

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายและประสิทธิภาพการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ และแนวคิดเกี่ยวกับการจำกัดการเคลื่อนไหว

1.1 ความหมายของการขับถ่ายอุจจาระ

1.2 กระบวนการการขับถ่ายอุจจาระ

1.3 แนวคิดการจำกัดการเคลื่อนไหว

1.4 แนวคิดการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายอุจจาระอันเนื่องมาจากการจำกัดการเคลื่อนไหว

1.5 แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยในเรื่องการขับถ่ายอุจจาระเนื่องจากการจำกัดการเคลื่อนไหว

2. แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์

3. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ และแนวคิดเกี่ยวกับการจำกัดการเคลื่อนไหว

1. ความหมายของการขับถ่ายอุจจาระ

ความหมายของการขับถ่ายอุจจาระ ได้มีผู้ให้คำจำกัดความที่คล้ายคลึงกันไว้ คือตามพจนานุกรมทางการแพทย์ของดอร์แลนด์ (Dorland's Illustrated Medical Dictionary) ให้ความหมายของการถ่ายอุจจาระ (defecation) ว่าเป็น "การขับอุจจาระออกจากทางไส้ตรง (rectum)" (Dorland, 1994, p. 433) ในขณะที่พจนานุกรมทางวิชาการทางการแพทย์ (Academic's Medical Dictionary) บอกว่าการขับถ่ายอุจจาระ "เป็นการเคลื่อนระบายของอุจจาระออกจากทวารหนัก (anus)" (Butani, 1998, p. 81) และพจนานุกรมทางการแพทย์และการพยาบาลของมอสบี้ (Mosby's Medical & Nursing Dictionary) ให้ความหมายการขับถ่ายอุจจาระว่า "เป็นการขับอุจจาระออกจากระบบทางเดินอาหารโดยผ่านทางไส้ตรง" (Glance, 1986, p. 323)

สรุปได้ว่า การขับถ่ายอุจจาระ เป็นการขับอุจจาระออกจากระบบทางเดินอาหารผ่านทางไส้ตรงและทวารหนัก

การขับถ่ายอุจจาระ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สำคัญ และจำเป็นในการรักษาสภาวะสมดุลภายในร่างกาย โดยเป็นการกำจัดของเสีย ของบูดเน่า กากอาหาร สารต่าง ๆ ที่ไม่ต้องการ หรือเกินความจำเป็นออกจากร่างกาย (ปริญา ริมดุสิต, 2536, หน้า 20) ด้วยการทำหน้าที่ของระบบย่อยอาหาร ในการขับกากอาหารออกจากร่างกายในรูปของอุจจาระ นอกจากนี้การขับถ่ายอุจจาระยังช่วยสร้างเสริมความสุข ความพอใจในชีวิต และแสดงถึงสุขภาพที่ดี และเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น ก็อาจมีผลต่อความไม่สุขสบาย ความไม่สมบูรณ์ของสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ หรืออาจทำให้ความเจ็บป่วยที่มีอยู่กำเริบได้ (พรพนวดี พุทธิวัฒน์, 2543, หน้า 506)

จากการทบทวนวรรณกรรม ความหมายของการขับถ่ายอุจจาระข้างต้น เป็นความหมายที่มาจากสรีรวิทยาของการขับถ่ายอุจจาระ ซึ่งสะท้อนกลไกของการขับถ่ายอุจจาระที่เหมือนกันในมนุษย์แต่ละคน แต่การที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมของมนุษย์ในเรื่องการขับถ่ายอุจจาระนั้น การเข้าใจในสรีรวิทยาของการขับถ่ายอุจจาระเพียงอย่างเดียว อาจยังไม่เพียงพอที่จะเข้าใจถึงการกระทำหรือการจัดการของแต่ละบุคคล เนื่องจากพฤติกรรมหรือการกระทำของมนุษย์ มีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ความรู้สึกนึกคิด และการให้ความหมายที่ต่างกันไปตามสถานการณ์ สังคม วัฒนธรรม ของแต่ละบุคคลด้วย กล่าวคือ บางคนมีความเห็นว่าการขับถ่ายอุจจาระเป็นกระบวนการที่ปกติของชีวิต เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ ในขณะที่บางคนอาจรู้สึว่าการขับถ่ายอุจจาระเป็นกระบวนการที่สกปรก ซึ่งทำให้บุคคลอาจตอบสนองต่อการขับถ่ายแตกต่างกันไปได้ (Taylor et al., 1997, p. 1270)

2. กระบวนการการขับถ่ายอุจจาระ

อวัยวะส่วนที่ทำหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระได้แก่ ลำไส้ใหญ่ โดยอาศัยการทำงานของกลไกการรับ การส่งความรู้สึก และการตอบสนอง กล่าวคือ เมื่อมีอุจจาระกระตุ้นกลไกการตอบสนองของระบบประสาทระหว่างลำไส้ใหญ่และไขสันหลัง (reflexes) ร่วมกับการเบ่งถ่ายโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (abdominal muscles) กล้ามเนื้อกระบังลม (diaphragm) และกล้ามเนื้อต่าง ๆ ในอุ้งเชิงกราน (levator ani) ก็จะทำให้มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักเพื่อขับถ่ายอุจจาระออกมา (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 47-48) รายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการขับถ่ายอุจจาระ คือ

2.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาของลำไส้ใหญ่

2.1.1 โครงสร้างและหน้าที่ของลำไส้ใหญ่

ลำไส้ใหญ่เริ่มจากลิ้นอิลีโอซีคัล (ileocecal valve) ไปถึงทวารหนัก (anus) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน (Black & Matassarin-Jacobs, 1997, pp. 1694-1695) คือ 1) ส่วนของซีคัม (cecum) เป็นส่วนต้นสุด 2) ส่วนของลำไส้ใหญ่โคลอน (colon) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วนย่อย คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนแอสเซนดิง (ascending colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนทรานซเวอส์ (transverse colon) ลำไส้ใหญ่ส่วนเดสเซนดิง (descending colon) และลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (sigmoid colon) และ 3) ส่วนของไส้ตรงกับทวารหนักเป็นส่วนสุดท้ายของลำไส้ใหญ่ โดยในส่วนของทวารหนักมีกล้ามเนื้อหูรูด 2 อัน คือ กล้ามเนื้อหูรูดส่วนนอกและกล้ามเนื้อหูรูดส่วนใน สำหรับการควบคุมการเปิดของทวารหนัก

ลำไส้ใหญ่มีหน้าที่เป็นทั้งที่พักกักอาหาร ย่อยกากอาหาร เป็นที่อยู่ของแบคทีเรียที่สร้างวิตามินบางชนิด (กนกวรรณ กู้ตระกูล และจันทวรรณ แสงแข, 2541, หน้า 203) และเป็นส่วนที่มีการดูดซึมเอาน้ำและเกลือแร่กลับคืนสู่ร่างกาย เพื่อให้กากอาหารค่อย ๆ ชื้นขึ้น ๆ ทำให้น้ำหนักของของกากอาหารลดลงเป็นลักษณะกึ่งของแข็ง (semisolid) เรียกว่าอุจจาระ โดยครั้งแรกของลำไส้ใหญ่ทำหน้าที่ดูดซึมน้ำจากกากอาหารที่มาจากลำไส้เล็ก โดยเฉพาะในลำไส้ส่วนแอสเซนดิงมีการดูดซึมน้ำมากถึง 800-1,000 ซีซี ต่อวัน (Lewis & Timby, 1993, p. 203) ส่วนครึ่งหลังของลำไส้ใหญ่จนถึงส่วนของลำไส้ส่วนซิกมอยด์ทำหน้าที่หลักคือเป็นที่พักกักอาหาร (Guyton, 1996, p. 810) และสะสมรอจนกระทั่งสามารถมีการขับถ่ายออกมาทางทวารหนัก

2.1.2 การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่

การขับถ่ายอุจจาระเริ่มขึ้นตั้งแต่กากอาหารขับเคลื่อนเข้ามาถึงลำไส้ใหญ่ และถูกขับเคลื่อนต่อไปจนถึงไส้ตรง โดยอาศัยการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ การเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด (สุรวัดณ์ จริยาวัฒน์, 2539, หน้า 218) คือ

1) การเคลื่อนไหวของลำไส้ชนิดคลุกเคล้า (mixing movement หรือ segmentation contraction) เป็นลักษณะของการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ช่วยทำให้มีการดูดซึมน้ำและเกลือแร่ที่ลำไส้ใหญ่ โดยทำให้อาหารที่เข้ามาสัมผัสพื้นที่ผิวของลำไส้ใหญ่ได้มากขึ้น เป็นการหดตัวแบบวงกลม เป็นการหดตัวร่วมกันของกล้ามเนื้อเรียบที่เรียงตัวแบบวงและกล้ามเนื้อเรียบที่เรียงตัวตามยาวของลำไส้ใหญ่ซึ่งเรียกว่า ทีเนียโคไล (teneae coli) ที่มีการหดตัว มีลักษณะเป็นปล้องที่เรียกว่า ฮอสเตรชัน (Haustrations) (สุรวัดณ์ จริยาวัฒน์, 2539, หน้า 218) การหดตัวลักษณะนี้ เมื่อเริ่มขึ้นแล้วจะแรงมากที่สุดในเวลา 30 วินาที และจะหมดไปภายในเวลาอีก 60

วินาที รวมทั้งมีการเคลื่อนตัวอย่างช้า ๆ ไปทางทวารหนักเป็นการช่วยไล่อุจจาระให้เคลื่อนไปตามลำไส้ใหญ่ หลังจากนั้นอีก 2-3 นาที จะมีการเกิดฮอสเตรชันใหม่ในตำแหน่งที่ใกล้เคียงกัน ทำให้กากอาหารที่อยู่ในลำไส้ใหญ่ได้สัมผัสกับผนังของลำไส้ (Guyton & Hall, 1996, p. 811) เกิดมีการดูดซึมของอาหารจากลำไส้เล็ก (chyme) จากปริมาณ 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน จนเหลือเป็นกากอาหารซึ่งคืออุจจาระเพียง 80-200 มิลลิลิตร (Guyton, 1992, p. 483)

2) การเคลื่อนไหวของลำไส้ชนิดคลื่น (peristaltic wave) เป็นการผลักดันกากอาหารไปยังไส้ตรง ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในลำไส้ใหญ่ส่วนที่คัมและลำไส้ใหญ่ส่วนแอสเซนดิง ร่วมกับการหดตัวของฮอสเตรชัน ใช้เวลาประมาณ 8-15 ชั่วโมง ในการเคลื่อนอาหารจากลิ้นอิลีโอซีคัล (ileocecal valve) ผ่านไปยังลำไส้ใหญ่ส่วนทรานซเวส (สุรวัฒน์ จริยาวัฒน์, 2539, หน้า 218)

3) การเคลื่อนไหวของลำไส้ชนิดบีบรัด (mass movement หรือ mass peristalsis) เป็นการเคลื่อนไหวที่ทำให้เกิดการผลักดันกากอาหารที่เกิดขึ้นในลำไส้ใหญ่ส่วนของทรานซเวสไปยังลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ เกิดขึ้นประมาณ 2-3 ครั้งต่อวัน เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบ และมีการยืดขยายของผนังของลำไส้ใหญ่ (สุรวัฒน์ จริยาวัฒน์, 2539, หน้า 218) การหดตัวจะเกิดขึ้นที่ภายในเวลา 30 วินาที แล้วจะคลายลงหลังจากการเกิดใน 2-3 นาที การเกิดอย่างต่อเนื่องของการเคลื่อนตัวแบบบีบรัดโดยรวมจะเกิดขึ้นนานตั้งแต่ 10-30 นาที ถ้ายังไม่มีการขับถ่ายเกิดขึ้นในช่วงขณะนี้ การเกิดการเคลื่อนตัวแบบบีบรัดครั้งใหม่อาจต้องรอเวลาอีกนานถึงครึ่งวันหรืออีกเป็นวันจึงเกิดขึ้นใหม่ได้ (Guyton & Hall, 1996, p. 811)

การเกิดการเคลื่อนตัวแบบบีบรัด บางครั้งเกิดขึ้นได้ทันทีภายหลังจากการกินอาหารซึ่งจะรู้สึกได้อย่างชัดเจน เพราะเป็นการตอบสนองต่อปฏิกิริยาของแกสโตรโคลิก (gastrocolic reflex) และดูโอดีโนโคลิก (duodenocolic reflex) เนื่องมาจากอาหารที่รับประทานเข้าไปดันให้ผนังกระเพาะอาหารและดูโอดีนัมยืดออก (Guyton & Hall, 1996, p. 811) กระตุ้นให้เกิดการปวดถ่ายอุจจาระ และกระตุ้นให้เกิดการถ่ายอุจจาระตามมา

