental cesarean section group had significantly lower average scores for postoperative flatulence compared to the control group ($p < .001$).

Conclusion: The study found that this support and educational program can help post-cesarean mothers adopt self-care behaviors to prevent flatulence, thereby reducing the incidence of post-cesarean flatulence. Nurses should be encouraged to apply this program with post-cesarean mothers to promote proper self-care behaviors, preventing and alleviating flatulence.

Keywords: Post-cesarean flatulence, Self-care behaviors, Supportive-educative nursing system, Orem's theory

[1] Master Degree of Nursing Science in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province, 20131, Thailand.

[2] Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province, 20131, Thailand.

*E-mail: 64910006@go.buu.ac.th

บทนำ

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง แม้จะเป็นวิธีการช่วยคลอดที่ช่วยเหลือชีวิตมารดาและทารกให้ปลอดภัย แต่ก็ควรทำในเฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น ปัจจุบันประเทศไทยมีอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า สูงประมาณร้อยละ 30-50[1] และจากสถิติของหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมสามัญ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 สูงถึงร้อยละ 36.95 ของการคลอดทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2015 กำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 15 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด

การผ่าตัดคลอด เป็นการผ่าตัดทางหน้าท้อง (abdominal surgery) อย่างหนึ่งที่ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องและผนังกล้ามเนื้อมดลูกได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ส่งผลให้มารดามีอาการปวดแผลผ่าตัดคลอด เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด ส่งผลให้กระเพาะอาหารและลำไส้ขาดการกระตุ้นให้เกิดการบีบตัว หยุดการเคลื่อนไหว ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดทางหน้าท้องตามมา[2]

ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดทางหน้าท้อง หมายถึง อาการแน่นอึดอัดท้อง ไม่สบายท้องที่เกิดจากการสะสมของน้ำหรือแก๊สในช่องท้อง ทำให้เกิดแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น ดันกะบังลมให้สูงขึ้น ปอดขยายไม่เต็มที่ ส่งผลให้การหายใจลำบาก อาจมีอาการปวดท้องคลื่นไส้อาเจียนเกิดความทุกข์ทรมานและไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภายหลังผ่าตัดช่องท้อง พบสูงถึงร้อยละ 81.6[3] โดยพบอาการท้องอืดในวันที่ 1 หลังผ่าตัดทางหน้าท้องร้อยละ 98.7 วันที่ 2 หลังผ่าตัดร้อยละ 93.6 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดร้อยละ 67.9[4] และจากการสำรวจภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมสามัญโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2567 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 พบว่า มีภาวะท้องอืดร้อยละ 40.89 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง ได้แก่ ยาระงับความรู้สึก ความปวด และการเคลื่อนไหวร่างกายที่ล่าช้าหลังผ่าตัด ทั้งนี้การผ่าตัดคลอดทำให้เนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องและผนังกล้ามเนื้อมดลูกได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ร่วมกับการหดรัดตัวของมดลูกในระยะหลังคลอด ทำให้เนื้อเยื่อปล่อยสารกระตุ้นความเจ็บปวดส่งสัญญาณอาการปวดไปยังสมอง ซึ่งเป็นแหล่งรับรู้และแปลข้อมูลอาการปวด ทำให้ระดับความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวดนานมากขึ้น ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ซึ่งความทุกข์ทรมานจากอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดนี้ จะรบกวนและขัดขวางความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัดคลอด มารดาหลังผ่าตัดคลอดจึงมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง เลือกที่จะนอนนิ่ง ๆ อยู่กับเตียง ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อไม่ให้เกิดความปวดจากการเคลื่อนไหวร่างกาย[2,5] พฤติกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ส่งผลให้กระเพาะอาหารและลำไส้ขาดการกระตุ้นให้เกิดการบีบตัว หยุดการเคลื่อนไหว เกิดการสะสมของแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้ ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดตามมา

แม้ว่าภาวะท้องอืด ไม่ส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเสียชีวิต แต่สร้างความทุกข์ทรมานและไม่สุขสบายอย่างมากแก่มารดาหลังผ่าตัดคลอด เมื่อมารดามีภาวะท้องอืดจะมีอารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด ส่งผลต่อการสร้าง

สัมพันธภาพกับบุตรหลังคลอดลดลง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและบุตรลดลง หากมีอาการรุนแรง จะมีอาการปวดท้อง ปวดเกร็งคล้ายมีการบีบรัด หรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย ก่อให้เกิดผลเสียทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น มีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น[6-7] ดังนั้นการหาแนวทางในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องให้ความสนใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาแนวทางในการป้องกันภาวะท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า วิธีที่นิยมใช้ คือ การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด (early ambulation) เนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดเป็นการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยกระตุ้นให้กระเพาะอาหารและลำไส้กลับมาทำหน้าที่ได้เร็วขึ้น[5] และยังช่วยส่งเสริมการขับน้ำคาวปลา ส่งเสริมการหายของแผล ช่วยกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดอีกด้วย[8]

นอกจากนี้ยังพบว่า การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดสามารถช่วยป้องกันและลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดได้ เนื่องจากการเคี้ยวหมากฝรั่งเป็นการให้อาหารหลอกจะกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสของทางเดินอาหาร ให้มีการหลั่งน้ำย่อยในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้[7] แต่การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดทางช่องท้องทางนรีเวช[9] ยังไม่พบการศึกษาในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นทั้งผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางหน้าท้องและเป็นมารดาหลังคลอดที่ต้องเลี้ยงดูบุตร ประกอบกับโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำงานอยู่ ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะท้องอืดสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอดอย่างเป็นระบบ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ของโอเร็ม (2001) ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การชี้แนะ (guiding) 2) การสนับสนุน (supporting) 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) และ 4) การสอน (teaching) [10] นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่สามารถจะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ แต่ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้กับพยาบาลหรือผู้ที่ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดในการส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดและไม่เกิดภาวะท้องอืดหรือมีภาวะท้องอืดลดลง อันจะส่งผลทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาในการเลี้ยงดูบุตรได้เต็มศักยภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่สามารถจะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ แต่ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาข้างต้น มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 1) การชี้แนะ (guiding) โดยชี้แนะเกี่ยวกับวิธีป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด รวมทั้งให้ดูคลิปการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด

คลอด ฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด และแนะนำวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและการขอยาบรรเทาปวดเมื่อมีอาการปวด 2) การสนับสนุน (supporting) โดยสนับสนุนด้านสื่อการเรียนรู้ คลิปวิดีโอ และให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา/อุปสรรคพร้อมช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันท้องอืดต่อได้ ประเมินการกลืน และดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งในครั้งแรก เพื่อป้องกันการสำลัก 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) โดยสร้างบรรยากาศที่ดีต่อการเรียนรู้ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับมารดา การเตรียมสถานที่ในการสอน ให้อยู่ในห้องที่เป็นสัดส่วนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ 4) การสอน (teaching) โดยให้ความรู้เรื่อง แนวทางในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา

เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการช่วยเหลือครบทั้ง 4 วิธี ดังที่กล่าวมาข้างต้น จะทำให้มารดามีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเหตุผลของการกระทำมากขึ้น พร้อมกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเอง โดยปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองให้เหมาะสม ซึ่งจะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดเพิ่มขึ้น และมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดลดลง ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

