

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ จากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังต่อไปนี้

- 2.1 การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด
- 2.2 พยายามลดการดูแลต่อเนื่อง
- 2.3 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องด้วยการวิจัยแบบมีส่วนร่วม
- 2.4 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

โรคริดสีดวงทวารหนักเป็นโรคที่พบบ่อย มีระยะเวลาการดำเนินโรคที่เรื้อรัง แม้ไม่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต แต่ทำให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยมากมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จำเป็นอย่างยิ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยายามหาเวชปฏิบัติ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มีความรู้ความสามารถในการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ช่วยเหลือ คัดกรองผู้ป่วยก่อนจะส่งถึงมือแพทย์ในโรงพยาบาล เพื่อแบ่งเบาภาระของแพทย์ภายใต้การควบคุมของแพทย์ นอกจากนั้นยังต้องวิเคราะห์ ประเมินสภาพผู้ป่วย ปัญหาหรืออาการผิดปกติ พยาบาลเวชปฏิบัติจะต้องมีทักษะการประเมินสภาพขั้นสูง มีความเข้าใจพยาธิสภาพของโรคริดสีดวงทวารหนัก และสามารถวางแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดได้

2.1.1 กลไกการเกิดโรคริดสีดวงทวารหนัก

ริดสีดวงทวารหนัก (Hemorrhoids, Piles) เป็นโรคหนึ่งที่พบได้ทั่วไป และพบเป็นสาเหตุแรก ๆ ของการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด โดยทฤษฎีใหม่ล่าสุด ที่อธิบายการเกิดของโรคริดสีดวงทวารหนักนั้น เชื่อว่า การเบ่งอุจจาระมาก ๆ และภาวะท้องผูก ความดันจากการเบ่งที่สูงขึ้น และอุจจาระก้อนใหญ่จะดันให้เบาะรอง (Cushion) เลื่อนลงมาเรื่อย ๆ จนยื่นออกมานอกทวารหนัก ทฤษฎีการเลื่อนลงของเบาะรองนี้ เสนอโดย ศัลยแพทย์อเมริกัน ชื่อ ทอมสัน (Thomson) เป็นทฤษฎีที่ได้รับความเชื่อถือสูงสุดในขณะนี้ (ปริญา ทวีชัยการ. 2544 : 23-25) โดยเบาะรองมีหน้าที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. เมื่ออุจจาระถูกเบ่งออกมาจากลำไส้ตรงลงมาสู่ทวารหนัก ทวารหนักจะขยายออก เบาะรองจะยืดออกจนแบนราบ เป็นการเพิ่มความกว้างของเส้นรอบวงของทวารหนัก อุจจาระก้อนใหญ่จะไต่ผ่านมาได้ โดยทวารหนักไม่ฉีกขาด

2. ในขณะที่หลับหรือยามที่ไม่ได้ถ่ายอุจจาระ กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักภายในจะหดตัว เพื่อปิดทวารหนักป้องกันไม่ให้มีอุจจาระเหลวเล็ดรอดออกมาโดยไม่รู้สึกรู้สิดำ การปิดนี้ไม่สมบูรณ์จะเกิดช่องว่างประมาณ 7-8 มิลลิเมตร ซึ่งส่วนบนของเบาะรองจะมาปิดช่องว่างนี้พอดี พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกตัดเบาะรองออกไปจะมีอุจจาระเหลว ๆ เป็นน้ำไหลออกมาเป็นอนโดยไม่รู้สึกตัวเกือบทุกราย

ส่วนทวารหนักนั้นเป็นส่วนติดต่อกับลำไส้ใหญ่ส่วนตรง (Rectum) และมาเปิดออกนอกร่างกาย ทวารหนักจะมีความยาวประมาณ 4 เซนติเมตร จะถูกแบ่งครึ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยเส้นรอบวงที่เรียกว่า เส้นเดนเตท (Dentate Line) ส่วนที่อยู่สูงกว่าเส้นเดนเตท เรียกว่า ทวารหนัก (Anal Canal) จะไม่มีเส้นประสาทรับความเจ็บปวดมาเลี้ยง ที่ผนังของทวารหนักจะมีก้อนเนื้อนูนออกมาเป็นระยะโดยรอบ เรียกว่า เบาะรองหรือหมอนรองคลุมด้วยเยื่อทวารหนัก ภายในมีกลุ่มเส้นเลือดและกล้ามเนื้อที่ต่อกับกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักภายใน (Internal anal Sphincter) ส่วนของทวารหนักที่อยู่ใต้เส้นเดนเตทจะถูกปกคลุมด้วยเยื่อที่แตกต่างกัน และมีเส้นประสาทรับความเจ็บปวดมาเลี้ยง เรียกว่า ปากทวารหนัก (Anal Margin) เบาะรองก้อนใหญ่ ๆ จะมีอยู่ 3 อัน อยู่ที่ตำแหน่งขวาหน้า (Right Anterior) ขวาหลัง (Right Posterior) และซ้ายด้านข้าง (Left Lateral) ของทวารหนัก หรือที่นิยมเรียกว่า ตำแหน่ง 3 ตำแหน่ง 7 และตำแหน่ง 11 นาฬิกาของทวารหนัก โดยถือเอาตำแหน่ง 12 นาฬิกาเป็นด้านหน้า (Anterior Midline) ของทวารหนัก ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เกิดโรคริดสีดวงทวารหนักมาก (บันทึก เลลยจิตติ. 2545 : 109 ; อรุณ โรจนสกุล. 2549 : 112)

ริดสีดวงทวารหนักแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ตามตำแหน่งที่เกิดและกลไกการเกิด ซึ่งมีพยาธิกำเนิดต่างกัน (สุดา รุ่งอรุณ. 2542 : 16-17 ; อ้วนาง ศรีรัตนบัลล์. 2543 : 282-283 ; ปริญา ทวีชัยการ. 2544 : 26 ; สุพล จินดาทรัพย์. 2544 : 123-127 ; บันทึก เลลยจิตติ. 2545 : 109 ; ชูชีพ สหกิจรุ่งเรือง. 2548 : 174-175 ; อรุณ โรจนสกุล. 2549 : 112) คือ

1. ริดสีดวงทวารหนักชนิดเป็นภายใน (Internal Hemorrhoid) เป็นชนิดที่พบได้บ่อย ความดันจากการเบ่งอุจจาระจะดันให้เบาะรองเลื่อนลงมาเรื่อย ๆ จนยื่นออกมานอกทวารหนัก เบาะรองก้อนใหญ่จะมีอยู่ 3 อันที่ตำแหน่ง 3 ตำแหน่ง 7 และตำแหน่ง 11 นาฬิกา จะอยู่ในทวารหนักเหนือเส้นเดนเตทขึ้นไป และอยู่ใต้เยื่อทวารหนัก เบาะรองก้อนใหญ่นี้จะถูกดันเลื่อนลงมาก่อนก่อนเล็ก ทำให้ตำแหน่งที่เกิดริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในพบบ่อยในตำแหน่งเบาะรองก้อนใหญ่นี้ ในระยะที่เป็นแรก ๆ จะไม่ไหลออกมาให้เห็น ถ้าไม่ถ่าย และมักไม่มีอาการเจ็บปวด ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการมีเลือดสด ๆ ออกมาภายหลังถ่ายอุจจาระ เนื่องจากตำแหน่งหัวริดสีดวงอยู่เหนือรอยต่อเส้นเดนเตท

ซึ่งไม่มีเส้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดมาเลี้ยง ทำให้สามารถรักษาได้โดยการฉีด ยิงหรือจี้ได้ โดยไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ริดสีดวงทวารหนักยื่นและขาดเลือดแดงเลี้ยง (Prolapse Strangulated Hemorrhoid) เป็นริดสีดวงทวารภายในชนิดหนึ่งที่มีการยื่นของริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในจะผ่านปากทวารหนักซึ่งมีรูแคบ เนื่องจากมีกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักรัดอยู่ ซึ่งบางครั้งกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักภายในหดเกร็งตัว ยิ่งทำให้ปากทวารหนักแคบรัดเนื้อเยื่อของริดสีดวงทวารหนักที่ยื่นออกมา เป็นผลให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวกเกิดการคั่งของเลือดค้างจนเลือดแดงไม่ไหลมาเลี้ยง ผู้ป่วยจะเจ็บปวดอย่างมาก เป็นระยะรุนแรงที่สุด จำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดทันที

ระยะของโรคริดสีดวงทวารหนักชนิดภายใน แบ่งเป็น 4 ระยะ ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและการตรวจพบ ดังนี้

ระยะที่ 1 (First-Degree Hemorrhoid) หัวริดสีดวงอยู่ในรูทวารหนักตลอดเวลา (ทั้งในเวลาปกติและเวลาที่เบ่งถ่ายอุจจาระ) การตรวจต้องใช้เครื่องมือพิเศษส่องเข้าไปดูภายในทวารหนักจะพบเส้นเลือดโป่งพอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาท้องผูก ลำบากจากภายนอกหรือคลำดูจะไม่สามารถบอกรู้ได้ ผู้ป่วยมักมีอาการเลือดสด ๆ ออกมาภายหลังการถ่ายอุจจาระ

ระยะที่ 2 (Second-Degree Hemorrhoid) หัวริดสีดวงโผล่ออกมาพ้นทวารหนัก เวลาเบ่งอุจจาระ และสามารถหดกลับเข้าไปได้เองภายหลังถ่ายอุจจาระเสร็จแล้ว ผู้ป่วยอาจมีอาการคันบริเวณทวารหนักหรือมีมูกและบริเวณทวารหนักร่วมด้วย

ระยะที่ 3 (Third-Degree Hemorrhoid) หัวริดสีดวงโผล่ออกมาเวลาเบ่งอุจจาระ 2-3 ชั่วโมง ออกก้าถึงกายหรือยกของหนัก หัวริดสีดวงไม่สามารถหดกลับเอง อาจต้องใช้นิ้วดันจึงกลับเข้าได้ ผู้ป่วยมักมีอุจจาระปนเปื้อนติดอยู่บริเวณทวารหนักตลอดเวลา

ระยะที่ 4 (Fourth-Degree Hemorrhoid) หัวริดสีดวงทวารหนักโผล่ออกมาภายนอกตลอดเวลา และถูกรัดด้วยหูรูดจึงก่อให้เกิดอาการบวม หรืออาการอักเสบ ทำให้ไม่สามารถถูกดันกลับเข้าไปได้ ผู้ป่วยจะเจ็บปวดมาก บางครั้งมีแผลจากการเสียดสีกับเสื้อผ้า

2. ริดสีดวงทวารหนักชนิดเป็นภายนอก (External Hemorrhoid) จะอยู่ในปากทวารหนักต่ำกว่าเส้นเดนมืดลงมา เมื่อเบาะรองจากบริเวณรูทวารหนักเลื่อนตัวลงมาเรื่อย ๆ จนถึงปากทวารหนักก็จะดันกลุ่มเลือดและเนื้อเยื่อของปากทวารหนักให้เลื่อนต่ำลงและเบียดออกไปด้านข้างจนกลายเป็นก้อนบวมที่ปากทวารหนักซึ่งพบและคลำได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดเพราะบริเวณต่ำกว่าเส้นเดนมืดนี้จะมีเส้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดมาเลี้ยงจำนวนมาก ริดสีดวงทวารหนักชนิดเป็นภายนอก แบ่งออกเป็น