จากความรู้ดังกล่าวนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อกระตุ้นให้มีการขับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยที่มีปัญหาได้ (Ellis & Nowlis, 1989, p. 738) ยกตัวอย่าง เช่น การรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ โดยเฉพาะหลังมื้ออาหาร จะกระตุ้นให้กระเพาะอาหารและลำไส้เกิดการยืดขยาย ซึ่งส่วนใหญ่การเคลื่อนตัวแบบบีบรัดจะเกิดขึ้นในช่วงระหว่างประมาณ 15 นาที ในช่วงแรกของรับประทานอาหารมื้อเช้า (Guyton & Hall, 1996, p. 811) ปฏิกิริยาการตอบสนองของแกสโตรโคลิกที่เกิดขึ้นหลังมื้ออาหารจะเห็นได้ชัดเจนในเด็ก แต่ใน

ผู้ใหญ่การตอบสนองต่อปฏิกิริยายังขึ้นกับปัจจัยในด้านอื่นด้วย ทั้งทางนิสัย และวัฒนธรรม ในการที่จะตัดสินใจเพื่อให้มีการขับถ่ายอุจจาระเกิดขึ้น (Ganong, 1995, p. 469)

กล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่จะมีการควบคุมโดยเส้นประสาทอัตโนมัติ ระบบพาราซิมพาธิคกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหว ในขณะที่ระบบซิมพาธิคจะยับยั้งการเคลื่อนไหว (Taylor et al., 1997, p. 1267)

การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลำไส้ ทำให้มีการเลื่อนของกากอาหารไปตลอดความยาวของลำไส้ การเดินทางของกากอาหารนี้เกิดจากการบีบรัดพร้อม ๆ กัน ตลอดช่วงความยาวของลำไส้ไปจนถึงซิกมอยด์ แล้วพับเก็บสะสมไว้จนกระทั่งมีกากอาหารเต็มในบริเวณนี้ หรือมีการบีบรัดพร้อมกันตลอดช่วงของลำไส้ใหญ่อีกครั้ง เพื่อให้กากอาหารในลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ผ่านเข้าสู่ไส้ตรงพร้อมที่จะขับถ่ายทิ้งต่อไป โดยกากอาหารประมาณ 1/3 ถึง 1/2 จะถูกขับถ่ายเป็นอุจจาระภายใน 24 ชั่วโมงหลังการรับประทานอาหาร ส่วนที่เหลือขับถ่ายทิ้งหมดภายใน 24-48 ชั่วโมง (Taylor et al., 1997, pp. 1267-1268)

2.2 การขับถ่ายอุจจาระ (defecation)

ส่วนใหญ่แล้วบริเวณไส้ตรงจะไม่มีกากอาหารอยู่ แต่เมื่อมีการเคลื่อนตัวแบบบีบรัดเพื่อดันกากอาหารลงไปสู่ไส้ตรง จะทำให้ไส้ตรงยืดขยายออก กระตุ้นให้มีความต้องการถ่ายอุจจาระตามมา

การขับถ่ายอุจจาระเกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนอง 2 ชนิด คือ

2.2.1 ปฏิกิริยาตอบสนองของการถ่ายอุจจาระ (Defecation reflexes) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองภายใน (intrinsic reflex) ที่ผ่านการทำงานของระบบประสาทเอนเทอริก (enteric nervous system) กล่าวคือเมื่ออุจจาระเข้าสู่ไส้ตรง จะดันผนังลำไส้ส่วนนี้ให้ยืดขยายเป็นการส่งสัญญาณประสาทไปตามกลุ่มประสาทไมเอนเทอริก (myenteric plexus) อีกทอดหนึ่ง เพื่อทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ส่วนเดสเซนดิง ซิกมอยด์ และไส้ตรง เพื่อดันอุจจาระไปสู่ทวารหนัก และเมื่อมีการเคลื่อนของอุจจาระไปถึงทวารหนัก จนทำให้กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักส่วนในคลายตัว ร่วมกับการคลายตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักส่วนนอกที่อยู่ภายใต้การควบคุมของอำนาจจิตใจ ก็จะทำให้มีการถ่ายอุจจาระ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2540, หน้า 330; สุรวัฒน์ จริยาวัฒน์, 2539, หน้า 218; Guyton & Hall, 1996, p. 812)

2.2.2 ปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติของการถ่ายอุจจาระผ่านทางเส้นประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic defecation reflex) เนื่องจากปฏิกิริยาการตอบสนองภายในไส้ตรงนั้นมักมีความแรงไม่มากพอที่จะทำให้ถ่ายอุจจาระได้ จึงต้องเสริมให้ปฏิกิริยาเพิ่มความ

แรงขึ้นโดยปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติของการถ่ายอุจจาระผ่านทางเส้นประสาทพาราซิมพาเธติก (ซุคคิตี เวชแพศย์, 2540, หน้า 330)

เมื่อปลายประสาทซึ่งอยู่ที่ไส้ตรงถูกกระตุ้น จะส่งสัญญาณขึ้นไปยังไขสันหลัง แล้วสัญญาณจะถูกส่งกลับโดยผ่านทางเส้นประสาทพาราซิมพาเธติกซึ่งอยู่ในเส้นประสาทเพลวิก (pelvic nerves) มายังลำไส้ใหญ่ส่วนเดสเซนดิง ลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ ไส้ตรง และทวารหนัก ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่แรงมากขึ้นและทำให้กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักส่วนในคลายตัว นอกจากนั้นสัญญาณที่ส่งเข้าไปยังไขสันหลังจะทำให้เกิดผลอื่นตามมา เช่น หายใจเข้าลึก ช่องสายเสียงปิด กล้ามเนื้อหน้าท้องหดตัว ในเวลาเดียวกันก็จะทำให้ส่วนของเพลวิก (pelvic floor) ถูกดันลงมาข้างล่าง และดันหูรูดทวารหนัก (anal ring) ให้คลายออกมาด้วย ทำให้อุจจาระเคลื่อนตามออกมา (ซุคคิตี เวชแพศย์, 2540, หน้า 330; Guyton & Hall, 1996, p. 812)

อนึ่ง ในการถ่ายอุจจาระปกติยังต้องอาศัยแรงเบ่งร่วมด้วย คนส่วนใหญ่จะใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานช่วยในการเบ่งถ่าย ด้วยการหดเกร็งกล้ามเนื้อ เพื่อให้เกิดแรงดันภายในช่องท้อง เป็นแรงเสริมในการขับอุจจาระให้เคลื่อนต่ำลง ทำให้ถ่ายอุจจาระได้สะดวกขึ้น (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 49)

ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการขับถ่ายอุจจาระนี้จะยังคงดำรงอยู่ จนกว่าบุคคลนั้นจะตัดสินใจให้มีการขับถ่ายในเวลา และสถานที่ที่เหมาะสม (Craven & Hirnle, 1996, pp. 1228-1229) หรือไม่ให้มีการขับถ่ายอุจจาระเกิดขึ้น เมื่อไม่ได้อยู่ในเวลาหรือสถานที่ที่สมควรก็ได้เช่นกัน เนื่องจากหูรูดทวารหนักส่วนนอกทำงานภายใต้การควบคุมของอำนาจจิตใจ บุคคลจึงสามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ โดยบังคับหูรูดทวารหนักหดเกร็งเพื่อไม่ให้เกิดการขับถ่ายได้ (Ellis & Nowlis, 1989, p. 735) เป็นการกลั้นอุจจาระ

การที่มีการกลั้นอุจจาระหรือปฏิเสธการขับถ่ายเมื่อมีอุจจาระเข้ามาถึงในส่วนของไส้ตรงนี้ จะทำให้ไส้ตรงสามารถขยายสำหรับการมีอุจจาระเข้ามาอยู่ได้ถึง 400 มิลลิลิตร ในขณะที่ความดันในไส้ตรงนี้ยังคงอยู่ในระดับต่ำ และทำให้เกิดการเคลื่อนกลับของอุจจาระเข้าไปสู่ลำไส้ส่วนซิกมอยด์ ซึ่งก็จะทำให้เกิดการดูดกลับของน้ำและเกลือแร่ยังมีอยู่ต่อไป (Bruce & Finlay, 1997, p. 29)

โดยปฏิกิริยาตอบสนองการขับถ่ายที่เกิดขึ้นนี้จะหายไปหลังจากการกระตุ้นการขับถ่ายครั้งแรกประมาณ 2-3 นาที ซึ่งหมายถึงว่าเมื่อเกิดอาการปวดถ่ายแล้วไม่ได้รับการตอบสนอง ปฏิกิริยาตอบสนองนี้จะค่อย ๆ หายไปได้ อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาที่กล่าวถึงนี้จะ

กลับมาใหม่เมื่อมีการเคลื่อนผลิตภัณฑ์ของอุจจาระเข้ามาสู่ไส้ตรงอีกครั้ง ภายในเวลา 2-3 ชั่วโมงได้ (อารีวรรณ กลั่นกลิน, 2532, หน้า 93) หรืออาจไม่เกิดขึ้นภายใน 2-3 ชั่วโมงนี้ หรือในเวลาที่นานกว่านี้ (Craven & Hirnle, 1996, p. 1232) อนึ่ง ในกรณีที่แรงกระตุ้นการขับถ่ายจากภายในมีมาก หรืออยู่ในระดับสูง ก็อาจไม่สามารถกลั่นอุจจาระไว้ได้ (พรรณวดี พุฒินะ, 2543, หน้า 522)

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่และการขับถ่ายอุจจาระ

ปกติความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน ความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระที่ปกติ จะเปลี่ยนแปลงไประหว่าง 3 ครั้งต่อวัน ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (McMillan & Williams, 1989 cited in Duffy & Zernike, 1997, p. 261) ในขณะที่บางคนอาจมีการขับถ่ายอุจจาระเพียง 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์ (Hogston & Simpson, 1999, p. 135)

แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระของแต่ละบุคคลจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่และการขับถ่ายอุจจาระ ดังนี้

2.3.1 อาหาร อาหารที่รับประทานเข้าไปทำให้เกิดการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ถ้าเป็นอาหารประเภทที่มีเส้นใยอาหารมาก เช่น ผัก ผลไม้ ทำให้เกิดการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้และเพิ่มกากในการเป็นอุจจาระได้มาก ในขณะที่อาหารที่มีเส้นใยต่ำทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เช่น พวกแป้ง ไข่ เนื้อ หรืออาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น บรอกโคลี กะหล่ำดอก หัวหอม ถั่วต่าง ๆ จะกระตุ้นการเคลื่อนไหวลำไส้ได้เช่นกัน (Potter & Perry, 1995, p. 951) เมื่อกากอาหารเคลื่อนผ่านลำไส้ไปได้อย่างรวดเร็วก็จะเป็นการทำให้การดูดซึมกลับของน้ำน้อยลง เป็นผลให้อุจจาระมีลักษณะอ่อนนุ่มและขับออกได้ง่าย ที่สำคัญเวลาดูดซึมกลับของสารพิษก็ลดน้อยลงด้วย (Taylor et al., 1997, p. 1270)

2.3.2 น้ำ การได้รับน้ำในอัตราส่วนที่มากพอ ทั้งจากการดื่ม และจากอาหารที่มีน้ำ จะช่วยทำให้อุจจาระมีความชื้น อุจจาระอ่อนนุ่ม ถูกขับเคลื่อนออกไปได้โดยง่าย (Lewis & Timby, 1993, p. 203) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องดื่มที่มีผลต่อการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่ เครื่องดื่มร้อนและน้ำผลไม้ ตัวอย่างเช่น การดื่มน้ำอุ่นกับน้ำมะนาว หรือการดื่มกาแฟดำในระหว่างอาหารมื้อเช้า (Cole, 1996, p. 596) ซึ่งนอกจากจะทำให้อุจจาระมีลักษณะอ่อนนุ่มแล้ว ยังเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ แต่ในขณะที่การดื่มนมในปริมาณที่มากจะทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลงและอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดท้องผูก (Potter & Perry, 1995, p. 951)

2.3.3 การเคลื่อนไหวของร่างกาย ปกติการเคลื่อนไหวของร่างกายช่วยให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ และทำให้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเบ่งถ่าย ได้แก่ กล้ามเนื้อหน้าท้อง

กระบังลม และอุ้งเชิงกราน เกิดความตึงตัวเพียงพอ ทำให้ขยับถ่ายได้สะดวก (Taylor et al., 1997, p. 1270)

ในทางตรงกันข้าม เมื่อมีการลดการเคลื่อนไหวของร่างกายลง จะลดทั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่และความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการขยับถ่ายอุจจาระลงได้ (Taylor et al., 1997, p. 1270)

ผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว ต้องนอนพักบนเตียงเป็นเวลานานและมีการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง จึงอาจเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้เกิดท้องผูกได้ (Taylor et al., 1997, p. 1270) สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี แก้วจันทร์ (2526, หน้า 70) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดไตในกลุ่มที่มีการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง กระบังลม และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน พบว่าจะทำให้เกิดท้องผูกลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร และคล้ายคลึงกับการศึกษาของปราณี ทุ์ไพเราะ (2532, หน้า 65-67) ที่ศึกษามลการบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเบ่งถ่ายในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ช่วยทำให้ถ่ายอุจจาระได้ดีขึ้นโดยมีภาวะท้องผูกลดลงเช่นกัน

2.3.4 ทำนั้งขยับถ่ายอุจจาระ เป็นทำนั้งยองหรือทำนั้งโน้มเอนไปทางด้านหน้าและต้นขาอ เพื่อให้เกิดแรงดันในช่องท้อง ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวที่ขยับถ่ายอุจจาระโดยต้องใช้หมอนนอน หรือต้องนอนขยับถ่าย จะไม่สามารถเกิดการเกร็งกล้ามเนื้อในการขยับถ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจเกิดอุปสรรคในการขยับถ่ายอุจจาระ (Potter & Perry, 1995, p.951; Taylor et al., 1997, pp. 1269-1270) และยังทำให้เกิดความไม่สบายใจ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ปฏิเสธการขยับถ่ายอุจจาระเมื่อเกิดอาการปวดถ่ายอุจจาระ (Potter & Perry, 1995, p. 951) ได้เช่นกัน

2.3.5 ปัจจัยทางด้านอารมณ์ ความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัว จะกระตุ้นประสาทพาราซิมพาธิค เป็นเหตุให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้เกิดการถ่ายท้องตามมาได้ ในทางตรงข้ามภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง และท้องผูกได้ (Potter & Perry, 1995, p. 951)

2.3.6 สุขนิสัยการขยับถ่ายอุจจาระของแต่ละบุคคล พบว่าคนส่วนใหญ่ต้องการเวลา ความเป็นส่วนตัว และความสะดวกในการใช้ห้องน้ำประจำของตนเองในการขยับถ่ายอุจจาระ จึงจะสามารถขยับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ ในบางคนที่ยุ่งอยู่กับการทำงานก็จะทำให้เกิดนิสัยในการขยับถ่ายไม่ปกติได้ (Potter & Perry, 1995, p. 951) อีกทั้ง ตารางเวลา หน้าที่การงาน และเวลาว่างที่มีของแต่ละคน อาจจะทำให้เกิดสุขนิสัยในการขยับถ่ายอุจจาระที่เป็นเวลา หรืออาจเป็นแบบแผนที่ไม่แน่นอนก็ได้ (Taylor et al., 1997, p. 1270)

ดังนั้น ในเรื่องความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ในการขยับถ่ายอุจจาระ ที่มีการใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้อื่น หรือใช้เพียงจากลำหรับกันเพื่อแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยเตียงอื่น ๆ ที่นอนอยู่ในห้องเดียวกัน ทำให้ไม่เป็นส่วนตัว มักก่อให้เกิดความยากลำบากและอุปสรรคในการขยับถ่ายได้ (Taylor et al., 1997, p.1270)

2.3.7 ความเจ็บปวด เช่น จากการเป็นริดสีดวงทวาร การผ่าตัดเกี่ยวกับไส้ตรง หรือ การผ่าตัดเกี่ยวกับช่องท้อง อาจจะเป็นสาเหตุทำให้การขยับถ่ายอุจจาระไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยกลั้นอุจจาระและท้องผูกตามมาได้ (Potter & Perry, 1995, p. 951)

2.3.8 ยาถ่ายและยาระบายทำให้อุจจาระนิ่มขึ้นและกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ แต่การใช้อย่างเป็นเวลานานอาจเป็นสาเหตุให้กล้ามเนื้อลำไส้สูญเสียความตึงตัว (Potter & Perry, 1995, p. 951)

นอกจากนี้ ยาแก้ปวดประเภทนาร์โคติค ยาที่ประกอบด้วยฝิ่น และยาแอนติคอลลิเนอจิกทำให้ลำไส้ลดการเคลื่อนไหว และท้องผูกได้ (Potter & Perry, 1995, p. 951)

ส่วนยาปฏิชีวนะก็อาจทำให้เกิดการถ่ายท้องได้ (Potter & Perry, 1995, p. 951)

2.3.10 การผ่าตัดและการได้รับยาสลบ พบว่าการผ่าตัดลำไส้ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวประมาณ 24-48 ชั่วโมง การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จะทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหวชั่วคราว (Potter & Perry, 1995, p. 952) จึงอาจทำให้การขยับถ่ายอุจจาระไม่สามารถเกิดขึ้นในช่วงระยะนี้ได้ เนื่องจากการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำจากแผนการรักษา ทำให้กากอาหารและน้ำที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการขยับถ่ายอุจจาระมีน้อยลง ร่วมกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงด้วย

สรุปได้ว่า กระบวนการของการขยับถ่ายอุจจาระที่ปกติ ขึ้นอยู่กับการทำงานของกลไกการตอบสนองของระบบประสาทระหว่างลำไส้ใหญ่และไขสันหลัง เมื่อมีอุจจาระเข้ามาในไส้ตรง ร่วมกับการเบ่งถ่ายของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องในระบบการขยับถ่ายอุจจาระ และการคลายตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักเพื่อขับอุจจาระออกมา โดยในส่วนของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักส่วนนอกจะทำงานภายใต้การควบคุมของอำนาจจิตใจ ที่ทำให้สามารถควบคุมการขับออกของอุจจาระได้ นั่นคือ เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อการขยับถ่ายอุจจาระ ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ สุขนิสัยการขยับถ่าย วัฒนธรรมของแต่ละบุคคล รวมถึงปัจจัยร่วมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ และมีการขยับถ่ายอุจจาระ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การเคลื่อนไหวร่างกาย ทำนึ่งในการขยับถ่าย อารมณ์ ความเจ็บปวดของอวัยวะที่เกี่ยวข้องในการ

ข้อห้าม การได้รับยา หรือการผ่าตัด เป็นต้น นั่นคือเกี่ยวข้องกับทั้งทางด้านสรีระร่างกาย อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม รวมถึงวัฒนธรรม ของตัวผู้ป่วยเอง

ส่วนสำคัญ คือการที่ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการคลายตัวของกล้ามเนื้อหรือ ทวารหนักส่วนใน และความต้องการที่จะขับถ่ายอุจจาระจะถูกส่งไปที่สมอง และได้รับการแปล ความหมายจากบุคคล ซึ่งเป็นการตระหนักถึงความต้องการที่จะขับถ่ายอุจจาระของแต่ละบุคคล (Hogston & Simpson, 1999, p. 135) ทำให้มีการควบคุมว่าให้มีการขับถ่ายเกิดขึ้น หรือไม่ให้มีการ ขับถ่ายอุจจาระเกิดขึ้นก็ได้ นั่นคือ การขับถ่ายอุจจาระเกี่ยวข้องกับความคิดของบุคคลนั้น ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษามีความเห็นว่า ในผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการ เคลื่อนไหว ปัจจัยด้านการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยหนึ่ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับสรีระของการขับถ่าย อุจจาระ ในกรณีที่ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง จะเป็นผลทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ ลดลง อีกทั้งการจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้มีการขับถ่ายที่เดียวโดยการใช้น้ำอึ้นอน ที่ส่งผลต่อ ทำ นึ่งในการขับถ่าย ผลต่อสุขนิสัยการขับถ่ายที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เป็นส่วนตัว รวมถึงส่งผลต่ออารมณ์และความคิดของผู้ป่วยในการที่จะตัดสินใจให้มีการขับถ่ายอุจจาระ เป็น การเพิ่มระดับของปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ

3. แนวคิดการจำกัดการเคลื่อนไหว

การเคลื่อนไหวเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่ง ทำให้สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ตามปกติ รวมทั้งการเคลื่อนไหวทำให้คงไว้ซึ่งสรีระของร่างกายที่ปกติ ทำให้ระบบ ต่าง ๆ ของร่างกาย ระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ และระบบโครงกระดูก ดำรงอยู่ได้เหมือนเดิม และทำหน้าที่ได้ปกติ แต่การเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของตัวผู้ป่วยอาจจะมาจากปัญหาของ สุขภาพในลักษณะต่าง ๆ (Potter & Perry, 1995, p. 558) จนอาจทำให้ร่างกายไม่สามารถ เคลื่อนไหวได้ หรือร่างกายถูกจำกัดให้เคลื่อนไหวได้จำกัด

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดในเรื่องการจำกัดการเคลื่อนไหว มีดังนี้คือ

3.1 ความหมายการจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobilization) การให้ความหมายการจำกัดการเคลื่อนไหวมีหลายลักษณะร่วมกัน โดยอาจพิจารณาจากสาเหตุ จากเงื่อนไข ระยะเวลาที่เกิด ระดับ หรือประเภทของการจำกัดการเคลื่อนไหว ดังนี้คือ

สาเหตุของการจำกัดการเคลื่อนไหว อาจเกิดได้จากปัจจัยภายในบุคคล หรือ จากสิ่งแวดล้อม (Murray & Zentner, 1979, p. 276) จากการที่ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หรือร่างกายไม่สามารถเปลี่ยนท่าทางหรือเคลื่อนไหวได้จากการถูกจำกัด (Potter & Perry, 1995, pp. 1045-1046) ซึ่งการที่ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ อาจจะเป็นผลมาจากความเจ็บปวดที่

รุนแรง หรือจากการที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นการเคลื่อนไหวลดลง จากระยะของโรค หรือจากเหตุผลทางการรักษา (Potter & Perry, 1995, p. 558) ซึ่งสาเหตุที่ต่างกันนี้ ทำให้เกิดสภาพการจำกัดการเคลื่อนไหวมีความแตกต่างกันไปด้วย ตัวอย่างเช่น การจำกัดการเคลื่อนไหวจากวิธีการรักษา โดยการใช้เครื่องดัดหรือการใส่เฝือก จะทำให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวได้มากกว่าการจำกัดการเคลื่อนไหวที่เกิดจากความเจ็บป่วย (Murray & Zentner, 1979, p. 276)

ระยะเวลา ระยะเวลาที่ทำให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวในบางคนอาจเกิดขึ้นโดยทันทีทันใด หรือบางคนอาจค่อย ๆ เปลี่ยนไป (Potter & Perry, 1995, p. 558) โดยที่ความรุนแรงของการจำกัดการเคลื่อนไหวยังขึ้นกับช่วงเวลาของการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวที่ต่างกันด้วย แม้ว่าผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บและการรักษาที่เหมือนกัน แต่ระยะเวลาที่กลับคืนสภาพเดิมที่แตกต่างกัน พบว่าระยะเวลาที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวอยู่เป็นเวลานาน มักทำให้เกิดการรับรู้ถึงความไม่มีความสามารถของตนเองมากตามไปด้วย (Murray, and Zemtner, 1979, p. 276)

ระดับของการจำกัดการเคลื่อนไหว มีตั้งแต่การลดลงของกิจกรรมที่ทำได้จากปกติ จนถึงระดับที่ไม่สามารถกระทำกิจกรรมได้เลย (Kozier & Erb, 1979, pp. 598-599) ซึ่งอาจแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (พรรณวดี ดันติศิริพันธ์, 2532, หน้า 32-33) คือ การจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างสมบูรณ์ การจำกัดการเคลื่อนไหวเพียงบางส่วน และการจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน โดยที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ก็จะต้องอาศัยผู้อื่นมาช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ก็อาจสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

ลักษณะของการจำกัดการเคลื่อนไหว อาจเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างชั่วคราว หรือเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างถาวร (Potter & Perry, 1999, p. 1046) ลักษณะที่เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างชั่วคราว มักเป็นการสูญเสียการเคลื่อนไหวเป็นบางส่วน เช่น ผลจากการมีกระดูกหัก และการจำกัดการเคลื่อนไหวแบบถาวร อาจเป็นผลจากการเกิดอัมพาต เป็นต้น

ประเภทของการจำกัดการเคลื่อนไหว อาจแบ่งเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นทางด้านร่างกาย ทางด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา (Kozier & Erb, 1979, p. 599; Malinda, 1976, p. 335)

จากประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้เห็นความหมายของการจำกัดการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปตามมิติต่าง ๆ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยในแต่ละคน ยังขึ้นกับ