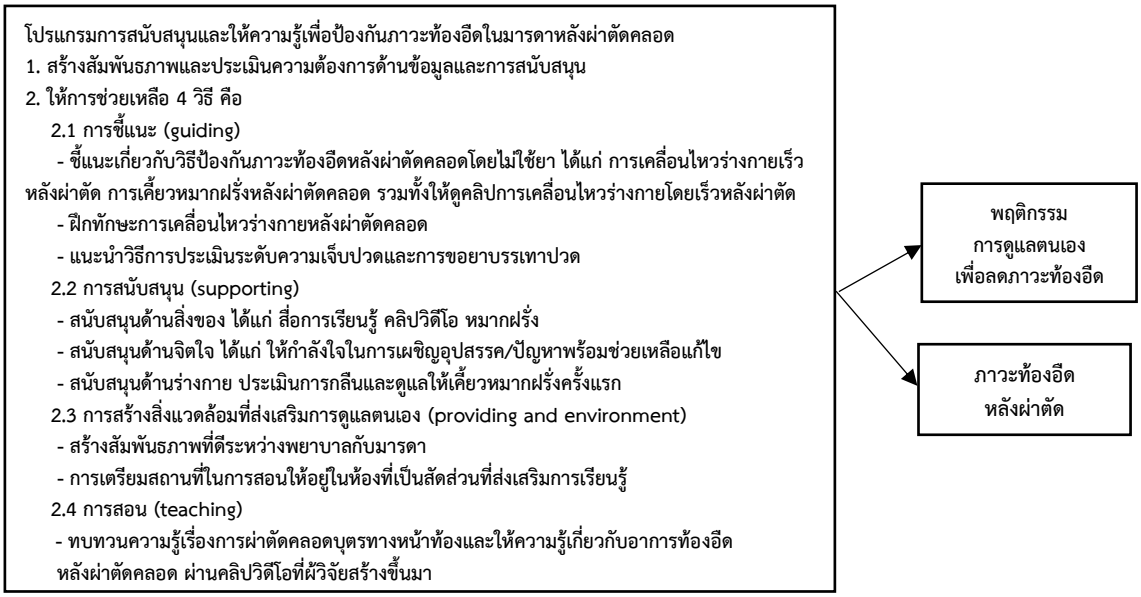
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัดคลอด

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ดีกว่ากลุ่มควบคุม

2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีภาวะท้องอืดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two group posttest only design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืด จำนวน 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 วัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาผ่าตัดคลอด ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 50 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาผ่าตัดคลอดที่เข้ารับบริการ ณ งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานการพยาบาลพิเศษยูงทอง 3 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิม-พระเกียรติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มารดาอายุ 20-34 ปี 2) มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 37-41 สัปดาห์ 3) ได้รับการผ่าตัดคลอดครั้งแรก แบบวางแผนล่วงหน้า (plan cesarean section) ที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนทางการแพทย์ ได้แก่ มีภาวะรกเกาะต่ำ ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ เป็นต้น และไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรม เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ตั้งครรภ์แฝด ประวัติผ่าตัดทางหน้าท้อง เป็นต้น 5) ไม่มีข้อห้ามในการเคี้ยวหมากฝรั่ง เช่น ใส่ฟันปลอม จัดฟัน เป็นต้น 6) สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ดี และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนหลังเข้าร่วมการศึกษา เช่น ตกเลือดหลังคลอด มีภาวะบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้จากการผ่าตัด เป็นต้น 2) ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ไม่ครบ ขนาดกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.7 ใช้ test family เลือกt-test, statistical test, Mean: difference between two independent means (two groups) กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.77 โดยอ้างอิงจากการวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ วิริยา ศิลา[4] ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 การทดสอบ 1 หาง ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 ราย โดยมีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับสลากในสัปดาห์ครั้งแรกเพียงครั้งเดียว เมื่อจับได้กลุ่มใดจะเก็บข้อมูลกลุ่มนั้นในสัปดาห์แรก และเก็บข้อมูลอีกกลุ่มในสัปดาห์ถัดไป ทำเช่นนี้สลับกันไปจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนกลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากแนวคิดระบบการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (2001)[10] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกิจกรรม 4 อย่าง ดังนี้ 1) การชี้แนะ โดยชี้แนะเกี่ยวกับวิธีป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด รวมทั้งให้ดูคลิปการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัดคลอด ฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย และแนะนำวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวด และการ