2.1 การอุดตันของหลอดเลือดภายในกลุ่มหลอดเลือดดำชั้นนอก (Thrombosed External Hemorrhoid) เป็นภาวะที่เกิดการอุดตันของหลอดเลือด (Thrombosis) อาจเกิดจากการคั่งขณะเบ่งถ่าย

อุจจาระ หรือขณะที่มีการขึ้นของริดสีดวงทวารหนักภายใน แล้วถูกกระทบกระเทือนทำให้เส้นเลือดดำได้เชื่อมเกิดการฉีกขาดและมีเลือดออกแข็งตัวเป็นลิ่มเลือดอยู่ภายในผิวหนัง จนเกิดเป็นก้อนดำ ๆ ได้ ผิวหนังปากทวารหนักและนูนออกมา (Perianal Hematoma) ปกติมีเพียงตำแหน่งเดียว แต่มีลิ่มเลือดหลายก้อนจะพบเป็นก้อนโตขึ้นที่ขอบทวารหนัก

2.2 ผิวหนังทวารหนักส่วนเกิน (Anal Skin Tag) พบได้ในผู้ใหญ่เกือบทุกคน มักเป็นผลตามหลังอาการฝ่อตัวจากการอุดตันของหลอดเลือดภายในกลุ่มหลอดเลือดดำชั้นนอกหรือก้อนเลือดที่ทวารหนัก บางรายเกิดหลังการทำการผ่าตัดริดสีดวง โดยทั่วไปผิวหนังทวารหนักส่วนเกินนี้ไม่ก่อให้เกิดอาการแต่อย่างใด อาการที่มักจะมีมา คือ ความรำคาญและความวิตกกังวล

3. ริดสีดวงทวารหนักชนิดผสม (Mixed Hemorrhoid) คือ มีทั้งภายในและภายนอก โดยความจริงแล้วผู้ป่วยจำนวนมากจะเกิดริดสีดวงทวารทั้ง 2 ชนิดร่วมกัน เนื่องจากกลไกการเกิดดังที่กล่าวมาแล้ว แต่ผู้ป่วยที่มักพบแพทย์ด้วยอาการของริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกเพียงอย่างเดียวนั้นไม่ใช่ไม่มีอาการของริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในร่วมด้วย เพียงแต่อาจยังไม่มีอาการที่เด่นชัดหรือถูกอาการของริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกบดบังไป

ส่วนสาเหตุของการเกิดริดสีดวงทวารหนักนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องหรือส่งเสริมให้เกิดการเลื่อนลงมาของเบาะรองจนเกิดอาการของริดสีดวงทวาร (ปริญา ทวีชัยการ, 2544 : 32-33 ; สุพล จินดาทรัพย์, 2544 : 123 ; ซูชีพ สหกิจรุ่งเรือง, 2548 : 174) ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

1. ภาวะท้องผูกเรื้อรัง ท้องผูก คือ การถ่ายอุจจาระลำบาก หลาย ๆ วันถ่ายหนึ่งครั้ง มักมีอุจจาระแข็ง ต้องเบ่งอยู่นานขณะขับถ่าย
2. ท้องเสีย ถ่ายอุจจาระบ่อย ๆ
3. อุบัติสัยใช้เวลาหนึ่งถ่ายอุจจาระนาน เช่น อ่านหนังสือขณะถ่ายอุจจาระ
4. อุบัติสัยเบ่งอุจจาระอย่างมาก เพื่อพยายามขับอุจจาระก่อนสุดท้ายให้ออกไป
5. การรับประทานอาหารที่ไม่ค่อยมีผักและผลไม้ จะทำให้อุจจาระมีกากอาหารน้อย ทำให้ท้องผูกได้มาก
6. การตั้งครรภ์ เพราะมดลูกมีขนาดใหญ่อันกดทับ ทำให้เลือดดำถ่ายเทลำบาก เกิดการคั่งได้ง่าย นอกจากนั้นยังกดลำไส้ใหญ่ทำให้ท้องผูกบ่อย ๆ ยิ่งทำให้เกิดริดสีดวงทวารหนักมากขึ้น หรือมีเนื้องอกอยู่ภายในลำไส้ใหญ่ อุจจาระออกลำบาก ต้องใช้แรงเบ่งมากก็มีโอกาสเกิดได้ง่ายขึ้น
7. กรรมพันธุ์ พบว่า บุตรของบิดาหรือมารดาที่เป็นโรคนี้อาจมีโอกาสเป็นสูงกว่าบุคคลทั่วไป
8. ความผิดปกติที่บริเวณส่วนปลายสุดของลำไส้ใหญ่ และรูเปิดทวารหนัก ตลอดจนหลอดเลือดบริเวณนั้น
9. การยืนหรือนั่ง ติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ

10. ผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็ง หรือมีความดันโลหิตสูงในระบบหลอดเลือดดำของตับ ทำให้เลือดดำไหลเข้าตับไม่ได้เกิดเส้นเลือดดำบริเวณทวารหนักโป่งพอง

11. ความเสื่อมตามธรรมชาติของผนังเส้นเลือด

12. อายุสูงวัยขึ้นทำให้กล้ามเนื้อหย่อนยานลง ทำให้เบาะรองเลื่อนลงจนยื่นออกมาจากทวารหนัก

จากปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้น สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ อุบัติเหตุในการขับถ่ายอุจจาระและการรับประทานอาหาร จากสาเหตุของการเกิดริดสีดวงทวารหนักไม่ได้มาจากสาเหตุอย่างหนึ่งอย่างใดแต่เพียงอย่างเดียว เพราะสาเหตุเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถอธิบายการเกิดพยาธิสภาพของริดสีดวงทวารหนักได้ครบถ้วน

อาการของริดสีดวงทวารหนัก ความรุนแรงของอาการในแต่ละคนนั้นไม่เท่ากัน พบว่าหลายคนไม่เคยมีอาการเลย ถึงแม้จะเป็นโรคริดสีดวงทวารหนักก็ตาม โดยทั่วไปโรคริดสีดวงทวารหนักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และอาจหายได้เองภายในไม่กี่วัน ถ้าแก้ปัญหาอาการท้องผูกได้ อาการของโรคริดสีดวงทวารหนัก (สุคา รุ่งอรุณ. 2542 : 17 ; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. 2544 : 31 ; บันลือ เฉลยกิตติ. 2545 : 109 ; สุพล จินดาทรัพย์. 2544 : 127) ได้แก่

1. มีเลือดสด ๆ ออกตามมาหลังถ่ายอุจจาระ เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด ปกติอาการเลือดออกเป็นอาการที่พบเป็นอาการแรก และมักพบทุกราย ทั้งมีอาการเลือดออกอย่างเดียวหรือเลือดออกพร้อมกับมีก้อน เลือดที่ออกมักจะเป็นเลือดสด ๆ ระยะแรกอาจสังเกตว่ามีเลือดติดกระดาษชำระหลังอุจจาระหรือเคลือบอุจจาระออกมา ต่อมาอาจออกมากจนมีเลือดหยดลงในโถส้วมขณะถ่ายอุจจาระ เกิดจากผลการเลื่อนของเบาะรองลงมา ทำให้เยื่อทวารหนักถูกยืดยาวจนบางลง และเส้นเลือดที่อยู่ใต้เยื่อบุก็บางลงเช่นกัน และเลือดจะไหลผ่าน ไม่สะดวก ทำให้เกิดการโป่งพองของเส้นเลือดเหล่านี้ เยื่อบุทวารหนักและผนังเส้นเลือดที่บางจะฉีกขาดง่าย โดยเฉพาะจากการครูดหรือเสียดสีของอุจจาระก้อนใหญ่และแข็งหรือการเบ่งมาก ๆ

2. ตึงเนื้อหรือก้อนเนื้อยื่นออกมา เป็นอาการที่พบมากรองลงมา พบว่า มีก้อนยื่นออกมาจากทวารหนักขณะถ่ายอุจจาระ โดยที่ระยะแรกสามารถที่จะหดกลับเข้าไปในรูทวารหนักได้ แต่ถ้าเป็นมากขึ้น ก้อนที่ยื่นออกมาจะไม่หดเข้าไปเอง

3. มีอาการคันรอบ ๆ บริเวณของปากทวารหนัก ระคายเคือง และอาจจะมีคันที่ผิวหนังได้เกิดเนื่องจากบริเวณทวารหนักมีอาการเปียกชื้น

4. มีน้ำเหลืองหรือมูก การที่เยื่อทวารหนักผลิตน้ำเมือกออกมาโดยธรรมชาติ เพื่อเป็นน้ำหล่อลื่นนั้น เนื่องจากเยื่อทวารหนักที่ยื่นออกมาก่อให้เกิดความชื้นแฉะ ประอบบริเวณทวารหนักและไม่สะดวกในการทำความสะอาด

5. เกิดความเจ็บปวดอย่างมาก โดยเฉพาะเวลาถ่ายอุจจาระและอาการอักเสบบริเวณรอบทวารหนัก ได้แก่ อาการบวม ปวด หรือแสบร้อนตลอดเวลา อาการบวมของหัวริดสีดวงทวารหนักออกมาข้างนอก ทำให้เกิดอาการระคายเคือง เจ็บปวด บวม อาการจะรุนแรงมากขึ้น ถ้ามีการถูไถ เช็ดด้วยกระดาษชำระ อุจจาระแข็งมาก ทานอาหารรสเผ็ดจัด ส่วนใหญ่มักเกิดจากริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอก ส่วนริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในมักไม่ค่อยมีอาการเจ็บปวด แต่จะเกิดความเจ็บปวดก็ต่อเมื่อหัวริดสีดวงยื่นออกมาภายนอกทวารหนัก แล้วดันกลับเข้าไปไม่ได้ ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวกจนเกิดเลือดคั่งและบวมอย่างมาก ยิ่งบวมท่อนใหญ่ขึ้นยิ่งดันกลับไม่ได้ เกิดเลือดคั่งมากขึ้น จนเลือดแดงไม่สามารถไหลเวียนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณนี้ได้ ผู้ป่วยจะเจ็บปวดอย่างมาก

จากกลไกการเกิด โรคริดสีดวงทวารหนักนั้นมีสาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ มากมายที่ส่งผลให้เกิดความดันจากการเบ่งที่สูงขึ้น และอุจจาระก้อนใหญ่จะดันให้เนาะรองเลื่อนลงมาเรื่อย ๆ จนยื่นออกมานอกทวารหนัก และมักเป็นสาเหตุที่เรื้อรังมานานจนทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาเมื่ออาการต่าง ๆ ถูกถามมากแล้ว การเข้าใจถึงกลไกดังกล่าวจะทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถวินิจฉัยโรค ขอบระยะและความรุนแรงของโรคได้ ตั้งแต่เมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรกและมีแนวทางการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.1.2 แนวทางการรักษาโรคริดสีดวงทวารหนัก

การรักษาโรคริดสีดวงทวารหนักนั้น ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการจะไม่ถือว่าเป็นริดสีดวงทวารหนัก อาจเป็นเพียงเนาะรองปกติที่มีประโยชน์ มีหน้าที่ ไม่ควรตัดออกหรือทำลายส่วนเบาะรองไป ดังนั้นการรักษาโรคริดสีดวงทวารหนัก คือ การรักษาอาการที่เกิดขึ้นเท่านั้น โดยพบว่า การรักษาโรคริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกมีการรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 51.5 และรักษาโดยการผ่าตัด ร้อยละ 48.5 (Greenspon J and other, 2004) ดังนั้นการรักษาโรคริดสีดวงทวารหนักจะต้องประกอบด้วยวิธีการผ่าตัดริดสีดวงทวารกับวิธีการป้องกัน และการรักษาแบบประคับประคอง (ธนิต วัชรพุกก์, 2534 : 477-482 ; สุดา รุ่งอรุณ, 2542 : 17-18 ; อำนาง ศรีรัตนบัลล์, 2543 : 284 ; สุพล จินดาทรัพย์, 2544 : 127-132 ; บันลือ เฉลยกิตติ, 2545 : 110-114 ; ชูชีพ สหกิจรุ่งเรือง, 2548 : 176-178 ; อรุณ โรจนสกุล, 2549 : 113-116 ; W.Patrick Mazier, 1995 : 235-349) ดังนี้