สัดส่วนและความสัมพันธ์กันของ ระยะเวลา ความรุนแรง และชนิดของการจำกัดการเคลื่อนไหว (Linton, Matteson, & Maebius, 1995, p. 256) จึงทำให้เกิดลักษณะเฉพาะของการจำกัดการเคลื่อนไหวรวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งในส่วนที่ทำให้เกิดประโยชน์ และโทษที่จะเกิดต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การที่ได้ทราบถึงภาวะของการจำกัดการเคลื่อนไหวตามความหมายที่ให้ไว้ในลักษณะต่าง ๆ นี้ จึงมีความสำคัญที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหวได้

3.2 ลักษณะของการจำกัดการเคลื่อนไหว มี 4 ด้าน ดังนี้

3.2.1 การจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกาย (Physical immobility) เป็นลักษณะของการจำกัดการเคลื่อนไหวที่มักเห็นได้ชัดเจน มีสาเหตุจาก การได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ และการเกิดพยาธิสภาพของโรค (อารีวรรณ กลั่นกลิน, 2532, หน้า 8-9) เป็นการจำกัดกิจกรรม และหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย ให้อยู่ในขอบข่ายที่จะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ต่อโครงสร้าง และหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 1) ซึ่งการจำกัดการเคลื่อนไหวอาจได้แก่ การให้นอนพักบนเตียง การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ การมีอัมพาตของส่วนของร่างกาย หรือจากปฏิกิริยาความเจ็บปวดของผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย

3.2.2 การจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านสังคม (Social immobility) การจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านสังคมมีสาเหตุมาจากที่บุคคลขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Kozier & Erb, 1979, p. 599) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลมักจะถูกแยกจากสังคมที่เคยอยู่ (เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา, 2543, หน้า 212) ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวลดลง ทำให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านสังคม

3.2.3 การจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านอารมณ์ (Emotional immobility) การจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านอารมณ์ อาจเป็นผลมาจากความเครียดที่มากขึ้นของผู้ป่วยแต่ละคน จนทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้น ๆ ได้ (Kozier & Erb, 1979, p. 599) ตัวอย่าง ในบุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวลอย่างรุนแรง ได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ของตนเอง โดยอาจเป็นโรคที่ร้ายแรงรักษาไม่หาย คนวัยหนุ่มสาวที่ถูกตัดขา หรือไม่สามารถเดินได้ตลอดชีวิต เป็นต้น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมทำอะไร รู้สึกกลัว จะหยุดนิ่งความรู้สึกทางอารมณ์ รวมทั้งลดความต้องการในการเคลื่อนไหวลง จะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยจะอยู่ในท่าใดท่า

หนึ่งเป็นเวลานาน เป็นการปรับตัวเพื่อช่วยผ่อนคลายความรู้สึกเครียดลงชั่วคราว (สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธิ์ภักดี, และ วัลลา ตันตโยทัย, 2530, หน้า 41 ; อารีวรรณ กลั่นกลิน, 2532, หน้า 9 ; เยาวลักษณ์ เลหาะจินดา, 2543, หน้า 212)

3.2.4 การจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านสติปัญญา (Intellectual immobility)

การจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านสติปัญญา ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการขาดความรู้ว่าจะมีการปฏิบัติหน้าที่อย่างไร ซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลนั้นถูกจำกัดในการทำกิจกรรม หรือจากการได้รับอันตรายที่สมองเนื่องจากโรคหรือการบาดเจ็บ ทำให้ไม่สามารถที่จะเรียนรู้ได้ในช่วงนั้น หรือจากการที่บุคคลนั้นมีภาวะปัญญาอ่อนทำให้เกิดความจำกัดในการที่จะเรียนรู้ เป็นต้น (Kozier & Erb, 1979, p. 599) ทำให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ มีความจำกัด ซึ่งบางครั้งการจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านสติปัญญานี้ อาจไปมีผลถึงการจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกายได้ ตัวอย่างเช่น การไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด อาจทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าขยับเนื่องจากกลัวภาวะแทรกซ้อนได้

จากลักษณะของการจำกัดการเคลื่อนไหวประเภทต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้เห็นว่าการจำกัดการเคลื่อนไหวไม่ใช่จะมีเฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังมีในลักษณะอื่นด้วย รวมทั้งการจำกัดการเคลื่อนไหวแบบหนึ่งอาจนำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหวอีกแบบหนึ่งควบคู่กันไปได้ โดยการศึกษาของผู้วิจัยเลือกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นหลัก ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกาย ยังสามารถทำให้มีผลกระทบต่ทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยได้ ซึ่งผลที่มีต่อด้านจิตใจ ได้แก่ การเกิดภาวะซึมเศร้า กลัว วิตกกังวล การถูกแยกจากสังคม และอาจทำให้มีการดำรงชีวิตอยู่อย่างไม่มีความหมาย (Linton et al., 1995, p. 256) อีกทั้งการจำกัดการเคลื่อนไหวด้านร่างกาย อาจมีผลกระทบถึงการจำกัดการเคลื่อนไหวในด้านอื่น ๆ ได้เช่นกัน เช่น จากการศึกษาของผู้วิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในเรื่องของการขยับถ่ายอุจจาระ การที่ผู้ป่วยได้ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทางด้านร่างกาย นอกจากมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาของการขยับถ่ายได้แล้ว ยังมีผลกระทบถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นถูกจำกัดไปด้วย จากการที่ต้องมีการขยับถ่ายอุจจาระบนเตียงทำให้ผู้ป่วยอายและเกรงใจบุคคลรอบข้าง ไม่ต้องการให้เกิดการขยับถ่ายจะแยกตัวโดยการนอนหลับมากขึ้น อีกทั้งทำให้เกิดความเครียด เป็นเหตุให้เกิดปัญหาการขยับถ่ายอุจจาระที่ซับซ้อนขึ้นมาอีก ในเรื่องของการกระทำการจัดการ ความคิด และอารมณ์ของผู้ป่วย เป็นต้น

3.3 เจื่อนไขที่นำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหว อาจเกิดปัญหาการขยับถ่ายอุจจาระขึ้นได้เนื่องจาก

3.3 เจ็บข้อเข่าที่นำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหว อาจเกิดปัญหาการขับถ่ายอุจจาระขึ้นได้เนื่องจาก

3.3.1 การให้นอนพักบนเตียง (bed rest) อาจเกิดจากภาวะร่างกายของผู้ป่วยเอง หรือจากแผนการรักษา โดยระยะเวลาในการนอนพักบนเตียงขึ้นอยู่กับธรรมชาติของความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วย (Potter & Perry, 1999, p. 1045)

โดยที่การนอนพักที่เกิดจากภาวะร่างกายของผู้ป่วย อาจเป็นการตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่รุนแรงหรือเป็นผลจากการกระตุ้นความรู้สึกในการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลง หรืออาจเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ความคิด เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า (Potter & Perry, 1995, p. 558)

ส่วนการให้นอนพักบนเตียง ที่เนื่องมาจากเหตุผลทางการรักษา เป็นกิจกรรมการพยาบาลอย่างหนึ่ง โดยเงื่อนไขที่ต้องการให้นอนพักบนเตียง ในระบบของร่างกายที่มีได้บ่อย ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หัวใจวาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจ) ระบบประสาท (เช่น การได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (เช่น กระดูกหักในส่วนต่าง ๆ ของขา) ระบบทางเดินหายใจ (เช่น โรคปอดเรื้อรังระยะสุดท้าย) หรืออาจจะเป็นเงื่อนไขอื่น ๆ อีก (เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่รอคอยการเปลี่ยนอวัยวะ โรคอ้วน) เป็นต้น (Potter & Perry, 1995, p. 559)

3.3.2 การใช้อุปกรณ์สำหรับการรักษา อาจโดยการใส่เฝือก ใช้เครื่องดึง หรือการผูกยึด เป็นการกำหนดให้การเคลื่อนไหวลดลง การที่ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หรือการที่ร่างกายถูกจำกัดในการเคลื่อนไหวนี้อาจเป็นผลทำให้ร่างกายสูญเสียความสามารถในการปรับตัวและทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ โดยระดับของการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นแบบใด ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ของเงื่อนไขปัจจุบันที่เป็นอยู่ (Potter & Perry, 1999, p. 1046)

เงื่อนไขที่นำไปสู่การจำกัดการเคลื่อนไหวที่มีวัตถุประสงค์ที่ต่างกัน เช่น ตัวอย่างในผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากพยาธิสภาพ โดยการให้นอนพัก ซึ่งมักเป็นในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่อยู่ในระยะรุนแรง เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นกับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายฟื้นจากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อการหายของบาดแผล จากวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันในการจำกัดการเคลื่อนไหวนี้ เมื่อผู้ป่วยต้องมีการขับถ่ายอุจจาระเกิดขึ้นในขณะที่ยังมีการจำกัดการเคลื่อนไหว ความต้องการในการดูแลเรื่องการขับถ่าย

อุจจาระย่อมแตกต่างกันไปด้วย การที่พยาบาลได้รู้ถึงความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยที่ต่างกัน ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจำกัดการเคลื่อนไหวย่อมทำให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยได้มากขึ้น

3.4 ความสำคัญของการจำกัดการเคลื่อนไหว การจำกัดการเคลื่อนไหวทางการรักษา ในทางปฏิบัติเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับพยาบาลและต่อตัวผู้ป่วย เหตุผลที่สำคัญมีดังนี้ คือ 1) เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด การจำกัดการเคลื่อนไหวจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ลดความวิตกกังวลหรือความกลัว เช่น ในกรณีที่เป็นโรคเส้นเลือดโคโรนารีตีบ หรือถูกอุดกั้น หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในระยะแรก ๆ การให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่สบายจะทำให้อาการเจ็บปวดทุเลาได้ เพราะเป็นการช่วยลดความระคายเคืองที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อบริเวณนั้น ๆ 2) เพื่อส่งเสริมการหายใจของแผล ในกรณีที่มีบาดแผลหรือกระดูกหัก 3) เพื่อมิให้ร่างกายเกิดความเสียหายในข้อบ่งชี้ที่กว้างยิ่งขึ้น เช่น กรณีที่มีไข้สูง การให้ผู้ป่วยได้พักจะช่วยลดปริมาณการใช้ ออกซิเจนและความต้องการพลังงานที่เพิ่มขึ้นของร่างกาย ทำให้หัวใจทำงานในระดับปกติหรือน้อยลง และ 4) เพื่อประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความอ่อนเพลียหรือเหนื่อย การให้นอนพักและหรือจำกัดกิจกรรมและการเคลื่อนไหว จะช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่น้อยลง การซ่อมแซมส่วนสึกหรบของอวัยวะเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกสดชื่น แข็งแรง สภาพของร่างกายกลับเป็นปกติได้เร็วขึ้น (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 2; อารีวรรณ กลั่นกลิน, 2532, หน้า 10-12) และ 5) นอกจากนั้นในบุคคลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลอย่างรุนแรง การลดความต้องการในการเคลื่อนไหวลงอาจมีความสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยได้เกิดการปรับตัวเพื่อช่วยผ่อนคลายความรู้สึกเครียดลงชั่วคราว และช่วยลดความรู้สึกว่าถูกคุกคามลงได้ (อารีวรรณ กลั่นกลิน, 2532, หน้า 9)

3.5 ผลกระทบของการจำกัดการเคลื่อนไหว ผลกระทบของการจำกัดการเคลื่อนไหว สามารถเกิดขึ้นต่อทั้งระบบและการทำหน้าที่ของร่างกายได้ โดยผลกระทบที่เกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหวนี้เกิดขึ้นได้กับทุกระบบของร่างกาย (Linton et al., 1995, p. 256; Potter & Perry, 1999, p. 1045) ซึ่งจากงานวิจัยของ ไตทริคค์และคณะ (Deitrick et al, cited in Potter & Perry, 1999, p. 1045) แสดงให้เห็นว่าผู้ชายวัยหนุ่มที่มีสุขภาพดีที่ให้มานอนพักบนเตียง ผลที่เกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการนอนพักบนเตียงอยู่เป็นเวลานาน ทำให้เกิดผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือเป็นขึ้นมาในทันทีทันใด รวมทั้งมีผลต่อเนื่องตามมาอีก และการได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวอยู่เป็นเวลานาน หรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหวแบบสมบูรณ์อย่างต่อเนื่องจะเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายมากขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้เสมอในผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว คือ การเกิดแผลกดทับ กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อสูญเสียทั้งโครงสร้างและหน้าที่ หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดของระบบหายใจ การขับถ่าย ตลอดจนผลจิตใจของผู้ป่วย เป็นต้น เนื่องจากอันตรายหรือผลร้ายที่เกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานานนี้ มีความเป็นไปได้สูงมาก (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 3) จากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เหล่านี้ ในทางการแพทย์บาลมักให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น แต่ภาวะแทรกซ้อนของการขับถ่ายอุจจาระ ก็ยังมักพบว่ามียู่เสมอในผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหว

โดยที่ภาวะแทรกซ้อนในด้านการขับถ่ายของผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวที่พบบ่อย คือ ท้องผูก ซึ่งการเกิดท้องผูกในคนที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวนี้ มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันและส่งเสริมกัน คือ มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไปจากปกติ สิ่งแวดล้อมใหม่ที่อาจไม่มีความเป็นส่วนตัว เกิดความอาย เกิดความไม่สะดวกสบายและความไม่สามารถในการขับถ่ายโดยใช้หม้อนอน หรือกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระขาดความตึงตัว (Linton et al., 1995, p. 263) เป็นสภาวะที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล รวมถึงการให้ความหมายที่แตกต่างกันไป และยังขึ้นอยู่กับแบบแผนของการขับถ่ายอุจจาระของแต่ละบุคคล (Devroede, 1993, p. 837) โดยภาวะที่แทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในเรื่องการขับถ่ายอุจจาระนี้ อาจเป็นภาวะที่มีความถี่ของการขับถ่ายอุจจาระน้อยลงกว่าปกติ อุจจาระแข็งและแห้ง มีการขับถ่ายลำบาก บางครั้งอาจมีอาการเจ็บในระหว่างการขับถ่าย ทำให้พื้นที่ของลำไส้เล็กลงมากและเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวของอุจจาระ (Bower & Bevis, 1979, p. 300; Doughty & Jackson, 1993, p. 261) หรืออาจรู้สึกว่าการขับถ่ายอุจจาระออกยังไม่หมด (Devroede, 1993, p. 837)

ท้องผูกไม่ใช่โรค ในผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปแม้จะไม่ใช่อาการที่อันตรายมากนัก แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานพอสมควร ต้องเบ่งถ่ายนาน ทำให้เสียเวลา เสียกำลัง และเสียอารมณ์ได้ (เพ็ญเพชร เกียรติเสวี, 2526, หน้า 82) และท้องผูกอาจเป็นสาเหตุให้ความดันในช่องท้องสูงขึ้นจากการใช้แรงเบ่งในขณะที่ถ่ายอุจจาระ (Valsalva maneuver) (Linton et al., 1995, p. 263) และหากปล่อยให้ผู้ป่วยมีท้องผูกเป็นเวลานานหลาย ๆ วันต่อเนื่องกัน ปริมาณอุจจาระที่ค้างค้างจะเพิ่มมากขึ้น และจะไปอัดอยู่ในลำไส้ใหญ่ส่วนปลายสุด และได้ตรง อุจจาระจะมีลักษณะแข็งและแห้ง ทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่าภาวะอัดแน่นของอุจจาระ (fecal impaction) ได้ การเกิดภาวะนี้เป็นผลจากการไม่ได้ให้การดูแลเมื่อเกิดภาวะท้องผูก ซึ่งจะพบว่ามีอาการของการเคลื่อนไหวของลำไส้จากปกติไปหลายวัน (3-5 วัน หรือมากกว่า) (Craven & Hirnie, 1996, p. 1235) บางรายอาจพบว่ามีอุจจาระเหลวหรือมีลักษณะเป็นน้ำไหลผ่านออกมาทางทวารหนัก

(spurious diarrhea) ซึ่งอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยท้องเดินหรือผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้เอง เป็นการไหลของน้ำอุจจาระผ่านส่วนที่มีอุจจาระอัดแน่น (Potter & Perry, 1995, p. 560) และอาจเป็นอาการแสดงให้ทราบว่าลำไส้ส่วนเหนือขึ้นไปไม่สามารถทำหน้าที่ดูดซึมและทำหน้าที่บีบไล่ได้ตามปกติ หากปล่อยทิ้งไว้ปริมาณอุจจาระที่คั่งค้างจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้ถ่ายอุจจาระด้วยความลำบากมากขึ้น (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 50)

ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ เมื่อเกิดขึ้นและไม่ได้รับการแก้ไข ย่อมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ซึ่งอาจเป็นเหตุให้การฟื้นจากโรคของผู้ป่วยยาวนานออกไป หรืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 47) เช่น กรณีที่เกิดความเข้าใจผิดจากการที่ผู้ป่วยมีอุจจาระเหลวไหลเป็นน้ำในขณะที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหว ว่าผู้ป่วยท้องเดินหรือผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้เอง กรณีเช่นนี้พยาบาลควรต้องตระหนักว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวที่มีอุจจาระเหลวที่ไหลเป็นน้ำนั้น อาจไม่ใช่เป็นการถ่ายท้องโดยทั่วไป (Potter & Perry, 1995, p. 560) หรือการเกิดอุจจาระอัดแน่นในผู้ป่วยที่ต้องนอนอยู่บนเตียงและต้องเบ่งเพื่อที่จะขับถ่ายอุจจาระออก เป็นปัญหาลำคัญและเป็นอันตรายอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ อาจทำให้เกิดหัวใจวายได้ และผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เส้นโลหิตแตกได้ง่าย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 26; สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 54)

4. แนวคิดการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายอุจจาระอันเนื่องมาจากการจำกัดการเคลื่อนไหว

การเคลื่อนไหวของลำไส้เกิดจากการกระตุ้นโดยการเดินหรือเคลื่อนไหว (Ross, 1998, p. 908) การที่ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน อาจทำให้ประสบปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระได้ ซึ่งผลของการจำกัดการเคลื่อนไหวต่อการขับถ่ายอุจจาระ มีดังนี้

4.1 การไม่เคลื่อนไหวนาน ๆ ทำให้ระบบประสาทซิมพาธิกทำงานมากขึ้น การเคลื่อนไหวลำไส้ลดลง (พัสมณท์ คุ่มทวีพร, 2540, หน้า 422)

4.2 การได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (physical inactivity) ร่วมกับการขาดการออกกำลังกาย นอกจากเป็นผลทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงไป (Bower & Bevis, 1979, p. 299) ยังทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องในการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่ กล้ามเนื้อหน้าท้อง กระบังลม และอุ้งเชิงกราน อ่อนแรงลงด้วย (พัสมณท์ คุ่มทวีพร, 2540, หน้า 422)

4.3 การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ทำให้ความต้องการน้ำและอาหารลดลง (Craven & Hirnle, 1996, p. 1234) ส่งผลต่อการมีอุจจาระที่จะไปกระตุ้นให้เกิดการขับถ่ายอุจจาระ

169830

511.79
0456

4.4 การจำกัดการเคลื่อนไหว โดยการถูกจำกัดบนเตียงนี้ ทำให้เกิดผลต่อทางด้านจิตใจในการที่จะตัดสินใจให้มีการขยับถ่ายข้าง (McFarland & McFarlane, 1993, p. 218) ผู้ป่วยต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ผิดไปจากที่เคย จึงทำให้ไม่อยากถ่าย มีการกลั้นอุจจาระได้นาน ๆ (อุกฤษดิ์ เปล่งวาณิช และอรพรรณ ชินะภัก, 2526, หน้า 129) โดยเฉพาะในสิ่งแวดล้อมที่อาจขาดความเป็นส่วนตัว เช่น ในหอผู้ป่วยสามัญที่เตียงอยู่ใกล้ชิดกัน รวมทั้งเสียงและกลิ่นที่อาจเกิดขึ้นได้ ในระหว่างการขยับถ่ายอุจจาระ ประกอบกับความยากลำบากและการไม่สุขสบายจากการใช้หมอนนอน อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการขยับถ่ายอุจจาระ (Ross, 1998, p. 908) เกิดการกลั้นอุจจาระได้เมื่อปวดถ่ายอุจจาระ ซึ่งการกลั้นอุจจาระบ่อย ๆ สามารถยับยั้งการเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองของการถ่ายอุจจาระได้ และพบเสมอว่าเมื่อปวดถ่ายอุจจาระแล้วไม่ถ่าย ความแรงของการเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองของการถ่ายอุจจาระจะลดลงอยู่เป็นเวลานาน ความตึงตัวของลำไส้ใหญ่ไม่มี เมื่ออุจจาระอยู่ในลำไส้เวลานานเกินไป ทำให้น้ำถูกดูดซึมตลอดเวลา อุจจาระจะแห้งแข็ง ลำไส้ใหญ่ล่าช้าในการทำงานเพราะต้องขยายอยู่เป็นเวลานาน เส้นประสาทที่รับการกระตุ้นให้รู้สึกอยากถ่ายอุจจาระจะชาและหมดความรู้สึกไปเพราะความเคยชินได้ (อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2534, หน้า 97)

เห็นได้ว่า ผลของการจำกัดการเคลื่อนไหว ที่ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวลดลงหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อยู่เป็นเวลานาน หรือขาดการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการขยับถ่ายอุจจาระ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสรีรวิทยาและกระบวนการของการขยับถ่ายอุจจาระได้ อีกทั้งผลของการจำกัดการเคลื่อนไหวที่ทำให้ต้องมีการขยับบนเตียง ยังทำให้เกิดเป็นปัญหาที่เป็นวงจรเชื่อมโยงกัน ทำให้ปัญหาการขยับถ่ายอุจจาระในขณะที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวซับซ้อนขึ้นไปอีก

5. แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยในเรื่องการขยับถ่ายอุจจาระเนื่องจากการจำกัดการเคลื่อนไหว

การให้การพยาบาลในเรื่องการขยับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหว ได้แก่

5.1 การประเมินในเรื่องการขยับถ่าย ควรประเมินประวัติสุขภาพในการขยับถ่ายอุจจาระในภาวะปกติกับภาวะในปัจจุบันของแต่ละคนว่าเป็นอย่างไร (Cole, 1996, p. 597) ทั้งลักษณะของอุจจาระและการขยับถ่ายอุจจาระ รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการขยับถ่ายอุจจาระในขณะที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นอย่างไร เพื่อให้การพยาบาลได้เหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน

5.2 การรับประทานอาหารที่มีกาก แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทาน อาหารที่มีกากมาก ได้แก่ ผัก ผลไม้ เพื่อเป็นการเพิ่มกากอาหาร เส้นใยอาหารที่รับประทานเข้าไป จะช่วยให้อุจจาระไม่แข็ง และเคลื่อนผ่านลำไส้ไปได้โดยง่ายและรวดเร็ว เป็นผลให้ปริมาณน้ำที่ ผั่งลำไส้ใหญ่ที่จะถูกดูดซึมจากอุจจาระมีน้อยลง อุจจาระจึงมีความอ่อนตัว และขับถ่ายออกได้ ง่าย (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 53) ช่วยป้องกันและแก้ไขอาการท้องผูก (อารีวรรณ กลั่นกลิน, 2532, หน้า 99; Brill & Kilts, 1980, p. 295)

5.3 การดื่มน้ำ แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ (Encourage fluids) ควรดื่มให้ได้อย่างน้อย 2,000-2,400 ซีซี ต่อวัน ถ้าไม่มีข้อจำกัด (Doughty & Jackson, 1993, p. 263) น้ำจะช่วยละลายสิ่งที่อยู่ในลำไส้และช่วยให้เคลื่อนที่ไปได้ (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 53) ผู้ป่วยที่พอจะช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง พยาบาลต้องเตรียมน้ำไว้ใกล้มือ คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วย ดื่มน้อย ๆ พยาบาลควรบันทึกจำนวนน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและขับออกจากร่างกายแต่ละวัน และควร ประเมินภาวะขาดน้ำด้วย ถ้าหากร่างกายได้รับน้ำจำนวนที่เพียงพอจะทำให้ปริมาณน้ำในอุจจาระ มีมากพอ ช่วยในการขับถ่ายได้สะดวกขึ้น (อารีวรรณ กลั่นกลิน, 2532, หน้า 99; Brill & Kilts, 1980, p. 295) ในภาวะที่ร่างกายได้รับน้ำน้อย ก็จะทำให้อุจจาระแข็งแห้งได้

5.4 ให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการขับถ่าย ความรู้ หรือคำแนะนำกล่าวถึง การขับถ่ายอุจจาระว่าเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการมีสุขภาพดี ผู้ป่วยไม่ ควรกลั้นอุจจาระ แต่ควรปรับนิสัยในการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การขับถ่าย ตลอดจนการ ฟื้นฟูสภาพการทำงานของกล้ามเนื้อด้วยตนเอง (สมคิด รักษาสัตย์, 2532, หน้า 54) ในผู้ป่วยที่มี ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระส่วนหนึ่งนั้นมักจะมีความรู้อยู่บ้าง ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการ ขับถ่าย จึงควรให้ความรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีความเฉพาะเจาะจงที่สัมพันธ์กับปัญหาของ ผู้ป่วย (Lewis & Timby, 1993, p. 220) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยอมรับปัญหา ได้เรียนรู้และจัดการต่อ ปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม และที่สำคัญคือ การสอนให้ผู้ป่วยไม่ควรปฏิเสธการขับถ่าย อุจจาระเมื่อมีอาการปวดถ่าย (Brill & Kilts, 1980, p. 295)