ขอยาบรรเทาปวดเมื่อมีอาการปวด ก่อนการเคลื่อนไหวร่างกาย 2) การสนับสนุน โดยสนับสนุนด้านสื่อการเรียนรู้ คลิปวิดีโอ หมากฝรั่ง ให้กำลังใจในการเผชิญอุปสรรค/ปัญหา พร้อมช่วยเหลือแก้ไข เพื่อส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันท้องอืดต่อได้ ประเมินการกลืนและดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งในครั้งแรกเพื่อป้องกันการสูดสำลัก 3) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยสร้างบรรยากาศที่ดีต่อการเรียนรู้ ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและการเตรียมสถานที่ในการสอนให้อยู่ในห้องที่เป็นสัดส่วนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ 4) การสอน โดยให้ความรู้เรื่อง แนวทางในการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด ผ่านคลิปวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง

1.2 คลิปวิดีโอ เรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สาเหตุของการผ่าตัดคลอด ชนิดของยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังที่ได้รับ ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอด และยาที่ได้รับหลังผ่าตัดคลอด

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามแบบปิด โดยสอบถามความถี่และระยะเวลาในการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจออกลึก ๆ (deep breathing) การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งลุกเดิน และปริมาณการรับประทานอาหาร ให้คะแนน 0 ถึง 2 คะแนน มีทั้งหมด 8 ข้อ โดยคะแนนรวมที่ได้มีตั้งแต่ 0 ถึง 16 คะแนน สูงแสดงว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดที่ดี ตัวอย่างข้อคำถามเช่น ในระยะ 2 ชั่วโมงที่ผ่านมา ท่านได้ทำการหายใจลึก ๆ ทั้งหมดประมาณกี่ครั้ง และมีตัวเลือก 3 แบบ คือ 1) หายใจลึก ๆ ≥10 ครั้ง = 2 คะแนน 2) หายใจลึก ๆ 5-9 ครั้ง = 1 คะแนน 3) หายใจลึก ๆ ≤ 4 ครั้ง = 1 คะแนน

3. แบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ วิริยา ศิลา[4] ที่ผ่านการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity : CVI) เท่ากับ 0.93 มาแล้ว โดยที่ประเมินอาการท้องอืดทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ประเมินความรู้สึกท้องอืด 2) ประเมินการเรอ 3) ประเมินการผายลม 4) ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ และ5) ประเมินขนาดเส้นรอบท้อง ให้คะแนน 1 ถึง 4 คะแนน มีทั้งหมด 5 ข้อ โดยคะแนนรวมที่ได้มีตั้งแต่ 0 ถึง 20 คะแนนสูง แสดงว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะท้องอืดมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและหาความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพแผนกสูติ-นรีเวชกรรม 1 ท่าน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด และคลิปวิดีโอการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล

ส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผลพิจารณาพบว่า มีความเหมาะสมของเนื้อหาส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity index : CVI) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ได้เท่ากับ 0.86 จากนั้นนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และแบบประเมินอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.75 และ 0.70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 หลังจากได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้างานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมพิเศษ และงานการพยาบาลพิเศษยูงทอง 3 เพื่อขอเข้าเก็บข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกหลังคลอด เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด และภาวะท้องอืด ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดอคติจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยขอให้พยาบาลช่วยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาเพื่อเตรียมผ่าตัดคลอด ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2 ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับฉลากครั้งแรกเพียงครั้งเดียว เมื่อจับได้กลุ่มใดจะเก็บข้อมูลกลุ่มนั้นในสัปดาห์แรก และเก็บข้อมูลอีกกลุ่มในสัปดาห์ถัดไป ทำเช่นนี้สลับกันไป และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าอยู่กลุ่มใด