2.1.2.1 การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก (Hemorrhoidectomy) การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดในการรักษาโรคริดสีดวงทวารหนัก (อรุณ โรจนสกุล, 2549 : 116) ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักจะได้รับการพิจารณาจากศัลยแพทย์ ถึงลักษณะและระยะของริดสีดวงทวารหนักที่เหมาะสมที่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยมากที่สุด มีโรคแทรกซ้อนและ

ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อยที่สุด ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการพิจารณาให้รักษาโดยการผ่าตัด มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนัก ระยะที่ 3 ที่มีหัวริดสีดวงขนาดใหญ่
- 2) ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนัก ระยะที่ 4 ทั้งภายนอก และภายในพร้อมกัน ซึ่งไม่สามารถที่จะใช้ยางรัดได้ เพราะทำให้เกิดอาการเจ็บปวดมาก
- 3) ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักชนิดยื่นและขาดเลือดแดงเลี้ยง กับ โรคริดสีดวงทวารหนักชนิดการอุดตันของหลอดเลือดภายในกลุ่มหลอดเลือดดำชั้นนอก
- 4) มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เส้นเลือดอุดตัน ปวดมาก หรือหัวริดสีดวงเน่าจากการขาดเลือด
- 5) เมื่อการรักษาด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล

การผ่าตัดหัวริดสีดวงทวารหนักที่มีขนาดใหญ่ต้องทำการผ่าตัดในห้องผ่าตัดและใช้วิธีระงับความเจ็บปวดร่วมด้วย โดยการฉีดยาชาที่ทวารหนักโดยตรงหรือการฉีดยาเข้าไขสันหลัง แต่โดยหลักการแล้วแพทย์จะต้องแนะนำวิธีที่มีอัตราเสี่ยงต่ำที่สุดก่อน นั่นคือ การฉีดยาเฉพาะที่ 1% ไซโลเคนกับอะดรีนาลีนผสมกับน้ำกลั่น 20 ซีซี ที่รอบปากทวารหนักโดยตรง มุมละ 10 ซีซี (จิววัฒน์ พัฒนะอรุณ. 2547 : 104) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรกล้ำการผ่าตัดและไม่ให้ความร่วมมือหรือทำผ่าตัดยาก เนื่องจากลักษณะแก้มก้นที่ใหญ่ แพทย์จึงแนะนำวิธีอื่น หลักในการรักษาโดยการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก คือ ตัดเนื้อริดสีดวงออกและเย็บแผลเข้าด้วยกัน (ซูซิท สหกิจรุ่งเรือง. 2548 : 176) ด้วยการตัดตามยาวแนวเดียวกับรูทวารหนัก โดยระวังไม่ให้โดนกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักภายใน ส่วนการเย็บแผลปิดมี 3 วิธี คือ แบบเย็บปิดแผลทั้งหมด แบบเปิดแผลไว้ทั้งหมด (Open Hemorrhoidectomy) และแบบเย็บปิดบางส่วน (Semiclosed Hemorrhoidectomy) ในที่นี้จะกล่าวเพียงการรักษาด้วยการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบเย็บปิดแผลทั้งหมด ซึ่งเป็นการรักษาที่ปฏิบัติในการศึกษาครั้งนี้ โดยการผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนักแบบเย็บปิดแผลทั้งหมด เป็นวิธีการผ่าตัดที่ง่ายและมีประสิทธิภาพสำหรับการรักษาโรคริดสีดวงทวารหนักที่ยื่น ซึ่งผลการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด 3 สัปดาห์ พบแผลดีดีและไม่มีอาการติดเชื้อ ร้อยละ 86 ต่างกับการผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนักแบบเปิดแผลไว้ทั้งหมดที่พบเพียงแค่ ร้อยละ 18 (Arbman G, Krook H and Haapaniemi S. 2000) และวิธีนี้มีข้อดีต่าง ๆ มาก คือ สามารถจัดเอาส่วนของหัวริดสีดวงทวารที่ไม่ต้องการออกได้หมด

2.1.2.2 การป้องกันและการรักษาแบบประคับประคอง โรคริดสีดวงทวารหนักนั้นสามารถรักษาให้หายได้ แต่สำหรับโรคริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 3 และ 4 มีการรักษาโดยการผ่าตัดเท่านั้น แต่อาจเกิดโรคซ้ำได้หากยังมีอาการท้องผูกอยู่เป็นประจำในระยะหลังผ่าตัด ดังนั้น วิธีการที่จะช่วยให้หายขาดจากโรคริดสีดวงทวารหนัก คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ขจัดสาเหตุที่

ก่อให้เกิดโรคนี้ออกไปให้มากที่สุด การใช้ยากดกรดสืดวงทวารหนักนั้นเป็นสิ่งที่ไม่แนะนำ และจะก่อให้เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงตามมา เช่น ทวารหนักเน่าหรือตีตัน โรคกรดสืดวงทวารหนักที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ดีที่สุดเพียงชนิดเดียว คือ อาการกรดสืดวงทวารที่เกิดจากการตั้งครรภ์ เนื่องจากสาเหตุจะหมดไปหลังจากการตั้งครรภ์ การรักษาที่ดีที่สุด คือ การป้องกัน (Brisinda G. 2000) และขณะทำการรักษาไม่ว่าโดยวิธีใด ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยเสมอ การรักษาจะให้ได้ดี จำเป็นจะต้องดำเนินไปพร้อมกับการใช้มาตรการป้องกันที่ดี ซึ่งถึงแม้จะไม่สามารถป้องกันได้ 100 เปอร์เซ็นต์ แต่ก็สามารถช่วยลดความรุนแรงลงได้ หัวใจหลักของมาตรการป้องกัน ก็คือ การลดแรงกดดันต่อเส้นเลือดบริเวณทวารหนัก และลดการระคายเคืองในผนังลำไส้และทวารหนัก วิธีการป้องกันและกวดรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่

- 1) การเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยอาหาร หรือ ไฟเบอร์ มากขึ้น พบมากในผัก ผลไม้ ธัญพืช มีผลให้อุจจาระนิ่มลง ทำให้การทำงาน การบีบรัดตัวของลำไส้ใหญ่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การถ่ายอุจจาระง่ายขึ้น ในกรณีที่มีอุปสรรคทำให้ทานอาหารประเภทที่มีไฟเบอร์มากไม่ได้ การใช้อาหารเสริมหรือยาประเภทไฟเบอร์เสริมเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง
- 2) หลีกเลี่ยงการยืนหรือนั่งติดต่อกันนานเกินไป ควรเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ
- 3) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด ซึ่งทำให้เกิดการระคายเคืองในผนังลำไส้ใหญ่
- 4) หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะสามารถเป็นสาเหตุของโรคตับ ซึ่งทำให้เกิดแรงกดดันภายในช่องท้องมากขึ้น
- 5) หลีกเลี่ยงการใช้กระดาษชำระเช็ดถูอย่างรุนแรง ควรใช้น้ำล้างและใช้กระดาษชำระซับให้แห้ง
- 6) ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
- 7) ฝึกการถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาและอย่านั่งถ่ายอุจจาระนานเกินไป

จากแนวทางการรักษาโรคกรดสืดวงทวารหนักที่แตกต่างตามลักษณะและระยะของโรคกรดสืดวงทวารหนักนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถพิจารณาวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดกรดสืดวงทวารหนัก ซึ่งจะต้องใช้ทั้งการป้องกันและการรักษาแบบประคับประคองร่วมด้วย

2.1.3 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกรดสืดวงทวารหนัก

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกรดสืดวงทวารหนักนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถประเมินจากการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคร่วมกับสัลยแพทย์ได้ ดังนี้

2.1.3.1 การตรวจและวินิจฉัยโรคกรดสีดวงทวารหนัก การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคกรดสีดวงทวารหนักอย่างถูกต้องนั้น ประกอบด้วย การซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียด การตรวจร่างกายทั่วไปเกี่ยวกับโรคกรดสีดวงทวารหนัก และการตรวจทางทวารหนัก (ปริญา ทวีชัยการ. 2544 : 34-37 ; สุพล จินลาทรัพย์. 2544 : 61-71) ดังนี้

1) การซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียด

- (1) อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ เช่น มีก้อนยื่นออกมา มีเลือดออก
- (2) อาการที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ปวด ขวม คัน เมื่อก หนอง ก้อนยื่น อุจจาระไหลจากทวารหนัก การกั้นอุจจาระ อาการท้องเสีย ท้องผูก
- (3) ลักษณะนิสัยการถ่ายอุจจาระ เช่น จำนวนครั้งที่ถ่ายอุจจาระ สี ความอ่อนนุ่ม ลักษณะ อาจเป็นน้ำ หยาบหรือเป็นก้อนเล็ก ๆ เวลาที่ใช้ในการขับถ่ายอุจจาระและความสามารถในการเบ่งอุจจาระ
- (4) ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร และดื่มน้ำว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดท้องผูกเรื้อรังหรือไม่
- (5) ลักษณะนิสัยการออกกำลังกาย เช่น วิธีการ ระยะเวลา และจำนวนครั้งต่อสัปดาห์
- (6) ลักษณะนิสัยการใช้ยาละลาย ยาลดกรด หรือยาสวนทวารหนัก ทั้งชนิด ขนาด และระยะเวลา
- (7) สุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ภาวะตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตร เนื่องจากแรงกดดันภายในช่องท้องที่เกิดจากเด็กในครรภ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ทำให้เส้นเลือดขยายตัว แต่กรณีนี้จะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น
- (8) ประวัติการเจ็บป่วยบางอย่าง เช่น โรคตับ การเคยผ่าตัดในอุ้งเชิงกรานมาก่อน อาจทำให้ลำไส้ใหญ่บีบตัวไม่ดีจนเกิดการถ่ายอุจจาระลำบากได้ โรคกระเพาะอาหารหรือการรักษาด้วยยาลดกรด เพราะอาจทำให้อุจจาระแข็ง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดและเจ็บเวลาถ่ายอุจจาระได้
- (9) ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว เช่น โรคเกี่ยวกับลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก

2) การตรวจร่างกายทั่วไปเกี่ยวกับโรคกรดสีดวงทวารหนัก การตรวจร่างกายทั่วไปเกี่ยวกับโรคกรดสีดวงทวารหนัก เป็นวิธีการที่จะให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะร่างกายของผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียด (สุดา รุ่งอรุณ. 2542 : 17) ดังนี้

(1) ลักษณะทั่วไป เป็นการสังเกตดูส่วนของร่างกายทั่วไป โดยเริ่มสังเกตตั้งแต่เห็นผู้ป่วย ระหว่างการสัมภาษณ์และการตรวจแต่ละระบบสิ่งที่ต้องตรวจ คือ สุขภาพทั่วไปเท่าที่สังเกตเห็น โดยการดูว่าลักษณะของผู้ป่วยที่ปรากฏแสดงถึงผู้มีสุขภาพดี มีการเจ็บป่วยมานานหรือการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