5.5 การให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายหรือการออกกำลังกาย ในผู้ป่วยที่ได้ รับ การจำกัดการเคลื่อนไหว ควรช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว เช่น เปลี่ยนท่านอน ให้ฝึกหายใจลึก ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หรือให้ออกกำลังกายหากไม่มีข้อจำกัดในการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เคลื่อนไหว ได้รับการฟื้นฟู โดยเฉพาะกล้ามเนื้อช่องท้อง กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บ ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดแรงดันใน ลำไส้ใหญ่ให้มีการเคลื่อนไหว และผลักดันอุจจาระออกมา (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 53)

ซึ่งการดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสมกับสภาพที่จำกัดการเคลื่อนไหว เป็นงานอิสระของพยาบาลทุกคนที่สามารถทำได้ ยกเว้นในรายที่ต้องจำกัดการออกกำลังกายเท่านั้น (อารีวรรณ กลั่นกลิน, 2532, หน้า 99)

5.6 การดูแลให้มีการขับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวในการช่วยเหลือตนเองเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ โดยทั่วไปการขับถ่ายอุจจาระมักจะรู้สึกว่าเป็นสิ่งน่าอาย การไม่เคยชินกับการใช้หม้อนอน พยาบาลไม่ควรรื้อเมื่อผู้ป่วยปวดถ่ายอุจจาระ ควรช่วยเหลือเพื่อกระตุ้นให้มีการขับถ่ายได้ดียิ่งขึ้น (อารีวรรณ กลั่นกลิน, 2532, หน้า 99) การดูแลช่วยเหลือ ได้แก่

5.6.1 ปรับหรือเปลี่ยนเวลาและนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อรักษาหน้าที่ของลำไส้ เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระไว้ โดยการให้ดื่มน้ำอุ่น นมอุ่น ๆ หรือน้ำผลไม้ ภายหลังตื่นนอน เพื่อกระตุ้นลำไส้ให้เคลื่อนไหว และรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระ (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 53)

5.6.2 จัดสภาพแวดล้อมในการขับถ่ายอุจจาระ โดยทั่วไปการขับถ่ายอุจจาระที่ไม่ได้ขับถ่ายในส้วมมักจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอาย จึงควรจัดสภาพแวดล้อมในการขับถ่ายให้เป็นส่วนตัว (Brill & Kilts, 1980, p. 295) พยาบาลควรให้ความสนใจในเรื่องของการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการขับถ่ายอุจจาระเป็นสิ่งแรก เนื่องจากสภาพตึกรักษาที่มีความเป็นส่วนตัวน้อย รวมทั้งเสียงและการอยู่อย่างใกล้ชิดของผู้ป่วย การมีเพศตรงข้ามอยู่ด้วย สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถมีการขับถ่ายได้โดยง่าย เป็นไปได้เมื่อผู้ป่วยจะขับถ่ายควรมีการช่วยเหลือหรือให้นั่งรถเข็นเพื่อเข้าห้องน้ำ การใช้หม้อนอนจะใช้เป็นครั้งสุดท้ายเมื่อไม่มีทางเลือกอื่น ถ้าต้องใช้หม้อนอนโดยไม่มีทางหลีกเลี่ยง ถ้าเป็นไปได้ควรเคลื่อนเตียงผู้ป่วยไปยังห้องที่ว่าง หรือเข้าไปในห้องเล็ก ๆ หรือการเปิดเสียงวิทยุไว้ใกล้ ๆ ขณะขับถ่าย เพื่อลดการรบกวนจากผู้ป่วยที่อยู่ใกล้ ๆ (Ross, 1998, p. 910)

5.6.3 การจัดทำในการขับถ่ายอุจจาระ ดูแลช่วยเหลือในการจัดทำเมื่อผู้ป่วยต้องการถ่ายอุจจาระ (Brill & Kilts, 1980, p. 295) การไม่เคยชินกับการใช้หม้อนอน ควรช่วยเหลือในการจัดทำถ่ายอุจจาระเพื่อกระตุ้นให้มีการขับถ่ายได้ดียิ่งขึ้น ทำในการขับถ่ายบนเตียงไม่ควรเป็นท่าที่นอนหงายราบหรือเป็นท่านั่งเข่าชิดตรง (Larson & Gould, 1978, p. 77) การจัดทำให้ผู้ป่วยถ่ายบนหม้อนอน ควรไขหรือยกหัวเตียงขึ้นประมาณ 30-40 องศา (ยกเว้นผู้ป่วยที่มีข้อห้าม) และยกปลายเตียงขึ้นเล็กน้อยเพื่อจะมีให้ตัวผู้ป่วยเคลื่อนลงมา ผู้ป่วยจะอยู่ในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน กล้ามเนื้อส่วนทวารหนักและฝีเย็บหย่อนตัว การถ่ายจะสะดวกขึ้น (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 53 ; Potter & Perry, 1995, p. 964) หรืออยู่ในลักษณะนั่งของถ้าทำได้ หรืออาจจัดทำกึ่งยอง ๆ

เช่น การให้นั่งเหยียดขาบนหมอนนอนแล้วตัวฟูลงไปข้างหน้าให้ได้มากที่สุด ตะโพกจะทำมุมกับแกนของสันหลังได้มากกว่า 90 องศา ซึ่งทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีความตึงตัวสูง ในขณะเดียวกันแรงดันในช่องท้องก็จะเพิ่มมากขึ้น มีผลกระตุ้นให้การขับถ่ายออกได้ดีขึ้น (อารีวรรณ กลั่นกลิน, 2532, หน้า 99)

5.6.4 ระยะเวลาในการขับถ่าย สิ่งที่ต้องคำนึงถึงมากอีกประการหนึ่งในการช่วยในการขับถ่ายคือ เวลาที่ใช้ในการขับถ่าย ปกติมักจะใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที พยายามไม่ควรรีบร้อน (อารีวรรณ กลั่นกลิน, 2532, หน้า 99) การให้เวลา ยังช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณรอบทวารหนัก และกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บคลายตัว เพื่อเปิดทางให้อุจจาระออกมาได้ง่าย ซึ่งการให้เวลาควรร่วมกับการจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในที่มืดซิด และปลอดภัยเท่าที่จะทำได้ ในขณะที่ขับถ่ายอุจจาระ (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 53)

5.6.5 การเตรียมหมอนนอนและอุปกรณ์ต่าง ๆ การเตรียมอุปกรณ์ในการขับถ่ายและอุปกรณ์ในการทำความสะดวก ได้แก่ หมอนนอน ที่ปิดหมอนนอน กระดาษชำระ ผ้าเช็ดมือ สบู่ และอ่างน้ำ โดยหมอนนอนที่ให้ความสะดวก แห้ง และหมอนนอนที่เป็นโลหะควรทำให้อุ่นก่อนโดยการนำหมอนนอนผ่านน้ำอุ่น หรืออาจนำไปผึ่งแดดหรือใช้ผ้าห่อ (ประไพพรรณ จิรันทร, 2543, หน้า 146) และควรมีที่ปิดหมอนนอนเป็นผ้าหรือกระดาษปิดไว้ใช้สำหรับป้องกันการไถ่กลิ่นหรือการมองเห็นอุจจาระขณะที่นำไปทิ้งด้วย (Bower & Bevis, 1979, p. 302) การเตรียมให้หมอนนอนอาจให้แก่ผู้ป่วยหลังมืออาหาร โดยเฉพาะในมือเช้า (Brill & Kilts, 1980, p. 295)

ในเรื่องการทำความสะดวก ควรช่วยเหลือให้ได้รับการล้างทำความสะอาดภายหลังการถ่ายอุจจาระ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสะดวกของก้นและมือ เพราะสภาพความเป็นกรดของอุจจาระทำให้ระคายเคืองบริเวณรอบทวารหนักได้มาก การใช้กระดาษชำระเช็ดอย่างเดียวยังไม่ได้ล้าง ทำให้ผิวหนังรอบทวารหนักเป็นแผลได้ง่ายขึ้น ควรล้างทำความสะอาดและซับให้แห้งภายหลังการถ่ายทุกครั้ง (พรรณวดี พุฒธนะ, 2543, หน้า 528-529)

5.7 การให้ยาหรือการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

ในกรณีที่ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระอยู่อย่างต่อเนื่อง ควรรายงานแพทย์เพื่อให้ยาหรือยาถ่ายตามความเหมาะสม ซึ่งมีทั้งชนิดรับประทาน และเหน็บทวารหนัก หรือสวนอุจจาระ การแก้ปัญหาด้วยวิธีดังกล่าวนี้ จะทำเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่มีปัญหาอุจจาระอัดแน่นที่ลำไส้ส่วนปลาย (สมคิด รักษาสัตย์, 2531, หน้า 53)

ประเภทของยาระบายหรือยาถ่าย จำแนกได้ 5 ประการคือ

5.7.1 สารที่ทำให้อุจจาระเกาะตัวเป็นก้อน (bulk-forming agent) เป็นสารธรรมชาติหรือสารสังเคราะห์พวกโพลีแซคคาไรด์ (แบบใยอาหาร) ที่ไม่ถูกย่อยแต่จะอุ้มน้ำไว้ เป็นยาากลุ่มที่ทำให้เกิดความระคายเคืองน้อยที่สุด (พรรณวดี พุทธิพนะ, 2543, หน้า 525) ทำให้เกิดการรวมกันสร้างเป็นอุจจาระขึ้น มักจะใช้ในผู้สูงอายุ ไม่ค่อยมีอันตราย และไม่มีผลต่อการดูดซึมของอาหาร แต่ต้องใช้เวลาหลายวัน เพราะเป็นการกินอาหารไฟเบอร์เข้าไป (Ross, 1998, p. 911)

5.7.2 สารหล่อลื่น (lubricants, emollient) เป็นยาที่ได้จากน้ำมันโตรเลียม (mineral oil, liquid petroleum) ยาจะไปเคลือบส่วนนอกของอุจจาระ ป้องกันการดูดกลับของน้ำ เช่น อี.แอล.พี. (E.L.P. = Emulsion of Liquid Paraffin) ควรรับประทานในช่วงท้องว่าง ข้อเสียคือรสชาติไม่ดี และเป็นน้ำมัน ถ้าล้นลักเป็นอันตรายต่อปอดได้ (พรรณวดี พุทธิพนะ, 2543, หน้า 525)

5.7.3 สารที่มีฤทธิ์กระตุ้นลำไส้ให้เคลื่อนไหว (chemical irritant หรือ stimulant) เพื่อเพิ่มการบีบตัวของลำไส้ โดยกระตุ้นการรับรู้ความรู้สึกของเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้ และอาจทำให้มีการคัดหลั่งเพิ่มด้วย ทำให้การรวมตัวของอุจจาระดีขึ้น เช่น น้ำมันละหุ่ง (caster oil) บิซาโคดิล (bisacodyl) (พรรณวดี พุทธิพนะ, 2543, หน้า 525) การใช้ยาากลุ่มนี้นาน ๆ หรือเกินขนาด มีผลทำให้เกิดการถ่ายเหลวทำให้มีการสูญเสียไปแต่สเต็มได้ จึงไม่ควรใช้กับผู้ที่มีการอุดตันของอุจจาระหรือภาวะถ่ายเหลวที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอน เพราะยาพวกนี้ไปเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้และเพิ่มการคัดหลั่งด้วย (Reynolds, 1993 cited in Ross, 1998, p. 911)

5.7.4 สารที่ทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มขึ้น (emollients, stool softener) ทำให้น้ำและไขมันแทรกเข้าไปที่อุจจาระ (พรรณวดี พุทธิพนะ, 2543, หน้า 525)

5.7.5 ยาที่เพิ่มแรงดันออสโมติก (osmotic laxative) เป็นยาที่ประกอบด้วย อิเล็กโตรไลต์ ไกลคอล (glycol) และน้ำตาลที่ไม่ดูดซึม ใช้หลักการออสโมติกคือดึงน้ำเข้าสู่ ลำไส้ เป็นการเพิ่มอุจจาระ ไม่เหมาะในกรณีที่ลำไส้เคลื่อนไหวไม่ได้ เช่น มิดค็อฟแมกนีเซีย ส่วนพวกแลคตูโลส (lactulose) มีฤทธิ์ 1-3 วัน อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการท้องอืด ปวดท้องกระตันทัน ถ่ายเหลว และอาจเกิดภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ และแลคตูโลสที่รับมีส่วนผสมของน้ำตาล จะทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำตาลในเส้นเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้ (Ross, 1998, pp. 911-912)