2.3 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย เมื่อผู้ที่คาดว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.4 ดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดตามรายละเอียดที่กล่าวข้างต้นร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดในกลุ่มทดลองผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการในทุกกิจกรรม โดยจัดกิจกรรมรายบุคคล ทั้งหมด 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน ใช้เวลาทั้งหมด 50 นาที โดยประกอบด้วยวิธีการชี้แนะ การสนับสนุน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง และการสอนมีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยสอน โดยการทบทวนความรู้เรื่องการผ่าตัดคลอดและสอนให้ความรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย อาการและอาการแสดง สาเหตุ ผลกระทบของภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดผ่านคลิปวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พร้อมแนะนำวิธีการป้องกันหรือบรรเทาภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด

ในแต่ละระยะหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ ในระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกให้หายใจแบบ deep breathing ทำ 5 ครั้ง ทุก ๆ 2 ชั่วโมง เมื่อหายจากอาการชา ขา ให้บริหารขา โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลง และการพลิกตะแคงตัว ต่อมาในระยะ 6-8 ชั่วโมงสามารถลุกนั่งบนเตียงได้ นั่งนานครั้งละ 30 นาที ทุก 2-3 ชั่วโมง และในระยะหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมง หรือเมื่อแพทย์ถอดสายสวนปัสสาวะและน้ำเกลือ ควรลุกเดินอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 10 นาทีขึ้นไปหลังมื้ออาหาร โดยลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง (หลังอาหารเช้า-เที่ยง-เย็น) 2) การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด นานครั้งละ 15 นาที ทุก ๆ 8 ชั่วโมง และ 3) การรับประทาน ควรเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว เช่น น้ำข้าว น้ำซุปทีละนิดก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มเป็นอาหารอ่อน หรือโจ๊ก ข้าวต้ม จากนั้นค่อย ๆ เปลี่ยนเป็นอาหารธรรมดาตามลำดับ เลี่ยงการดื่มนมหรือน้ำอัดลม เพราะจะทำให้ท้องอืดได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้มารดาฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติจริงในวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัดคลอด ให้การสนับสนุนสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ คลิปวิดีโอ เรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง และให้สแกน QR code คลิปวิดีโอเรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อให้ทบทวนด้วยตนเอง ช่วยจัดสิ่งแวดล้อม โดยการเตรียมสถานที่ในการสอนให้อยู่ในห้องที่เป็นสัดส่วนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และพูดคุยอย่างเป็นกันเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี

ครั้งที่ 2 ระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด ใช้เวลา 30 นาที โดยประกอบด้วยวิธีการชี้แนะ และการสนับสนุน มีรายละเอียดดังนี้ มีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การนอนพักผ่อนและป้องกันอุบัติเหตุ คอยชี้แนะ แนะนำวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด ได้แก่ การหายใจลึก ๆ การบริหารขา และการพลิกตะแคงตัว ทำทุก ๆ 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 ระยะหลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด ใช้เวลา 30 นาที โดยประกอบด้วยวิธีการชี้แนะ และการสนับสนุน มีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยชี้แนะให้มารดาลุกนั่งบนเตียงครั้งละ 30 นาที ทุก 2-3 ชั่วโมง และเคี้ยวหมากฝรั่งนานครั้งละ 15 นาที อย่างน้อยทุก ๆ 8 ชั่วโมง แนะนำการขอยาแก้ปวดเมื่อคะแนนความปวด ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ก่อนการเคลื่อนไหวทุกครั้ง ให้การสนับสนุนด้านร่างกายด้วยการประเมินการกลืนก่อนการเคี้ยวหมากฝรั่ง เพื่อป้องกันการสำลัก

ครั้งที่ 4 ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด ใช้เวลา 30 นาที โดยประกอบด้วยวิธีการชี้แนะ และการสนับสนุนมีรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยแนะนำให้มารดาลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 10 นาทีขึ้นไป สนับสนุนช่วยเหลือให้มารดาสามารถลุกเดินได้ด้วยตนเองครั้งแรกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มจากอาการวิงเวียนศีรษะ และให้กำลังใจมารดา