(2) ตรวจหาภาวะโลหิตจาง ผู้ป่วยที่มีเลือดออกมาเป็นเวลานาน ๆ ร่างกายผลิตเซลล์เม็ดเลือดแดงใหม่จะช้ากว่าการสลายตัวของเซลล์เม็ดเลือดแดงที่เก่าแก่ ดังนั้น การตรวจหาภาวะโลหิตจางได้จาก 1) การตรวจผิวหนัง ได้แก่ อาการซีด ความชุ่มชื้น ความตึงตัว 2) ลักษณะการหายใจ เหนื่อย หายใจลำบาก หอบหรือไม่ หอบจนยกเข่าขึ้นไหวหรือไม่

(3) การวัดสัญญาณชีพ หมายถึง การวัดอุณหภูมิของร่างกาย ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต

3) การตรวจทางทวารหนัก การตรวจทางทวารหนักเป็นการตรวจที่สำคัญที่สุด เนื่องจากทวารหนักเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายที่คนเกือบทั้งหมดถือว่าเป็นของลับและไม่ต้องการให้ตรวจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความกลัวและความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา และผู้ป่วยโรคเลือดทวารหนักทุกรายไม่ว่าจะมีอาการรุนแรงมากน้อยเพียงใด จำเป็นต้องได้รับการตรวจทางทวารหนักทุกราย ดังนั้น ควรตรวจเมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ตรวจ เนื่องจากมีอาการผิดปกติหรือสงสัยเป็นโรคริดสีดวงทวารหนัก (สุตารุ่งอรุณ, 2542 : 18-20 ; สุพล จินดาทรัพย์, 2544 : 127 ; สันต์ หัตถิรัตน์, 2549 : 285-289) วิธีการตรวจทวารหนัก ประกอบด้วย การตรวจด้วยนิ้วมือและการส่องกล้องตรวจทวารหนัก โดยมีวิธีการและขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วย ดังนี้

(1) การตรวจทวารหนักด้วยนิ้วมือ จะสามารถแยกโรคเนื้องอกของช่องทวารหนัก แต่ไม่สามารถตรวจริดสีดวงทวารหนักได้ เพราะริดสีดวงทวารจะอ่อนนุ่ม เช่นเดียวกับเยื่อทวารหนัก ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การตรวจทวารหนักด้วยนิ้วมือเพื่อการคลำหาความผิดปกติโดยเฉพาะแผลที่แข็ง ๆ หรือเนื้องอกที่แข็ง ๆ รวมทั้งให้ผู้ป่วยลองขมิบรู้งั้น เพื่อตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก

(2) การส่องกล้องตรวจทวารหนัก (Proctoscopy) เป็นการตรวจที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการตรวจหาริดสีดวงทวารภายใน ที่ตำแหน่ง 3 ตำแหน่ง 7 และตำแหน่ง 11 นาฬิกา (ตำแหน่งตามเข็มนาฬิกาโดย 12 นาฬิกา อยู่ที่ด้านหน้า) ผู้ป่วยจะรู้สึกคล้าย ๆ อยากรำอุจจาระ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยอ้าปากหายใจเข้าออกช้า ๆ ลึก ๆ ไม่เกร็ง จะทำให้การตรวจง่ายขึ้น อาจให้ผู้ป่วยเบ่งอถ่ายอุจจาระเบาๆ จะช่วยให้เห็นชัดเจนขึ้น ก่อนที่จะใส่กล้องเข้าไปในทวารหนักต้องดูบริเวณรอบ ๆ รูทวารหนักก่อนทุกครั้งว่ามีการผิดปกติหรือไม่ โดยการดึงแก้มกันสองข้างออกจากกัน มีฉะนั้นการส่องกล้องตรวจทวารหนัก ในรายที่มีแผลปริทวารหนักหรือฝีทวารหนัก จะทำให้เจ็บมาก การส่องกล้องตรวจทวาร

หนักสามารถตรวจพบโรคหลาย ๆ อย่างได้ เช่น ริดสีดวงทวารหนักที่ยื่นออกมา แผลริมขอบทวารหนัก แผลซิฟิลิส เป็นต้น ถ้าเป็นริดสีดวงทวารภายในอาจต้องส่องดูบริเวณลำไส้ส่วนซีกมอียด

ขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจทวารหนัก

1. การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการตรวจทวารหนักมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคและการวางแผนการรักษา อธิบายวิธีการตรวจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาที่ยังกังวลใจ เพื่อคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ
2. การเตรียมท่าตรวจ การจัดท่าของผู้ป่วย ซึ่งท่าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ใช้ในการตรวจทวารหนัก คือ ท่านอนตะแคงซ้าย (Sim' Position / Left Lateral Position) ท่านี้เป็นท่านิยมตรวจที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยสะดวกและไม่ต้องการเตียงตรวจพิเศษ เพียงแต่ให้ส่วนสะโพกของผู้ป่วยยื่นออกมาพื้นเตียงจะทำให้การตรวจได้สะดวกขึ้น
3. เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการตรวจ กลุ่มตัวผู้ป่วยให้เวียนร้อย เปิดเฉพาะส่วนที่ต้องการตรวจ
4. เริ่มตรวจทวารหนักด้วยนิ้วมือก่อน ควรใส่ถุงมือและใช้นิ้วชี้คลำ ในกรณีที่ไม่นิยมนิ้วชี้ควรจะใช้ถุงพลาสติกบาง ๆ และขนาดเล็กพอจะหุ้มนิ้วชี้ได้หมดจะดีกว่าใช้นิ้วเปล่า ๆ แต่อาจจะทำให้คลำได้ไม่ชัดเจนนัก เพราะถุงพลาสติกจะไม่รัดนิ้วพอดี
5. แยกแก้มก้นทั้งสองด้านออกจากกัน โดยใช้มือข้างซ้ายขกแก้มก้นข้างหนึ่งขึ้นและมือขวาแหวกอีกข้างหนึ่งลงจะเห็นทวารหนักได้ชัดเจน สังเกตบริเวณรอบนอกของทวารหนักเกี่ยวกับสิ่งกีดขวาง ผื่น แผล ตุ่ม ก้อน หรือสิ่งผิดปกติ ก้อนเนื้อ และริดสีดวงทวารที่โผล่ออกมา แผลปริทึชขอบทวารหนัก เป็นต้น การดูจะมองเห็นได้ในระยะหลัง ๆ ของโรคริดสีดวงทวารหนักชนิดเป็นภายใน อาจให้ผู้ป่วยเบ่งอุจจาระ จะพบเป็นก้อนเมื่อยื่นออกมาจากทวารหนักและก้อนถูกปกคลุมด้วยเนื้อเยื่อสีชมพู
6. เมื่อตรวจบริเวณรอบนอกแล้ว จึงใช้มือข้างหนึ่งยกเนื้อสะโพกด้านบนขึ้นจะเห็นรูเปิดของทวารหนักได้ รูก้นของคนโดยทั่วไปจะมีลักษณะคล้ายปากถุงหูด เป็นรูวงกลม มีรอยย่นจากรูมตรงกลางมาที่ขอบนอก ผิวหนังบริเวณรูก้นจะบางและนุ่มกว่าผิวหนังโดยรอบ เพราะเป็นเนื้อเยื่อไม่ใช่ผิวหนังทั่วไป
7. หล่อลื่นด้วยยาหล่อลื่น เช่น จีมีนเกลวหรือวาสลีนทานิ้วชี้ให้ทั่ว และทาบริเวณปากทวารหนัก แล้วให้ผู้ป่วยเบ่งอุจจาระ เมื่อผู้ป่วยเบ่งอุจจาระแล้วค่อย ๆ สอดนิ้วชี้ผ่านปากทวารหนักเข้าไป โดยระวังไม่ให้ผู้ป่วยเจ็บ
8. วิธีสอดนิ้วเข้าทวารหนัก ควรบอกผู้ป่วยให้อ้าปากหายใจเข้าลึก ๆ ยาว ๆ ใช้ปลายนิ้ววางแปะไว้ที่ปากทวารหนัก แล้วจึงสอดเข้าไปในรูทวาร ไม่ควรแทงเข้าไปตรง ๆ ด้วยปลายนิ้ว ถ้าผู้ป่วย

เจ็บจนเกร็งตัวและกั้นแล้วจะทำให้กล้ำกลืนยาก ควรพูดคุยกับผู้ป่วยหายกลัวและหย่อนตัวหรือผ่อนคลายจะทำให้กล้ำได้ง่ายและชัดเจนขึ้น ถ้าผู้ป่วยเจ็บมาก ทำให้หูดเกร็งรัด จะเพราะความกลัวหรือเพราะริดสีดวงอักเสบหรือมีแผลหรือสิ่งอื่น ควรจะเลิกการตรวจคลำทวารหนัก ถ้าจำเป็นจริง ๆ อาจให้ยาคลายประสาทหรือยาชาแก่ผู้ป่วยจนผู้ป่วยหายกลัวและหายเจ็บแล้วจึงตรวจคลำทวารหนัก

9. หลังจากนั้นจะใช้การส่องกล้องตรวจทวารหนัก หล่อลื่นด้วยวาสลีน แล้วค่อย ๆ สอดเข้าไปในทวารหนัก ภายหลังจากที่ดึงแกนตัวในออก (Obturator) ควรสังเกตว่ามีอะไรติดออกมาบ้าง เช่น มูกเลือดและอุจจาระ ใช้สำลีเข้าไปเช็ดทำความสะอาดก่อนตรวจดูเยื่อภายในทวารหนัก เพื่อสังเกตตำแหน่งของริดสีดวงทวารหนักได้ชัดเจน

10. ค่อย ๆ ดอนกล้องออกมาและใช้สำลีเช็ดวาสลีนบริเวณทวารหนัก แล้วให้ผู้ป่วยนอนพักสักครู

ระหว่างการตรวจทวารหนักด้วยการดู ควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้

1. เลือด หนอง อุจจาระ หรือสิ่งจับถ่ายอื่น ๆ ที่เปราะเปื้อนอยู่ในบริเวณทวารหนัก

- ถ้าพบเลือด ให้นึกถึงริดสีดวงทวารที่มีเลือดออก เนื่องจากในทวารหนักที่มีเลือดออกหรือโรคที่อุจจาระมีมูกเป็นเลือด เช่น โรคมืด โรคไส้ใหญ่อักเสบรุนแรง

- ถ้าพบหนอง ให้นึกถึงการอักเสบ เป็นหนอง เช่น ฝีคัณสูตร ริดสีดวงทวารที่ติดเชื่อเป็นคัน

- ถ้าพบอุจจาระเปราะเปื้อนอยู่ ให้นึกถึงภาวะท้องเสีย ท้องร่วง หรือหูดทวารหนักอ่อนแรง ทำให้กลิ่นอุจจาระไวไม่ได้

2. รอยเกา รอยถลอก จะแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการคันที่บริเวณก้น

3. รอยแตก รูเล็ก ๆ รอยแผลหรือแผลเป็น ที่รูทวารหนักหรือบริเวณใกล้เคียง ให้นึกถึงรอยแตกของปากทวารหนัก รูเปิดหรือรอยแผลของฝีคัณสูตร เป็นต้น