ยาระบายมักใช้กันแพร่หลายทั่วไป และใช้อย่างไม่เหมาะสม โดยความเข้าใจและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระว่าต้องถ่ายทุกวัน และการเชื่อตาม

คำโฆษณา เมื่อให้ยาระบายบ่อย ๆ ทำให้ลำไส้ไม่ได้ทำงานเอง ต้องใช้ยาบ่อยขึ้นเรื่อย ๆ และเพิ่มขนาดยาขึ้น ทำให้เป็นอันตรายได้ และทำให้ลำไส้สูญเสียปฏิกิริยาการตอบสนอง ไม่สามารถทำงานเองได้ (พรพนวดี พุทธิวัฒนะ, 2543, หน้า 525) เมื่อให้ยาระบายหรือยาถ่ายแก่ผู้ป่วยแล้ว ต้องติดตามประเมินผลใน 24 ชั่วโมง ถ้ายังไม่ได้ผลให้รายงานแพทย์เพื่อใช้ยาเหน็บ หรือพิจารณาใช้การสวนอุจจาระ สารละลายที่ใช้สวนอุจจาระมีหลายชนิด เช่น น้ำเกลือ น้ำสบู่ น้ำมัน น้ำยาลำไ้รูป เป็นต้น หลังจากสวนอุจจาระพยาบาลควรให้การช่วยเหลือในการขับถ่ายอุจจาระ มีการบันทึกจำนวนและลักษณะของอุจจาระด้วย

การล้างอุจจาระ (digital evacuation) จะทำในกรณีที่มีอุจจาระอัดแน่นในลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย การล้างอุจจาระควรทำด้วยความระมัดระวัง ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บบริเวณทวารหนักมาก เยื่อบุลำไส้บริเวณทวารหนักชั้นในอาจได้รับอันตราย หรือเป็นแผลได้ง่าย การล้างอุจจาระเพียงครั้งเดียวอาจเอาอุจจาระออกไม่หมด ดังนั้นจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง (สมคิด รัชศาสตร์, 2531, หน้า 54)

สรุปได้ว่าการขับถ่ายอุจจาระมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ เป็นหน้าที่ส่วนสุดท้ายของระบบทางเดินอาหารในการขับถ่ายของเสีย ซึ่งการขับถ่ายอุจจาระเกิดขึ้นได้เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ กลไกปฏิกิริยาการตอบสนองของระบบประสาทระหว่างลำไส้ใหญ่และไขสันหลัง รวมทั้งกลไกเนื้อที่เกี่ยวเนื่องในการเบ่งถ่าย และยังมีปัจจัยร่วมต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่และการขับถ่ายอุจจาระด้วย และปัจจัยหนึ่งที่มีผลโดยตรงและมีความสำคัญคือเรื่องของอาการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลบางส่วนจะได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวจากการรักษา โดยอาจเนื่องมาจากเงื่อนไขของพยาธิสภาพของโรค หรือจากการรักษา ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหว ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระที่อาจเกิดขึ้นได้มีทั้งที่เกี่ยวข้องในทางสรีรวิทยาของการขับถ่ายที่เปลี่ยนแปลงไปจากการที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง หรือขาดการออกกำลังกายของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระ ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในการขับถ่ายที่เปลี่ยนไป ความไม่สะดวกสบาย และความไม่เป็นส่วนตัวจากการขับถ่ายที่เตียงโดยใช้หมอนอน รวมถึงการตัดสินใจของบุคคลนั้นในเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหว พบว่า มีการศึกษาเรื่องผลกระทบของท่าที่ใช้ในการขับถ่ายอุจจาระโดยใช้หมอนอนและรัดนั่งถ่าย ต่ออัตราการเต้นของหัวใจและการใช้ออกซิเจนในผู้ใหญ่ปกติ ของฮาจิซาวา และคณะ (Hagisawa

et al., 1988, pp. 7-12) ซึ่งผลการวิจัยที่ได้คือผู้ที่ใช้หม้อนอนและใช้ท่านอนราบ (0 องศา) ในการจับถ่ายอุจจาระ จะประสบความสำเร็จในการจับถ่ายอุจจาระน้อยกว่าการใช้รถนั่งถ่าย และการถ่ายโดยใช้รถนั่งปรับเอนพนักพิงที่ระดับ 60 องศาและ 90 องศา จะใช้ระยะเวลาในการจับถ่ายสั้นกว่าการจับถ่ายโดยนอนราบและนอนระดับ 30 องศา และอัตราการเผาผลาญโดยการจับถ่ายโดยใช้หม้อนอนที่ปรับพนักพิง 60 องศา จะใช้น้อยกว่าการจับถ่ายโดยใช้รถนั่งถ่าย เป็นงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการจับถ่ายอุจจาระโดยการให้หม้อนอน และท่าที่ใช้ในการจับถ่าย แม้ในบุคคลที่ปกติยังมีผลต่อการจับถ่ายอุจจาระได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องสรีรวิทยาของการจับถ่ายที่เกี่ยวกับท่าที่ใช้ในการจับถ่าย โดยที่งานวิจัยที่กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการจับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวโดยใช้หม้อนอน ร่วมกับมีความเจ็บป่วยหรือมีพยาธิสภาพของโรค ยังไม่มีการศึกษาถึง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยประสบกับปัญหาและอุปสรรคในการจับถ่ายอุจจาระได้เช่นกัน จึงเป็นประเด็นหนึ่งที่ชี้นำผู้วิจัยในการไปศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวว่าในขณะที่จับถ่ายอุจจาระผู้ป่วยอยู่ในท่าของการจับถ่ายลักษณะใด และทำให้เกิดปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้ป่วยอย่างไร

หรือจากการวิจัยของมยุรี แก้วจันทร์ (2526, หน้า 70) ที่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวชั่วคราว ภายหลังจากการผ่าตัด โดยได้รับการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง กระบังลม และอุ้งเชิงกราน ทำให้เกิดท้องผูกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรโดยที่งานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาของการจับถ่ายอุจจาระมีความสัมพันธ์กับสรีรวิทยาของอวัยวะที่มีผลต่อการเบ่งถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหว จากความรู้นี้แสดงให้เห็นประเด็นของการมีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือมีการออกกำลังกายของอวัยวะที่เกี่ยวข้องในการจับถ่ายอุจจาระมีผลต่อการจับถ่ายอุจจาระ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญที่ชี้นำในการไปศึกษาของผู้วิจัย ใช้ประเมินผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวกลุ่มต่าง ๆ ว่าผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ มีการเตรียม หรือมีการบริหาร มีการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนนี้หรือไม่อย่างไรต่อไป

นอกจากนั้น จากการสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการศึกษานำร่อง ผู้วิจัยพบว่าการให้ความหมายและประสบการณ์ในการจับถ่ายอุจจาระ ของผู้ป่วยเป็นได้หลายลักษณะตามประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ เช่นผู้ป่วยที่ให้ความหมายของการจับถ่ายอุจจาระในขณะที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวต้องมาจับถ่ายอุจจาระบนเตียงโดยใช้หม้อนอน ว่าเป็น “ความทุกข์ทรมาน มีความเกรงใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ตนเองรู้สึกไร้คุณค่า” ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติในเรื่องการรับประทานอาหารและดื่มน้ำลดน้อยลงเป็นการประท้วงชีวิตให้พออยู่ได้ จะแยกตัวจากสังคม ใช้เวลา

ในการนอนหลับมากขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดการขับถ่ายอุจจาระหรือให้มีการยืดเวลาในการขับถ่ายอุจจาระให้ยาวออกไป ซึ่งมีความแตกต่างจากแนวคิดการจำกัดการเคลื่อนไหวโดยทั่วไปที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ความอยากอาหารและน้ำลดลง (Craven & Hirnle, 1996, p. 1234) ซึ่งประสบการณ์นี้เป็นความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าที่ไม่ต้องการรับประทานอาหาร หรืออาจมีการกระทำที่ตรงข้ามกันในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ที่ได้รับความเจ็บปวดของอวัยวะร่างกาย จากการบาดเจ็บที่เป็นผลจากการรักษาหรือจากอุบัติเหตุที่ได้รับว่าเป็นความทุกข์ทรมานอยู่แล้ว ได้ให้ความหมายของการขับถ่ายอุจจาระในขณะนี้ ว่าเป็น "ความทุกข์ทรมานจากการปวดถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นไปอีก เพิ่มเติมจากการเจ็บปวดเดิมของร่างกายที่มีอยู่แล้ว อีกทั้งมีความยากลำบากและใช้เวลานานในขณะขับถ่าย" ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม การแสวงหาความรู้ โดยการซักถามปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น พยายามเคลื่อนไหวร่างกายในส่วนที่ทำได้ การรับประทานผักผลไม้เพิ่มขึ้น เพื่อจัดการกับปัญหาการปวดถ่ายอุจจาระที่เข้ามา รบกวน หรือทำให้ปัญหาความยากลำบากในขณะขับถ่ายลดลง และลดเวลาที่ใช้ในการขับถ่ายนั้นให้น้อยลง

เห็นได้ว่า จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์ของผู้ป่วยในการให้ความหมายที่แตกต่างกันนี้ มีผลต่อปัญหาการขับถ่ายอุจจาระที่ตามมาและการแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งมีผลต่อการกระทำกิจวัตรประจำวันที่เกิดขึ้น การรับรู้ถึงความหมาย และปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้อง ทำให้พยาบาลได้เข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น และรู้ถึงปัญหาการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยได้ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการให้ความหมายและประสบการณ์การขับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหว

อนึ่ง จากการทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นถึงผลที่เกิดขึ้นจากการจำกัดการเคลื่อนไหวต่อการขับถ่ายอุจจาระในเชิงทฤษฎีนั้นมีอยู่มาก และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาระบบการขับถ่ายอุจจาระมีการกล่าวถึงในบางปัจจัย โดยลักษณะของงานวิจัยเชิงประสบการณ์จริงในเรื่องของการขับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวที่เป็นการศึกษาในมุมมองของผู้ป่วยที่เป็นองค์รวมยังไม่มีการศึกษา ซึ่งจากประสบการณ์ของผู้วิจัยเห็นว่า ในบริบทของสังคมไทย ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ในเรื่องของการให้ความหมายและประสบการณ์การขับถ่ายอุจจาระในขณะที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวในขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ตามมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง แต่เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ภายใต้สถานการณ์ และบริบทของสังคม วัฒนธรรม ที่หล่อหลอมบุคคลนั้น ๆ ให้มีความแตกต่างกันไป รวมทั้งพฤติกรรม

การขบถายอูจจาละ เกียวข้องกับความต้องการพื้นฐานทางชีวภาพของมนุษย์ โดยที่อิทธิพลทางด้านสรีรวิทยา เป็นตัวกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เนื่องจากเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทสัมผัสต่าง ๆ และระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะส่วนสมองของมนุษย์ ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมภายใน (covert behavior) ซึ่งได้แก่ การรู้สึก การรับรู้ การเรียนรู้ การจำ และการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ และต่อการแสดงพฤติกรรมภายนอก (overt behavior) ในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ (วิลลิสทรี หรยางกูร, 2526, หน้า 3) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดฐานแนวคิดเพิ่มขึ้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์มาใช้เป็นความไวเชิงทฤษฎีเพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์การขบถายอูจจาละของผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวมาเป็นฐานแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interactionism)

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interactionism) เป็นทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ที่ใช้ศึกษาถึงวิถีชีวิต และพฤติกรรมของกลุ่มคนในสังคม (วรรณภา ศรีธีบุญรัตน์, 2540, หน้า 50) โดยกล่าวถึงบุคคลว่า นอกจากมีปฏิสัมพันธ์ภายในตนเองแล้ว ยังมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม โดยบุคคลจะให้ความหมายที่ไม่เหมือนกัน การให้ความหมายจะให้ตามสถานการณ์ และเวลาที่เข้ามาเกี่ยวข้องในขณะที่กระทำพฤติกรรมนั้นด้วย นั่นคือการแสดงพฤติกรรม เกิดจากบุคคลนั้นคิด และมีการให้ความหมายที่สลับซับซ้อน ทำให้สามารถอธิบายการกระทำของมนุษย์ ได้ว่า มนุษย์มีการให้ความหมายที่แตกต่างกันไป จึงทำให้พฤติกรรมของมนุษย์มีความสลับซับซ้อนไปด้วย (Charon, 1998, pp. 27-28) นั่นคือ ในสถานการณ์หรือภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน บุคคลคนเดียวกันอาจจะแสดงพฤติกรรม หรือมีการแสดงออกที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้ถึงสถานการณ์นั้นๆ ร่วมกับการให้ความหมายเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับสิ่งนั้น หรือตามการให้ความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น (วรรณภา ศรีธีบุญรัตน์, 2540, หน้า 53)

โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญ ที่ทำให้เข้าใจทฤษฎีนี้ได้อย่างชัดเจนขึ้น ดังนี้คือ

1. ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตใจของมนุษย์ ทั้งของตนเองและผู้อื่น ให้ความสนใจกับเรื่องของการให้ความหมาย การตอบสนองความต้องการ ความปรารถนา ความมุ่งหมาย และเรื่องต่าง ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ทำให้การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ต่างจากสัตว์ เนื่องจากมนุษย์มีความสามารถในการใช้เหตุผล มนุษย์สามารถแยกแยะความคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมได้ การกระทำของมนุษย์มีความหมาย

มนุษย์สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ มีการยับยั้ง มีการไตร่ตรองความคิดของตนเอง และการแสดง การกระทำมีการใช้ทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคตเป็นตัวกำหนด โดยที่มนุษย์มีการกระทำที่แสดง เป็นสัญลักษณ์ โดยที่สัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการประยุกต์หลักเกณฑ์ที่เป็น บรรทัดฐานบางส่วนมาเป็นการชี้้นำให้เกิดพฤติกรรม และทำให้พัฒนาพฤติกรรมขึ้นได้ (Swanson, 1972, pp. 441-442) จากแนวความคิดนี้ทำให้เห็นว่าการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์จะมีการคิด ไตร่ตรอง รวมถึงมีการนำประสบการณ์ที่ผ่านมา มาเป็นการชี้้นำการกระทำด้วย

2. ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์กล่าวถึงวัตถุ ว่าสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดคือการที่วัตถุได้รับการนิยามโดยตัวผู้กระทำ นั่นคือวัตถุที่ต่างกันย่อมมีความหมายต่างกัน สำหรับแต่ละบุคคล ใน วัตถุอย่างหนึ่ง สามารถเป็นได้ทั้งวัตถุทางกายภาพ วัตถุทางสังคม และวัตถุทางนามธรรม เป็นไปตามมิติของมัน (Blumer, 1969, p. 11 อ้างถึงใน สุเทพ สุนทรภัสส, 2540, หน้า 203) แต่ละบุคคลจะเรียนรู้เกี่ยวกับความหมายของวัตถุ ในกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม บุคคลส่วนใหญ่มีการเรียนรู้ความหมายร่วมกันจำนวนหนึ่ง แต่ในหลายกรณีวัตถุอย่างเดียวกันอาจมีคำนิยามได้หลายอย่างตามมิติของมัน ซึ่งวัตถุทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตามที่บุคคลให้ความหมายและให้ความหมายใหม่ในการมีปฏิสัมพันธ์ นั่นคือวัตถุเปลี่ยนแปลงเนื่องจากบุคคล ไม่ใช่เพราะว่าวัตถุนั้นเปลี่ยนแปลง แต่เป็นเพราะบุคคลได้เปลี่ยนแปลงความหมายของวัตถุ โดยจะเป็นการให้คำนิยามตรงกับผู้ใช้ในแต่ละบุคคล ตามสถานการณ์ และการให้ความหมายของวัตถุนั้น (Charon, 1998, pp. 44-46) ทำให้เข้าใจความหมายที่บุคคลให้กับวัตถุนั้น ๆ ที่แตกต่างกัน

3. ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ เชื่อว่าการเรียนรู้ทางสังคมมนุษย์ มีการเรียนรู้เกี่ยวกับสัญลักษณ์เช่นเดียวกับความหมายจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สัญลักษณ์เป็นวัตถุทางสังคมที่ถูกใช้เพื่อแสดง (เป็นตัวแทน หรือ เพื่อแทนที่) ในสิ่งที่คนเรามีความเห็นร่วมกันว่าสิ่งนั้นแสดงถึงอะไร สัญลักษณ์เป็นวัตถุสังคม คนมักจะใช้สัญลักษณ์สื่อความหมายบางอย่างเกี่ยวกับตัวเราเอง สัญลักษณ์ยังใช้สำหรับการติดต่อสื่อสาร คือ สามารถบอกถึงบางสิ่งบางอย่างว่าบุคคลนั้นคิดอะไร ทำอะไร ตั้งใจทำอะไร รู้สึกอย่างไร และยังสามารถติดต่อสื่อสารกับตัวเอง (คิด) (Charon, 1998, p. 47) สัญลักษณ์เป็นการนิยามจากการปฏิสัมพันธ์ ไม่ใช่เป็นการสร้างขึ้นโดยธรรมชาติ บุคคลจะเป็นคนสร้างและบุคคลได้ตกลงกันว่าอะไรที่จะเป็นตัวแทน สัญลักษณ์เป็นสิ่งที่มีความหมาย การใช้สัญลักษณ์นี้ผู้ใช้เข้าใจว่าแสดงถึงอะไร และผู้ใช้เข้าใจถึงสัมพันธ์ภาพ สัญลักษณ์เป็นได้ทั้งวัตถุแบบของพฤติกรรมหรือคำที่เกี่ยวกับการกระทำบางสิ่งของบุคคล เป็นอะไรก็ได้ที่แสดงถึงสิ่งที่ประกอบไปด้วยความหมาย (Shibutani, 1961, p. 121 cited in Charon, 1998, p. 48)

4. บุคคลเป็นคนสร้างสัญลักษณ์ โดยที่ภาษาเป็นสัญลักษณ์อย่างหนึ่ง (Charon, 1998, p. 51) เพราะภาษาเป็นถ้อยคำที่ใช้สำหรับการติดต่อสื่อสารและเป็นสิ่งที่ใช้แทนหรือหมายถึงสิ่งต่าง ๆ ถ้อยคำที่เป็นสัญลักษณ์เป็นได้ทั้งคำพูดหรือการเขียน ทำให้สามารถที่จะมีสัญลักษณ์อื่น ๆ ได้ (สุเทพ สุนทรนาถสข, 2540, หน้า 204)

จากแนวคิดนี้แสดงให้เห็นถึงการมีสัญลักษณ์ ซึ่งภาษาเป็นส่วนหนึ่งของสัญลักษณ์ โดยที่สัญลักษณ์มีผลต่อความคิด รวมทั้งบุคคลมีการเชื่อมโยงจากอดีต สู่ปัจจุบัน และถึงอนาคต จึงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ซับซ้อน และเป็นพลวัตร เนื่องจากสัญลักษณ์ที่บุคคลได้สร้างมีหลากหลาย และยังแตกต่างกันไปในแต่ละคน แต่ละช่วงเวลา และแต่ละสถานการณ์ ที่ไม่เหมือนกัน

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์มาเป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายความหมายและการปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำของมนุษย์ เพื่อเป็นฐานนำไปสู่การเข้าใจความหมาย อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการการขับถ่ายอุจจาระในขณะที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ศึกษา เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทั้งตัวผู้ป่วยเอง สังคม และสถานการณ์ เพื่อให้เกิดความไวเชิงทฤษฎี ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ ใช้ในการอธิบายความหมายที่แตกต่างกัน ทำให้เข้าใจความหมายในข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลแต่ละบุคคล เป็นข้อมูลที่เป็นความจริงซึ่งอยู่ภายใต้ความหมายทางสังคมที่บุคคลนั้นให้ ทำให้เข้าใจพฤติกรรมที่แสดงออกมา ทำไมบุคคลจึงแสดงพฤติกรรมหรือกระทำภายในสถานการณ์และภายใต้บริบทเช่นนั้น และบุคคลได้ให้ความหมายปฏิสัมพันธ์นั้นอย่างไร (วรรณภา ศรีวัชรรัตน์, 2540, หน้า 55) และเข้าใจว่าสังคมก็มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ๆ ซึ่งในแต่ละเวลา และในแต่ละสถานการณ์ การให้ความหมายและการแสดงพฤติกรรม อาจมีความแตกต่างกันไปได้ ทำให้การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีการให้ความหมายที่เปลี่ยนแปลงไปได้ทุกขณะ ทำให้เข้าใจถึงพฤติกรรมในการให้ความหมาย และพฤติกรรมของการขับถ่ายอุจจาระในขณะที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้ รวมทั้งนำมาใช้ในการตั้งแนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในประเด็นที่ศึกษา ทำให้เข้าใจถึงปฏิสัมพันธ์ พฤติกรรม และการให้ความหมายของบุคคล ในรูปสัญลักษณ์ที่บุคคลสร้างขึ้น ในแต่ละสถานการณ์และแต่ละช่วงเวลาก็คือเป็นอย่างไร

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม การขยับถ่ายอุจจาระเป็นกิจวัตรที่สำคัญอย่างหนึ่งของมนุษย์ เพื่อรักษาสภาวะสมดุลในร่างกาย บ่งบอกถึงคุณภาพของชีวิต เมื่อบุคคลต้องมาอยู่ในสภาพที่ได้ รับการจำกัดการเคลื่อนไหว จึงเป็นประสบการณ์ที่มีความสำคัญเมื่อผู้ป่วยต้องมีการขยับถ่าย อุจจาระเกิดขึ้น ซึ่งมีปัจจัยที่มีอิทธิพลหลายอย่าง ที่ทำให้มีการขยับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไป ซึ่ง เกี่ยวข้องกับกระบวนการของการขยับถ่ายอุจจาระ ที่ขึ้นอยู่กับการทำงานของกลไกการตอบสนอง ของระบบประสาท ร่วมกับการเบ่งถ่ายอุจจาระของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง การคลายตัวของ กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก โดยในส่วนของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักส่วนนอกที่ทำงานภายใต้การ ควบคุมของอำนาจจิตใจและความต้องการที่จะขยับถ่ายอุจจาระจะถูกส่งไปที่สมอง และได้รับการ แปลความหมายจากบุคคลในการตัดสินใจให้มีการขยับถ่ายอุจจาระ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ สุนัขเลี้ยงการ ขยับถ่าย สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม รวมถึงปัจจัยร่วมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดมีเกิดการเคลื่อนไหว ของลำไส้ และมีการขยับถ่ายอุจจาระ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การเคลื่อนไหวของ ร่างกาย การใช้หมอนอน ท่าในการขยับถ่าย อารมณ์ ความเจ็บปวดของอวัยวะที่เกี่ยวข้องในการ ขยับถ่าย การได้รับยา หรือการผ่าตัดและการได้รับยาสลับ เป็นต้น และในผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัด การเคลื่อนไหว ที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง หรือขาด การออกกำลังกายของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการขยับถ่ายอุจจาระ มีผลให้สรีรวิทยาของการขยับถ่าย ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ร่วมกับสภาพแวดล้อมในการขยับถ่ายที่เปลี่ยนไป ความไม่สะดวกสบาย และ ความไม่เป็นส่วนตัวจากการขยับถ่ายที่เตียงโดยใช้หมอนอน รวมถึงการตัดสินใจของบุคคลนั้นในเรื่อง การขยับถ่ายอุจจาระ เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาในการขยับถ่ายได้ นั่นคือเกี่ยวข้องทั้งทางด้านสรีระ ร่างกาย อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม รวมถึงวัฒนธรรม ของตัวผู้ป่วยเอง

การศึกษาในเชิงคุณภาพจะทำให้เข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วย การให้ความหมาย การ กระทำการจัดการ รวมถึงเงื่อนไขปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการขยับถ่ายอุจจาระในขณะที่ได้รับการจำกัด การเคลื่อนไหวว่าเป็นอย่างไรได้ อีกทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพจะเอื้อให้ได้ข้อมูลที่เข้าใจความรู้สึก นึกคิดของผู้ป่วย ช่วยให้เข้าใจเหตุผลของการกระทำในทัศนะของผู้ป่วย และทำให้เข้าใจบริบท ของสถานที่ ตลอดจนประเด็นของเรื่องที่ศึกษา เป็นการศึกษาอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งเป็นประโยชน์ ในการที่จะนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับปรับปรุงวิธีการให้การพยาบาล เป็นแนว ทางให้พยาบาลสามารถให้การดูแลที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริงของผู้ป่วย โดยที่ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงประสบการณ์การขยับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัด การเคลื่อนไหวของผู้ป่วย บุคลากรวิชาชีพจึงขาดความเข้าใจในเรื่องการให้ความหมายต่อการ

ขับเคลื่อนสู่การวิจัยและการจัดการเพื่อแก้ปัญหาการขับเคลื่อนสู่การวิจัยในทัศนะของผู้ป่วยที่ลึกซึ้ง ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า การศึกษาเชิงคุณภาพมีความเหมาะสมในการศึกษาหาความหมายและประสบการณ์การขับเคลื่อนสู่การวิจัยของผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้า

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University