2.4.2 การพยาบาลตามปกติ มีดังนี้ ก่อนผ่าตัดคลอดได้รับคำแนะนำการเตรียมตัวด้านร่างกายก่อน-หลังผ่าตัดคลอดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หลังกลับจากห้องผ่าตัด ดูแลให้งดน้ำงดอาหารตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ อย่างน้อย 12 ชั่วโมง มีการกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัวเมื่อนำบุตรมาให้ดูดนมภายใน 4-6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และกระตุ้นให้ดูดนมทุก 3 ชั่วโมง เช้าวันที่ 1 หลังการผ่าตัดคลอดจะให้เริ่มรับประทานอาหาร และพยาบาลจะถอดสายสวนปัสสาวะและสายน้ำเกลือตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ พร้อมแนะนำให้มารดาหลังคลอดลุกเดินบ่อย ๆ

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

2.6 เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา (เลขที่รับรอง IRB3-150/2567 วันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2567) และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (เลขที่รับรอง 015/2568 วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2568) พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการทดลอง การเก็บข้อมูลและระยะเวลาในการทำวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโดยสมัครใจและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการบริการแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง ข้อมูลจะถูกทำลายภายหลังจากผลการวิจัยเผยแพร่และตีพิมพ์แล้วหากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สาเหตุของการผ่าตัดคลอด ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอด และยาที่ได้รับหลังผ่าตัดคลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ 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. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติทีแบบอิสระ (independent t-test)

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีแบบอิสระ (independent t-test)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย กลุ่มควบคุม 25 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างคงเหลือจำนวน 47 ราย (ร้อยละ 94) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 ราย (ร้อยละ 46) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 2 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย (ร้อยละ 48) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวที่ระยะ 36 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ผลการ วิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และสถานภาพสมรส ส่วนข้อมูลทางสูติศาสตร์ประกอบด้วย ประวัติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สาเหตุของการผ่าตัดคลอด ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดคลอดและยาที่ได้รับหลังผ่าตัดคลอด 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

ข้อมูลทางสูติศาสตร์พบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้ง 2 กลุ่มเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกมากที่สุด โดยกลุ่มทดลองเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก 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) กลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์เฉลี่ย 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 เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษา พบว่า

1) ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2) ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นกัน ซึ่งแสดงว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดดีกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

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

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืด ในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า 1) ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 2) ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแสดงว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดน้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะท้องอืดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง และระยะ48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

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

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด ส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดดีกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากมารดากลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมในการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดคลอด ทำให้มารดามีความรู้มีทักษะและเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืด หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ทั้งหมด 4 ครั้ง ซึ่งโปรแกรมนำวิธีการช่วยเหลือทั้ง 4 วิธี ของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (2001) คือ 1) การสอน (teaching) โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด เมื่อมารดาได้รับการสอน มารดาจะเกิดการพัฒนาความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด เข้าใจเหตุผลของการกระทำมากขึ้นและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับการดำเนินชีวิต[11] 2) การชี้แนะ (guiding) มีการชี้แนะเกี่ยวกับวิธีป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอด พร้อมฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดคลอด ในระยะก่อนผ่าตัดคลอด เมื่อมารดาได้รับการชี้แนะที่ถูกต้อง และมีการสื่อสารกันระหว่างพยาบาลและมารดาจะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้เหมาะสมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม[11] 3) การสนับสนุน (supporting) มีการสนับสนุนสื่อการเรียนรู้โดยมารดาที่ผ่าตัดคลอดได้ดูคลิปวิดีโอ และได้รับ QR code สำหรับคลิปวิดีโอดังกล่าว ไว้สแกน เพื่อทบทวนความรู้ด้วยตนเองได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดข้อสงสัย ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดได้ถูกต้อง[12] 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) โดยมีการจัดสถานที่ในการสอนเป็นห้องที่มีความเป็นสัดส่วนเหมาะสมต่อการเรียนรู้ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและมารดาหลังผ่าตัดคลอด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นต่อการให้ความเชื่อเหลือ ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศที่ดีต่อการเรียนรู้ เป็นการเพิ่มแรงจูงใจของมารดาในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะท้องอืดได้อย่างเหมาะสม[12]

เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการช่วยเหลือครบทั้ง 4 วิธี ช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดการเรียนรู้ เข้าใจเหตุผลของการกระทำมากขึ้น และมารดาเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเองโดยปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต ส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดดีกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ เชื่อมทอง และคณะ[13] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานพิกุล สกุลคู และคณะ[14] ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดช่องท้องสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรพรรณ เหมืองหม้อ และหัสยาพร อินทยศ [15] ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความสามารถในการดูแลตนเองทุกด้านมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของของธีรภรณ์ บุณยประภาพันธ์และคณะ[12] ที่พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยกลุ่มทดลองมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดน้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะท้องอืด มีการแนะนำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด (early ambulation) ได้แก่ การหายใจแบบ deep breathing การกระดกปลายเท้าขึ้นลง การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งนบเตียง การลุกเดินโดยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัด ซึ่งการเคลื่อนไหวแต่ละระดับจะมีการเคลื่อนไหวของลำตัว แขน และขาทั้งสองข้าง การเคลื่อนไหวนี้จะกระตุ้นระบบประสาทในระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้และกลับมาทำงานได้เป็นปกติเร็วขึ้น[16] รวมถึงได้รับการดูแลให้เคี้ยวหมากฝรั่งภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดอย่างน้อย 3 ครั้ง โดยเฉพาะในระยะงดน้ำงดอาหารหลังผ่าตัดคลอด การเคี้ยวหมากฝรั่งเป็นการให้อาหารหลอกเพื่อกระตุ้นการหลั่งเพปไทด์ฮอร์โมนต่าง ๆ ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของระบบทางเดินอาหารให้เกิดการบีบและคลายตัวช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัด[17] เมื่อมารดามีการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องร่วมกับการเคี้ยวหมากฝรั่งจะช่วยทำให้การกลับมาเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัดคลอดเร็วขึ้น และมีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Herman et al.[18] ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ถูกกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกายเร็ว โดยการให้ผู้ป่วยบริหารขาบนเตียงภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีการกลับมาทำงานบีบตัวของลำไส้ได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของรัชฎาภรณ์ จันทร์ธานี[7] ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ที่เน้นการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเป็นระบบที่ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีระดับความรุนแรงของภาวะท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริอร ข้อยุ่นและคณะ[19] ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพยุงเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ที่มีกิจกรรมเน้นการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วโดยใช้เครื่องพยุงในการเคลื่อนไหว พบว่า อาการอืดแน่นท้องในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Zainab et al.[20] ที่พบว่า การเคี้ยวหมากฝรั่งเพื่อเร่งการฟื้นตัวของลำไส้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบว่า การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดที่ 1 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดช่วยให้ระยะเวลาในการได้ยินเสียงลำไส้ และมีการผายลมหลังผ่าตัดคลอดเร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Ismail et al.[21] ที่พบว่า การเคี้ยวหมากฝรั่งหลังผ่าตัดคลอดทำให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารกลับมาเร็วขึ้น มีเสียงลำไส้และการเคลื่อนไหวของลำไส้ การผายลมเร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Elgzar et al.[22] ที่พบว่า การกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายเร็วหลังผ่าตัดร่วมกับการเคี้ยวหมากฝรั่งจะทำให้ได้ยินเสียงลำไส้มีการผายลมเร็วกว่าการกระตุ้นการเคลื่อนไหวเพียงอย่างเดียวและมีภาวะท้องอืดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดควรนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้เป็นแนวทาง/แนวปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาตัวแปรตามอื่น ๆ เช่น ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)