4. ก้อน ตุ่ม ตึง ถ้าเป็นบริเวณนอกทวารหรือบริเวณใกล้เคียง ให้นึกถึงตุ่มหรือตึงเนื้อ ก้อนไขมันหรือถุงน้ำ เป็นต้น ถ้าเป็นที่ทวารหนัก ซึ่งบางครั้งอาจต้องให้ผู้ป่วยเบ่งอุจจาระ จึงจะเห็นก้อนนั้นไหลออกมา มักจะเป็นริดสีดวงทวารหนักหรือผนังในทวารหนักไหล

เมื่อตรวจด้วยการดูเรียบร้อยแล้วจึงตรวจด้วยการคลำ จะสามารถแยกโรคอื่น ๆ เช่น การอักเสบ การกดเจ็บ ผิวแข็งหรือนุ่ม ร้อน มีไตแข็งข้างในหรืออื่น ๆ เป็นต้น สามารถตรวจสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1. หูดทวารหนักที่หูดตัวมาก มักเกิดจากผู้ป่วยกลัวการตรวจ มีอาการท้องเดินมาหลายครั้ง ท้องเดินเรื้อรัง หรือมีแผล หรือการอักเสบบริเวณปากทวารหนักหรือใกล้เคียง ส่วนหูดทวารหนักที่อ่อนปวกเปียก (ไม่มีแรงหดตัว) มักเกิดจากริดสีดวงทวารหรือผนังทวารหนักไหล

2. ภายในทวารหนัก ให้คลำดู

2.1 มีจุดกดเจ็บตรงส่วนใดหรือไม่ ตั้งแต่ด้านในของบริเวณหูรูดไปจนถึงบริเวณที่ลึกที่สุดที่ปลายนิ้วจะคลำถึง

- ถ้าเจ็บบริเวณนอก ๆ มักเกิดจากแผล หรือการอักเสบในบริเวณปากทวารหนัก หรือใกล้เคียงริดสีดวงทวารหนักที่กำลังอักเสบหรืออื่น ๆ

- ถ้าเจ็บในบริเวณลึกเข้าไป มักเกิดจากแผลหรือการอักเสบของผนังทวารหนัก รูเปิดด้านในของฝีถันสูตร

2.2 มีรอยย่นที่คลำได้เป็นจุด ๆ เมื่อวนนิ้วไปรอบๆภายในทวารหนัก มักเป็นริดสีดวงทวารหนักหรือผนังทวารหนักหย่อนจนไหล

2.3 มีตุ่มและติ่งที่คลำได้ชัดเจนและเขี้ยวให้เคลื่อนไปมาได้ มักเป็นตุ่มหรือติ่งทวารหนัก

2.4 มีก้อนตะปุ่มตะป่ำ หรือขุ่นเหมือนคอกกะหล่ำที่เขี้ยวให้เคลื่อนไปมาไม่ได้ มักเป็นมะเร็งทวารหนัก แต่ก้อนตะปุ่มตะป่ำที่แข็งและเขี้ยวให้เคลื่อนได้มักเป็นก้อนอุ้งพระ ในคนที่ท้องผูก

2.5 มีส่วนโป่งและเจ็บ มักเป็นฝีถันสูตร

2.1.3.2 การวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องนั้นหลังการตรวจและซักประวัติแล้ว ผู้ตรวจต้องแยกโรคดังกล่าวเหล่านี้ก่อนวินิจฉัยโรคผู้ป่วยเป็นโรคริดสีดวงทวารหนัก (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2543 : 283-285 ; สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544 : 31 ; สุพล จินดาทรัพย์, 2544 : 127 ; บันลือ เฉลยภักดี, 2545 : 110) คือ

1. เชื้อบุทวารหนักยื่นออก มักพบว่า มีการเลื่อนของเบาะรองเล็กน้อยมีทั้งชนิดบางส่วนจะยื่นเฉพาะเชื้อบุของผนังลำไส้ตรงส่วนล่าง และชนิดสมบูรณ์จะยื่นออกมาทุกชั้นของผนังลำไส้ตรงส่วนล่าง อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ มีเลือดออกซึ่งจะเกิดจากการชอกช้ำ การที่เชื้อบุลำไส้ตรงส่วนล่างไหลออกนอกทวารส่วนมาก มักพบในกรณีที่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่รองรับลำไส้ตรงส่วนล่างและหูรูดทวารหนักหย่อนตัวลง ลักษณะที่เห็นจะเป็นเชื้อบุที่มีสีแดง ๆ ไหลออกมา สังเกตได้โดยส่วนนี้จะอยู่เหนือจากเบาะรอง ในบางกรณีจะแยกได้ยากจากริดสีดวงทวารหนักที่ยื่นออก การแยกอาศัยโดยลำไส้ตรงส่วนล่างที่ยื่นจะเห็นลักษณะของเชื้อบุเรียงซ้อนก้นลูกหูลาบ หรือจะเห็นร่องของเชื้อบุเป็นวงกลมออกมาจากตรงกลาง ส่วนของริดสีดวงทวารหนักที่ยื่นออกนั้นจะเห็นมีรอยค่อเป็นรัศมีกระจายออกไปหรือจะเห็นร่องของเชื้อบุวิ่งจากตรงกลางออกมาด้านนอก เชื้อบุทวารหนักยื่นออกมักจะเป็นปัญหาในการวินิจฉัยแยกโรค แต่ควรระวังวินิจฉัยแยกโรคให้ได้เพราะการรักษาจะแตกต่างกันเล็กน้อย

2. แผลปริทวารหนัก เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดของอาการเจ็บปวดขณะถ่ายอุจจาระ พบได้ในทุกวัย แต่จะพบมากในวัยหนุ่มสาว โรคนี้อาจเป็นเรื้อรัง แต่ไม่มีอันตรายร้ายแรง

โรคนี้ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มักพบในคนที่มียาการท้องผูก หรือถ่ายอุจจาระเป็นก้อนแข็งประจำ มักจะมีอาการเจ็บปวดทันทีทุกครั้งที่ถ่ายอุจจาระ มีเลือดสดออกเป็นสายติดอยู่ที่อุจจาระ หรือเปื้อนกระดาษชำระ ส่วนน้อยที่ออกเป็นหยดเลือด บางรายอาจมีอาการปวดมากจนกลัวการถ่ายอุจจาระ ทำให้มีมีอาการท้องผูกถ่ายยาก บางรายมีอาการคันร่วมด้วย จะตรวจพบรอยแผลที่ปากทวารตามแนวยาว โดยเฉพาะตรงแนวกึ่งกลางของผนังด้านหลัง มีลักษณะเป็นแผลปริแยกในบริเวณผนังเยื่ออ่อนตรงปากทวารหนัก ในรายที่เป็นเรื้อรัง อาจพบปุ่มบวมของเนื้อเยื่อบริเวณแผลหรือหัวริดสีดวงข้างได้รอยแผล

3. เชื้อบุงทวารหนักขึ้น เป็นส่วนของเชื้อที่กลุ่มเบาะรองทวารและเบาะรองทวารขึ้นไหลออกมานอกทวารหนัก เนื่องจากมีการหย่อนตัวของเนื้อเยื่อที่รองรับอยู่ ทำให้มีการเลื่อนตัวเชื้อลงออกมานอกทวารหนัก จะเห็นเชื้อที่หนา ๆ กลุ่มเบาะรองทวารที่ปกติ ไม่มีอาการขยายตัวของริดสีดวงทวารหนัก ร่วมด้วยจึงมีสีชมพูซีด ๆ โดยมากเชื้อบุงทวารหนักขึ้นนี้มีคพบในสตรีสูงอายุ
4. การเจริญเติบโตมากเกินไปของกลุ่มทวารหนัก คือ การที่ตุ่มมีขนาดหนาและใหญ่ขึ้น ส่วนมากมักพบร่วมกับโรคของทวารหนักอื่น ๆ เช่น แผลปริที่ทวารหนัก และถ้ามีขนาดใหญ่ อาจจะมีไหลออกมานอกทวารหนักได้
5. ตังเนื้ออกที่ใส่ตรง มีอาการถ่ายอุจจาระมีเลือดออกได้เหมือนกัน เมื่อไหลออกมานอกทวารหนัก จะมีลักษณะเป็นก้อนกลม ๆ สีแดง ๆ ส่วนมากพบในเด็ก
6. แผลทวารหนัก เป็นแผลที่ขอบทวารหนักเช่นกัน แต่มีขนาดเล็กและหายยากกว่า มีอาการเจ็บและเลือดออกขณะถ่ายอุจจาระ แต่อาการเจ็บมากกว่าเพราะมีการบีบตัวรุนแรงของหูรูดทวารหนักด้วย หลังถ่ายอุจจาระจึงยังคงเจ็บอยู่ การตรวจจะพบลักษณะเฉพาะ 3 ประการ ได้แก่ มีแผลในตำแหน่งเดียวกับแผลรอยแยกทวารหนัก มีติ่งเนื้อที่ขอบทวารหนักในตำแหน่งที่ตรงกับแผล และเมื่อตรวจด้วยการส่องกล้อง เห็นเนื้อแผล จะพบว่า มีการเจริญเติบโตมากเกินไปของกลุ่มทวารหนัก
7. มะเร็งลำไส้ใหญ่ จะมีอาการถ่ายเป็นเลือดสดเหมือนริดสีดวงทวารหนัก แต่จะถ่ายเป็นเลือดเรื้อรังเกือบทุกวัน บางรายอาจมีอาการท้องผูกสลับท้องเดินหรือน้ำหนักลดร่วมด้วย

2.1.3.3 แนวทางปฏิบัติในการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนัก ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางปฏิบัติในการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักตามระยะของโรคริดสีดวงทวารหนัก ด้วยหลักการเขียนบันทึกผู้ป่วยแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก (เกรียง ตั้งสง่า, 2545 : 325) ซึ่งประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ของปัญหาจากข้อมูลส่วนที่ผู้ป่วยบอก เพื่อแสดงความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย (Subjective Data : S) ข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกายผู้ป่วยหรือจากการสืบค้นจากห้องปฏิบัติการต่าง ๆ (Objective Data : O) การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย (Assessment ; A) และการวางแผนการรักษาและการวางแผนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย (Plan of Management ; P) ดังนี้

S : มีเลือดสด ๆ ออกมาภายหลังการถ่ายอุจจาระ อาจสังเกตว่าติดมากับกระดาษชำระ หรือเคลือบอุจจาระออกมา ต่อมาอาจออกมากจนมีเลือดหยดลงในโถส้วมขณะถ่าย

O : หัวริดสีดวงจะอยู่ภายในรูทวารหนัก ทั้งในเวลาปกติ และเวลาที่เบ่งถ่ายอุจจาระ จากการส่องกล้องตรวจดูทวารหนักจะพบเส้นเลือดโป่งพอง ด้านองจากภายนอก หรือกล่าวจะไม่สามารถบอกได้

A : โรคริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 1

P : การรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อห้ามเลือดและป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ

1. ถ้าไม่มีอาการอาจไม่ต้องรักษา ซึ่งจะค่อย ๆ ฝ่อไปเองใน 3-5 วัน
2. ถ้ามีอาการน้อย มีเลือดออกเวลาที่ท้องผูก ควรรักษาทางยา การใช้ยาทาหรือสอดเฉพาะที่เพื่อลดการบวม การอักเสบ
3. รักษาโดยการให้ยาชนิดป้าย หรือยาเหน็บทวารหนัก
4. การฉีดยาเข้าไปในตำแหน่งเลือดออก
5. การจี้ด้วยแสงอินฟราเรด รักษาได้โดยไม่ต้องฉีดยาชาหรือใช้ยาระงับความเจ็บปวดใด ๆ ทั้งสิ้น สามารถทำได้โดยง่ายที่คลินิกผู้ป่วยนอก
6. แนะนำการป้องกันและการรักษาแบบประคับประคอง

S : หัวริดสีดวงไหลออกมาพ้นทวารหนัก เมื่อเบ่งถ่ายอุจจาระและหดรัดได้เอง ภายหลังถ่ายอุจจาระเสร็จ อาจมีอาการเลือดออกภายหลังถ่ายอุจจาระเสร็จ อาจมีอาการคันบริเวณทวารหนัก หรือมีมูกและบริเวณทวารหนัก

O : จากการตรวจทวารหนักพบ หัวริดสีดวงที่อยู่ภายในไหลออกมาภายนอกพ้นทวารหนัก

A : โรคริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 2

P : รักษาได้ความเบาเดียวกับระยะที่ 1 แต่จะมีปัญหาอีกอย่าง คือ ก้อนริดสีดวงที่ไหลเข้าออกต้องการการรักษาโดยการไม่ใช้ยา

1. การยิงยางรัดโคนหรือหัวของริดสีดวงที่ไหลออกมา วิธีนี้ได้ผลดีสำหรับระยะนี้ โดยจะทำให้หัวริดสีดวงฝ่อและหลุดออกไปได้เองหลังรัดด้วยยางประมาณ 7 วัน
2. การจี้ด้วยความเย็น
3. การฉายแสงอินฟราเรด
4. การใช้ยาฉีดยาหัวริดสีดวงทวารหนัก ยางจะทำให้หลอดเลือดดำฝ่อ และหัวริดสีดวงทวารหนักยุบลง โดยมีหลักการคือทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อเฉพาะที่ และทำให้เกิดพังผืดของแผลดึงรั้งไม่ให้เนื้อเยื่อของริดสีดวงยื่นออกไปด้านนอก การฉีดยาจะไม่เกิดการเจ็บปวดเลย และได้ผลดีมาก

วิธีนี้เหมาะสำหรับริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในระยะที่ 2 หรือระยะที่ 3 และวิธีนี้ไม่เหมาะสำหรับริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอก เนื่องจากจะมีความเจ็บปวดจากการรักษาได้

5. การรักษาด้วยยา เช่น การใช้ยาแก้ปวด และลดการ ไป่งพองของหลอดเลือดดำบริเวณทวารหนัก หรือใช้ยาสอดเข้าทางทวารหนักโดยตรง หรือใช้หลายวิธีดังกล่าวข้างต้นร่วมกัน

6. แนะนำการป้องกันและการรักษาแบบประคับประคอง

S: หัวริดสีดวงไหลออกมาเวลาเบ่งอุจจาระ ไอ จาม ออกกำลังกายหรือยกของหนัก ไม่สามารถที่จะหกดกลับเอง อาจจะต้องใช้นิ้วดันจึงจะกลับเข้าไปได้ ผู้ป่วยมักมีอุจจาระปนเลือดอยู่บริเวณทวารหนักตลอดเวลา อาจมีอาการเลือดออก

O: จากการตรวจทวารหนักพบหัวริดสีดวงที่อยู่ภายในจะ ไหลออกมาภายนอก

A: ไรศริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 3

P: การรักษาเช่นเดียวกับการรักษาในระยะที่ 2

1. แนะนำการป้องกันและการรักษาแบบประคับประคอง

2. ในกรณีหัวริดสีดวงขนาดใหญ่จะได้รับการรักษาเช่นเดียวกับระยะที่ 4

S: หัวริดสีดวงไหลไม่สามารถถูกดันกลับเข้าไปได้ อาจมีอาการเลือดออกอาการบวมหรือ อาการอักเสบ มีอาการเจ็บปวดมาก

O: จากการตรวจทวารหนักพบหัวริดสีดวงที่อยู่ภายในจะ ไหลออกมาภายนอกตลอดเวลา บางครั้งมีแผลจากการเสียดสีกับเสื้อผ้าหัวริดสีดวงทวารหนักที่ไหลออกมาภายนอกตลอดเวลาและถูกรีดด้วยหูด เกิดหัวริดสีดวงภายนอกและภายในพร้อมกันหรือหัวริดสีดวงนำจากการขาดเลือด

A: ไรศริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 4

1. การอุดตันของหลอดเลือดภายในกลุ่มหลอดเลือดดำชั้นนอก

2. ริดสีดวงทวารหนักยื่นและขาดเลือดแดงเลี้ยง

3. ริดสีดวงเย็บพลาที่มีขนาดใหญ่และเจ็บปวดมาก

P: การรักษาโดยการผ่าตัด

1. กรณีการอุดตันของหลอดเลือดภายในกลุ่มหลอดเลือดดำชั้นนอก ถ้ามาพบหลังจากมีอาการ 4-5 วัน ก้อนสามารถยุบลงได้เอง ปวดลดลง แต่ถ้าปวดมากควรได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดออก

2. การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาริดสีดวงทวารหนักโดยการผ่าตัด พยาบาลควรให้การดูแลทั้งในระยะก่อน ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาลและระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจค่อนเนื่องที่โรงพยาบาลอย่างครบถ้วนถูกต้องตามแนวทางการเตรียม

ผู้ป่วยในแต่ละระยะบริการ (กรมล วีระวงษ์, 2541 : 9-13 ; กัญญา ออประเสริฐ, 2546 : 87-121 ; ศุภา รุ่งอรุณ, 2542 : 18-21 ; ปิ่นทิพย์ นาคคำ, 2544 : 301-302 ; ปริญญา ทวีชัยการ, 2544 : 107-117 ; สุพล จินดาทรัพย์, 2544 : 88-98, 132) ดังนี้

แนวทางการเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก

1. การให้คำแนะนำในการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย ดังนี้

1.1 การงดอาหารและน้ำ หลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เพื่อให้กระเพาะอาหารและลำไส้ว่าง ป้องกันการไหลย้อนกลับของเศษอาหารและน้ำ

1.2 การเตรียมความสะอาดของร่างกายทั่วไป พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบเหตุผล คือ การอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บสั้น เพื่อลดโอกาสของการนำเชื้อโรคเข้าสู่แผลผ่าตัด การสวนล้างทวารก่อนผ่าตัด 1 ครั้ง คือ คืนก่อนวันผ่าตัด เพื่อให้อุจจาระที่กักค้างในทวารถูกสวนล้างออกมาให้มากที่สุด เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคบริเวณที่จะทำผ่าตัดให้เหลือน้อยที่สุด ป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

1.3 นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

1.4 ถอดเก็บเครื่องประดับ ของมีค่า และฟันปลอม ก่อนไปห้องผ่าตัด

1.5 ถูรถ่ายปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง

2. การเซ็นยินยอมผ่าตัด จะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบในหัวข้อต่อไปนี้ ทุกข้อก่อนให้ผู้ป่วยลงชื่อในใบยินยอม

2.1 การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย

2.2 วิธีการรักษาโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

2.3 อันตรายหรือผลร้ายที่อาจเกิดได้จากการรักษา พร้อมทั้งแนะนำทางเลือกให้

2.4 ความหวังจากการรักษามีมากน้อยเพียงใด

2.5 การพยากรณ์โรค

2.6 ผลที่เกิดจากการไม่ได้รับการรักษา

3. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

3.1 คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เรื่องอาการปวดแผล อธิบายให้ทราบสาเหตุของการปวดแผลผ่าตัดว่าเกิดจากเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด และแนะนำการประเมินความเจ็บปวด วิธีการดูแลและป้องกันอาการปัสสาวะไม่ออก

3.2 การป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด อธิบายให้ทราบถึงกระบวนการหายของแผล ซึ่งต้องอาศัยความสะอาดและการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่แผลผ่าตัด โดยห้ามผู้ป่วยเกาหรือแกะขอบแผลผ่าตัด เพราะทำให้ผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัดฉีกขาด เชื้อโรคจากเล็บมือสามารถเข้าไปในแผลผ่าตัดได้

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะผ่าตัดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ศึกษาผู้ป่วยจากเพิ่มประวัติเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นให้สมบูรณ์ที่สุด ควรใช้คำถามที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ไม่ควรใช้คำถามที่ซ้ำซ้อนหรือคำถามในแบบบันทึก เนื่องจากทำให้ได้ข้อมูลเหมือนเดิม
2. แนะนำตัวเองกับผู้ป่วย บอกวัตถุประสงค์ของกรามาเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พร้อมทั้งสังเกตประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจากการซักถามพูดคุย
3. ให้คำแนะนำในการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ ดังนี้
 - 3.1 อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของโรค
 - 3.2 อธิบายให้ทราบถึงวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ เสริมสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย และในระยะผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้ปลอดภัยจากทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ศัลยแพทย์ พยาบาลทีมผ่าตัด และพยาบาลช่วยเหลือรอบนอก ซึ่งทุกคนพร้อมจะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยตลอดเวลา
 - 3.3 อธิบายให้ทราบถึงสภาพทั่วไปภายในห้องผ่าตัด ให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพได้อย่างคร่าว ๆ ก่อนผู้ป่วยจะมาพบกับเหตุการณ์จริงในระยะผ่าตัด
 - 3.4 อธิบายให้ทราบถึงขาระงับความรู้สึก ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับยาชาเฉพาะที่
 - 3.5 อธิบายให้ทราบถึงสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด การมีแผลผ่าตัดบริเวณทวารหนัก และกรณีที่มีอาการปวดแผลมาก ผู้ป่วยจะได้รับยาบรรเทาอาการปวด
4. ให้คำแนะนำเรื่องของการจัดทำนอน จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าคว่ำแบบมาตรฐาน โดยพยาบาลมีวิธีปฏิบัติ ดังต่อไปนี้
 - 4.1 หนุนศีรษะด้วยหมอนให้สูงใกล้เคียงกับระดับสันหลัง โดยไม่ควรให้สูงกว่าหัวใจ เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณหน้าและคอ นอกจากนี้ต้องควบคุมบริเวณใบหูและบริเวณคอด้านล่างไม่ให้มีการกดทับ ซึ่งจะทำให้เกิดการบวมของเยื่อหุ้มกระดูกได้ หนุนไหล่ทั้งสองข้าง เพื่อช่วยลดการกดทับของทรวงอกด้านหน้า ซึ่งจะทำให้น้ำอกและกะบังลมเคลื่อนไหว ได้อิสระขณะหายใจเข้า และใช้ผ้ารองรับที่ข้อต่อของกระดูกไหลปลาร้ากับกระดูกหัวไหล่
 - 4.2 หนุนหมอนที่สะโพกทั้งสองข้างให้สูงพอที่สามารถสอดมือลอดผ่านได้ท้องผู้ป่วยได้ ข้อสะโพกเล็กน้อย เพื่อช่วยลดการกดทับหน้าท้อง ทำให้น้ำท้องขยายได้ดีขึ้นในเวลาหายใจ
 - 4.3 ม้วนผ้ารองได้เข้าเพื่อให้เข่าเล็กน้อย ควรใช้ผ้าม้วนหนุนรองหลังเท้าเพื่อป้องกันนิ้วเท้ากดทับกับเตียงผ่าตัด

4.4 แขนเหยียดขนานชิดกับลำตัว การจัดท่านอนคว่ำสะดวกสำหรับหัตถ์แพทย์ในการผ่าตัดบริเวณด้านหลังของร่างกาย แต่เป็นท่าที่อาจมีภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ เช่น เกิดการหายใจไม่เพียงพอในผู้ป่วยที่หายใจเอง เนื่องจากขัดขวางการเคลื่อนไหวของทรวงอกและกะบังลม