2. เปรียบเทียบรูปแบบการให้ความรู้รายบุคคลกับรายกลุ่ม หรือออนไลน์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และบุคลากรทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเข้าเก็บข้อมูลข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. ประกาศจุดยืนเรื่องการผ่าตัดคลอด(ฉบับปรับปรุง) [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rtcog.or.th/news/view/54.
2. สุพรรษา จิตรสม, บานเย็น แสนเรียน, พรผกายี ต้นทอง. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร. วารสารศูนย์อนามัยที่9:วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2565;16(3):868-81.
3. ชลภัสสรณ์ วิวรรณพงษ์. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งแบบเปิดหน้าท้อง. ยโสธรเวชสาร. 2565;24(2):28-35.
4. วิริยา ศิลา. ผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยนรีเวชหลังผ่าตัดทางหน้าท้องต่ออาการปวดหลังผ่าตัดและอาการท้องอืดที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.
5. ศิริพรรณ ภมรพล. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วภายหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2559;9(2):14-23.
6. นภาพรวงศ์ วิวัฒนนุกิจ. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวการทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดช่องท้อง. พยาบาลสาร. 2562;46(4):193-201.
7. รัชฎาภรณ์ จันทร์ธานี. ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการลดภาวะท้องอืด

ในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหอผู้ป่วยนำโชค โรงพยาบาลนครพนมวารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2560;4(1):24-34.

8. Susanti S, Sari IN. Early mobilization behavior of mother post sectioncaesarea at Embung Fatimah Hospital Batam City. IJNMS. 2022;6(1):82-7.
9. อรอนงค์ ทัพสุวรรณ์. บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับภาวะท้องอืดในผู้ป่วยศัลยศาสตร์ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. เวชบันทึกศิริราช. 2559;9(3):189-93.
10. Marlaine C. Smith, Marilyn E. Parker. Nursing Theories & Nursing Practice. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2015.
11. กนกพร อริยภูวงศ์, ศุภพร ไพรอุดม และทานตะวัน สลีวงศ์. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2562;2(3):17-30.
12. ธีราภรณ์ บุณยประภาพันธ์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีมาโตคริตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(4):40-50.
13. พัชรินทร์ เชื่อมทอง, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชนี นามจันทรา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(1):78-86.
14. ปานพิกุล สกุลคู, อรรถวิทย์ จันทร์ศิริ, ศุภนารี เกษมมาลา. ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดช่องท้องในผู้ป่วยศัลยกรรม. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2567;6(2):1-17.
15. พัชรพรรณ เหมืองหม้อ, หัสยาพร อินทยศ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง โรงพยาบาลแพร่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทางคลินิกโรงพยาบาลแพร่. 2567;32(1):12-26.
16. สุนิสา เกยสันเทียะ, เกศศิริ วงษ์คงคำ, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, และธรรมศักดิ์ ทวิชศรี. ผลของโปรแกรมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้หลังผ่าตัด72ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบเปิดวารสารสภาการพยาบาล. 2565; 37(2):61-80.
17. สโรชา สุภาธาดา, สุภารัตน์ วังศรีคูณ, และอัจฉรา สุคนธสรรพ์. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้องต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565;49(4):179-92.
18. Herman A, Santoso B, Yunitasari E. The effect of chewing gum on improving the intestine peristalticamong post cesarean section patients at hospital of kendaricity. IJNHS. 2019;2(3):158-63.
19. สิริอร ข้อยุ่น, วริศรา ภู่ทวี, และอาภา ศรีสร้อย. ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพยุงเดินหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562; 34(4): 386-392.

20. Zainab S, Akbar A, Mahboob S, Munir S. Chewing gum to hasten bowel recovery in cesarean section: a randomized control trial. PAFMJ. 2020 Aug 1;70(4):1045-8.
21. Ismail S, Attia AA, Abd-Allah IM, Moghazy AM, Mohamed HS. Effect of chewing gum on outcome measures among women post cesarean section. IOSR-JNHS). 2021;10(2):1-6.
22. Elgzar WT, Ghattas VN. The effect of non-sugared gum chewing with early ambulation versus early ambulation only on recovery of bowel function after elective cesarean section. AJN. 2019;7(6):965-73.