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักที่โรงพยาบาล

1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงโดยการวัดความดันโลหิต ชีพจร หายใจ ทุกชั่วโมง จนกว่าจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. สังเกตบริเวณแผลผ่าตัดที่ถนัด
3. อาการปวดในระยะ 12 ชั่วโมงแรกภายหลังจากการผ่าตัด ซึ่งในบางรายจะมีอาการปวดมาก การลดความเจ็บปวดที่ดีที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บปวด เนื่องจากการรับยาในขณะที่มีอาการปวดรุนแรงจะไม่ได้ผลดีเท่ากับการรับยาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดเล็กน้อย โดยการกินยาแก้ปวดทุก 6 ชั่วโมง ร่วมกับการให้ยาลดบวมหรือลดการอักเสบที่ไม่ใช่ยาสเตียรอยด์ แต่หลังจาก 24 ชั่วโมงแล้ว อาการปวดจะทุเลาลงอย่างมาก ในบางรายอาจมีอาการปวดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ส่วนยาคัดค้านั้นให้เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดมากเท่านั้น หลังผ่าตัดเสร็จไม่ควรเพิกเฉยในช่องทวารหนัก เพราะจะเกิดการหดเกร็งของทวารทำให้ปวดมากขึ้น
4. สังเกตอาการปัสสาวะไม่ออกใน 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อย เนื่องจากฤทธิ์ยาชา ทำให้ความรู้สึกปวดปัสสาวะลดลงหรือไม่ปวดปัสสาวะเลย และจากอาการปวดทำให้กล้ามเนื้อหูรูดเกร็งตัวไม่สามารถปัสสาวะเองได้ จำเป็นต้องสวนปัสสาวะทั้งภายใน 6 ชั่วโมง เนื่องจากถ้าปล่อยไว้นานจะทำให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัวไม่สามารหดตัวบีบกระเพาะปัสสาวะให้ปัสสาวะออกมาได้สะดวก
5. สอบถามการถ่ายอุจจาระครั้งแรกหลังผ่าตัดหรือการกลั้นอุจจาระหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยเจ็บแผลมากจึงมักจะกลั้นอุจจาระไม่ยอมถ่าย ดังนั้น ในวันแรกหลังผ่าตัดควรให้ยาระบายอย่างอ่อนและเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ จนถ่ายอุจจาระได้ เพราะการถ่ายอุจจาระครั้งแรก ๆ ต้องทำให้อุจจาระนิ่มเพื่อจะได้ไม่ไปเสียดสีแผลผ่าตัดจนเจ็บปวด และควรให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนถ่ายอุจจาระแล้ว หากจำเป็นต้องสวนอุจจาระ จะทำให้ปวดมากยิ่งขึ้น
6. แช่ก้นด้วยน้ำอุ่นอาจทำหลังทำผ่าตัดเสร็จแล้ว 12 - 24 ชั่วโมง โดยแช่ก้นครั้งละประมาณ 15 - 20 นาที เช้า - เย็น และหลังถ่ายทุกครั้ง เพื่อบรรเทาอาการปวด ทำให้เลือดไหลเวียนมาหล่อเลี้ยงแผลริดสีดวงทวารหนักดีขึ้น ทำให้ยุบบวมลดอาการอักเสบ ช่วยให้แผลสะอาดและหายเร็วขึ้น แต่สำหรับผู้ป่วยที่รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลจุฬาฯ แพทย์จะไม่แนะนำให้แช่ก้น เนื่องจากจะทำให้ไหมละลายที่เย็บไว้หลุดและละลายเร็วขึ้น จึงแนะนำให้ชำระล้างแผลบ่อย ๆ ด้วยน้ำฝักบัวจนแผลแห้งสนิท และหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้งควรใช้น้ำล้างไม่ควรใช้กระดาษชำระเช็ด

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนักที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล

โรคริดสีดวงทวารหนักแม้จะรักษาแล้วก็อาจเกิดซ้ำได้ ดังนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคริดสีดวงทวารหนักซ้ำหรือทำให้โรคที่เป็นอยู่แล้วมีอาการรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตนเองขณะอยู่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ดังนี้

1. ในระยะ 2-4 วันแรกหลังผ่าตัด ควรกินอาหารอ่อน เพื่อให้อุจจาระอ่อนนุ่มให้มากที่สุด หลังจากนั้นควรกินอาหารที่มีกากใยสูง เช่น อาหารจำพวก ผัก และผลไม้พอสสมควร เพื่อให้อุจจาระเป็นก้อนแต่นุ่ม ช่วยในการขยายตัวของกล้ามเนื้อทวารหนัก ทำให้อาการปวดและบวมลดลง ระยะหลังผ่าตัดใหม่ๆ ควรหลีกเลี่ยงอาหารรสเผ็ดจัด เพื่อลดการระคายเคืองแผล และความรู้สึกเจ็บแสบกันเวลาถ่ายอุจจาระ
2. ดื่มน้ำประมาณวันละ 6 - 8 แก้ว และการดื่มน้ำแก้วใหญ่ทันทีหลังตื่นนอนตอนเช้าจะช่วยกระตุ้นการขับถ่ายได้
3. รับประทานยาระบายชนิดอ่อน ๆ ช่วยให้อุจจาระนิ่มมากขึ้นหรือเหลวหลังผ่าตัดในช่วง 2-4 วันแรก ควรจะเป็นประเภทเพิ่มกากใยกับอุจจาระ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อไม่ให้เจ็บมากขณะถ่ายอุจจาระครั้งแรก หลังจากนั้นต้องลดยาระบายลงเพื่อให้อุจจาระเป็นก้อนแต่นุ่ม เพราะอุจจาระที่เป็นก้อนนี้จะป็นเครื่องมือดำรงทวารหนักโดยธรรมชาติ เพื่อป้องกันการตีบตันของทวารหนักหลังผ่าตัดได้ดีที่สุด หลีกเลี่ยงการใช้ยาระบายหรือยาถ่ายอย่างรุนแรงหรือใช้บ่อยจนเป็นนิสัย รวมทั้งหลีกเลี่ยงอุปนิสัยการสวนทวารหนักเพื่อให้ถ่ายอุจจาระเป็นประจำเกินความจำเป็น
4. ฝึกอุปนิสัยในการขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอและให้เป็นเวลาทุกวัน หลีกเลี่ยงการกลั้นหรือเบ่งอุจจาระ โดยเฉพาะการเบ่งเพื่อให้อุจจาระก้อนสุดท้ายออกมาจนเกลี้ยง รวมทั้งการนั่งส้วมเป็นเวลานานจนเกินความจำเป็น เช่น อ่านหนังสือขณะถ่ายอุจจาระ
5. หากท้องผูกเป็นประจำให้รับประทานอาหารที่มีกากใย และสังเกตว่าอาหารชนิดใดที่รับประทานแล้วช่วยให้ขับถ่ายได้ง่ายขึ้น ให้รับประทานอาหารชนิดนั้นเพิ่มขึ้น เพื่อช่วยส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระง่ายขึ้น เช่น ข้าวกล้อง ผัก และผลไม้ เช่น มะละกอ มะขาม สับปะรด มะนาว เป็นต้น
6. หลีกเลี่ยงอาหารที่อาจระคายเคืองทางเดินอาหาร เช่น อาหารรสเผ็ดจัด ชา กาแฟ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์
7. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ วันละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง อย่างน้อย 2 - 3 วันต่อสัปดาห์ จะช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น
8. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ติดต่อกันอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน

9. ไม่ควรใช้ห่วงยางรองนั่ง เพราะจะดึงแก้มกันออกจากกันทำให้แผลที่ทวารหนักถูกดึงแยกออกจากกันจะเจ็บมากขึ้น แนะนำให้ใช้ผ้าอนามัยขนาดบาง ๆ ปิดให้แน่นติดรูทวารหนักแล้วใช้แก้มกันหนีบเข้ามาหากัน การนั่งบนผ้าอนามัยจะช่วยรองไม่ให้เกิดความเจ็บปวดได้

10. มาตรวจตามนัดและหากพบว่ามีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีหนองไหลหรือมีเลือดออกทางทวารหนักหลังถ่ายอุจจาระ รู้สึกไม่สบายบริเวณทวารหนัก ในบางรายอาจมีอาการเลือดออกได้บ้างในขณะขับถ่ายหลังจากผ่าตัดได้ 7-8 วัน เกิดจากไหมที่เย็บไว้ละลายทำให้แผลแยกเล็กน้อยขณะขับถ่าย แต่จะออกไม่มากและไม่ควรเกิน 2-3 วัน ถ้าออกมากหรือนานกว่า 3 วันควรพบแพทย์ทันที การสังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีเลือดออกหลังผ่าตัดต้องดูลักษณะเลือดออกว่าเป็นอย่างไร ถ้าเป็นเลือดสด ๆ สีแดง แสดงว่าออกมาจากแผลผ่าตัดที่อาจมีปัญหา ให้ไปพบแพทย์ที่ผ่าตัดเร็วที่สุด แต่ถ้าเป็นเลือดสีจาง ๆ หรือคล้ำ ๆ หรือน้ำเหลืองจะออกมาได้จากแผลผ่าตัดที่เปิดเอาไว้ไม่ได้เย็บปิด และยังคงมีเลือดสีจาง ๆ หรือคล้ำ ๆ หรือน้ำเหลืองจะออกมาต่อไปจนแผลหายสนิท ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์ ให้ดื่มน้ำทำความสะอาดปกติ

11. พยายามหลีกเลี่ยงการยกของหนัก และหลีกเลี่ยงเสื้อผ้าที่คับเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งกางเกงกับ ๆ

12. ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ทันทีที่หายเจ็บหรือเจ็บน้อยลง และถ่ายอุจจาระได้สะดวกโดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 4-5 วันหลังผ่าตัด

13. ควรปรับพฤติกรรมการขับถ่าย เนื่องจากการผ่าตัดนั้นจะตัดเฉพาะริดสีดวงทวารหนักหัวใหญ่ ๆ ที่มีอาการหรือมีปัญหาออกไป ยังคงเหลือหัวริดสีดวงเล็ก ๆ ถ้าผู้ป่วยยังมีอุปนิสัยเบ่งถ่ายอุจจาระอยู่ก็มีโอกาสที่หัวเล็ก ๆ จะโผล่ขึ้นมาอีก แต่ถ้าริดสีดวงทวารหนักที่เกิดขึ้นใหม่มีอาการจนก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยก็ควรมาปรึกษาแพทย์ทันที เพราะมีหลายวิธีที่สามารถจัดการอาการหรือปัญหาออกไปได้โดยไม่ต้องผ่าตัดซ้ำ อย่าปล่อยทิ้งไว้นาน เพราะอาจจะเป็นมาจนวิธีการรักษาอย่างอื่นไม่ได้ผลอีกต่อไป

14. เนื่องจากส่วนหนึ่งของผู้ป่วยที่มีอาการของริดสีดวงทวารหนัก อาจจะพบร่วมกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือทวารหนักได้ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีญาติสนิทเคยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือทวารหนัก ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือทวารหนักมาก่อน เมื่อมีปัญหาถ่ายเป็นเลือด ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อให้ได้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคริดสีดวงทวารหนัก ไม่ใช่โรคร้ายแรงอื่น นอกจากนั้นถ้าเป็นโรคนี้นในระยะแรก ๆ ควรได้รับการรักษาทันที ซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงการรักษาโดยการผ่าตัดได้

จากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางทวารหนักจะนำไปสู่แนวทางปฏิบัติในการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่พยาบาลจะนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ได้อย่างครบถ้วนและถูกต้อง

2.1.4 ผลกระทบจากการเกิดโรคและการรักษาผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนัก

2.1.4.1 ด้านร่างกาย การผ่าตัดเป็นวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับโรคริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 4 และพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 10-20 (Como F and Other, 1995 : 183-186) การผ่าตัดบริเวณลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก และช่องทวารหนัก มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก เนื่องมาจากเบคทีเรียในลำไส้ที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และลักษณะทางกายวิภาคที่มีเส้นเลือดเส้นประสาทมาเลี้ยงมาก รวมทั้งความแคบของช่องเชิงกรานและช่องทวารหนัก ทำให้การผ่าตัดทำได้ยากขึ้น สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ เทคนิคการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง และไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้เสมอ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (สุพล จินดาทรัพย์, 2544 : 133 ; บันลือ เฉลยภักดี, 2545 : 115-116 ; ปริญา ทวีชัยการ และ สหพล อนันต์นำเจริญ, 2546 : 204-208 ; W. Patrick Mazier, 1995 : 249 ; ชูชีพ สหกิจจริงเรือง, 2548 : 177) แบ่งออกเป็น

1. ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนักทันที หรือภายใน 1 สัปดาห์ ซึ่งได้แก่

1.1 ภาวะเลือดออกเฉียบพลัน จะพบใน 24 ชั่วโมงแรก สาเหตุมักเกิดจากเทคนิคที่ผิดพลาดของการผ่าตัด พบได้ประมาณ ร้อยละ 1 ของการผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนัก (ปริญา ทวีชัยการ และ สหพล อนันต์นำเจริญ, 2546 : 204) ส่วนใหญ่เลือดมาจากตำแหน่งริดสีดวงทวารหนักภายนอก ซึ่งสามารถตรวจพบได้ง่ายและรักษาด้วยการเย็บจุดเลือดออก โดยใช้ยาซาเฉพาะที่ และทำการรักษาที่ข้างเตียงผู้ป่วยได้ แต่ถ้าเลือดออกมากหรือมาจากภายในทางช่องทวารหนัก มักเกิดจากการเย็บไม่ดี ต้องนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดใช้ยาซาเฉพาะที่หรือดมยา สำรองให้ชัดเจนแล้วจึงเย็บผูกใหม่

1.2 ภาวะปวดทวารหนักมาก การติดพลาสติกบีบรัดแก้มกันเข้าหากัน อาจเป็นสาเหตุของความเจ็บปวดได้ การเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหูรูดภายใน ก็สามารถทำให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งสามารถระงับได้โดยการใช้แช่กัน ในกรณีผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวดมากๆ หลังผ่าตัดให้สำรวจบริเวณบาดแผลให้ดี เพราะเกิดจากภาวะก้อนเลือดที่ฝ่เย็บ แผลที่ตัดริดสีดวงทวารหนักตามยาว เมื่อมีอุจจาระผ่านแผลจะถูกดึงแยกออก ทำให้เจ็บกว่าแผลที่ตัดตามแนวขวาง หรือแนวเส้นรอบวง

ความเจ็บปวดที่เกิดจากการผ่าตัดทวารหนัก มักจะสามารถระงับได้โดยการให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับยาลดการอักเสบ

1.3 ภาวะปัสสาวะคั่ง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด พบได้ร้อยละ 10-50 หลังการผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนักจะพบในชายมากกว่าหญิงถึง 2 : 1 ซึ่งเชื่อว่ามาจากกายวิภาคของท่อทางเดินปัสสาวะที่แตกต่างกัน สาเหตุเกิดจากความเจ็บปวดและภาวะน้ำเกินมากที่สุด (บันลือ เฉลยกิตติ. 2545 : 115) ความเจ็บปวดและการขยายออกของทวารหนัก ทำให้เกิดการเสียหายที่ในการส่งกระแสประสาทที่ควบคุมการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ และความเจ็บปวดยังกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการหดเกร็งของหูรูดท่อทางเดินปัสสาวะอีกด้วย เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ จึงควรตรวจผู้ป่วยให้ละเอียดก่อนผ่าตัดว่า มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะหรือไม่ เช่น มีต่อมลูกหมากโต การตีบแคบของท่อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขก่อน จำนวนหัวริดสีดวงทวารที่ตัดออก และจำนวนที่ทำยังมากยิ่งมีการตัดของเนื้อเยื่อมมาก จึงทำให้เกิดความเจ็บปวดและบวมมากขึ้น ดังนั้น จึงทำให้มีปัสสาวะลำบากเพิ่มขึ้นด้วย

จากรายงานส่วนใหญ่เชื่อว่าปริมาณสารน้ำที่ให้ในช่วงระหว่างผ่าตัดและช่วง 6 ชั่วโมงแรก ๆ หลังผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดปัสสาวะคั่ง จึงแนะนำให้จำกัดปริมาณให้น้อยกว่า 250-300 ซีซี และปัสสาวะก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปัสสาวะได้เองในช่วงแรกหลังผ่าตัด ถ้าพบให้สวนปัสสาวะ และถ้าพบว่าปริมาณปัสสาวะมากกว่า 500 ซีซี ให้คาสายปัสสาวะไว้ 24 ชั่วโมง เพราะโอกาสน้อยที่ผู้ป่วยจะปัสสาวะได้เอง (ปริญา ทวีชัยการ และ สหพล อนันต์น้ำเจริญ. 2546 : 205)

2. ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลัง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนักแล้ว ประมาณ 1 สัปดาห์

2.1 ภาวะเลือดออกกระยะยาว พบได้ประมาณร้อยละ 0.8-4 ของการผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนักจะเกิดในช่วงเวลาระยะ 4- 14 วันหลังการผ่าตัด (ปริญา ทวีชัยการ และ สหพล อนันต์น้ำเจริญ. 2546 : 205) มักเกิดจากไหมละลายเกิดการปริแยกของแผลเนื้อดีจากการเบ่งถ่ายอุจจาระ หรืออาจเกิดจากปมของการผูกเงื่อนเลื่อนหลุดออกไป โดยเฉพาะในรายที่ผูกปมใหญ่กว่าปกติ อีกสาเหตุหนึ่งคือเกิดจากการติดเชื้อของแผลทำให้มีเลือดออกได้

2.2 ภาวะแผลไม่ติด โดยทั่วไปการติดกันของแผลที่กำลังจะหายจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในการผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนักแบบเย็บปิด ถ้าเย็บได้ดี แผลไม่แยกและไม่มีกรบียดถึงเกินไป จะเกิดการติดกันของแผลที่กำลังจะหายภายใน 2 สัปดาห์ ส่วนในการผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนักแบบเปิด จะใช้เวลาในการหายของแผลช้ากว่าประมาณ 4-6 สัปดาห์ (บันลือ เฉลยกิตติ. 2545 : 116) ในการผ่าตัดทวารหนัก ถ้าแผลไม่หายควรตรวจเพิ่มว่ามีโรคอื่นร่วมด้วยหรือไม่ เช่น วัณโรค

โรคโครนส์ หรือลำไส้เล็กอุดตันบางส่วน เป็นต้น

2.3 ภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ในการผ่าตัดบริเวณทวารหนัก มีโอกาสทำให้เกิดความพร่องของการรับความรู้สึกของทวารหนักจนเกิดการกลั้นอุจจาระไม่ได้ โดยเฉพาะแก๊สและอุจจาระเหลว ซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 50 หลังผ่าตัด แต่ส่วนใหญ่มักจะหายไปเองภายใน 6 สัปดาห์ (บันได เบลยทิตติ. 2545 : 116) จึงควรประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกรายว่ามีการทำงานของหูรูดเป็นอย่างไร เพื่อการตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสม ในการผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนัก เชื่อว่ามีการกลั้นอุจจาระไม่ได้เล็กน้อย เพราะเนื้อเยื่อริดสีดวงทวารหนักทำหน้าที่เหมือนเป็นเบาะรองและเติมช่องว่างที่เหลือที่ด้านเนื้อหูรูดภายในไม่สามารถปิดได้หมด หรืออาจเกิดจากแผลผ่าตัดที่ผิดเทคนิค

2.4 ภาวะอุจจาระอัดแน่น พบประมาณร้อยละ 0.4 (ปริญา ทวีชัยการ และ สหพล อนันต์นำเจริญ. 2546 : 208) มักเกิดในผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทวารหนักทำให้มีปัญหาไม่ถ่ายอุจจาระและท้องผูกได้ เนื่องจากความเจ็บปวดขณะถ่ายอุจจาระ ตลอดจนผลของยาแก้ปวดบางชนิดที่มีผลต่อการเคลื่อนที่ของทางเดินอาหารและลำไส้ เช่น มอร์ฟีน โคดีอีน เป็นต้น เป็นผลทำให้เกิดภาวะอุจจาระอัดแน่น การเริ่มให้ยาระบาย ตั้งแต่หลังผ่าตัดจะช่วยให้สามารถขับถ่ายอุจจาระได้ดีขึ้น แต่เมื่อมีอุจจาระอัดแน่นเกิดขึ้น จะพบว่ามีอาการปวดบริเวณอุ้งเชิงกรานมากผิดปกติ และอาจมีอุจจาระร่วงจากการไหลออกมาของอุจจาระเหลวผ่านส่วนของการอัดแน่นออกมา การรักษาโดยใช้ยาระบายและการสวนอุจจาระมักไม่ได้ผล เนื่องจากไม่สามารถสวนผ่านเข้าไปในลำไส้ใหญ่ส่วนตรงได้ อาจจำเป็นต้องทำการล้างออกในห้องผ่าตัดภายใต้การใส่ยาชา ถ้าไม่ถ่ายใน 3 วันหลังผ่าตัดควรเริ่มให้ยาระบายช่วย

2.5 ก้อนเนื้อยื่น เกิดจากการตัดส่วนที่ขึ้นยาวเกินไปออกไม่หมด หรือเกิดจากการเย็บเย็บอุ้งลำไส้ใหญ่ส่วนตรง โดยที่ดึงเนื้อเยื่อออกมาทางรูทวารมากเกินไป แทนที่จะเย็บติดกลับไปในลำไส้ใหญ่ส่วนตรง ผู้ป่วยจะคลำพบก้อนรอบรูทวารหนักและต้องใช้นิ้วดันกลับเข้าไป ซึ่งจะมีปัญหาน้ำมูกจากสิ่งกีดขวาง ทำให้กันแฉะและคันกันจากการระคายเคืองได้

2.6 ตึงเนื้อ หลังการทำผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนักมักมีการบวมบริเวณแนวทวารหนัก บางครั้งก็เกิดลิ้มเลือดของริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกที่เหลืออยู่ ซึ่งหลังจากการบวมลดลงและลิ้มเลือดละลายไปจะเกิดเป็นตึงเนื้อเหลืออยู่ ซึ่งอาจก่อความรำคาญต่อผู้ป่วย

2.7 การติดเชื้อที่แผลทวารหนัก แม้ว่าบริเวณทวารหนักและลำไส้ใหญ่ส่วนล่างจะมีแบคทีเรียอยู่มาก มีเชื้อโรคมามากจากอุจจาระที่ผ่าน แต่เป็นบริเวณที่มีเลือดมาเลี้ยงมาก ทำให้ความต้านทานต่อการติดเชื้อสูง ภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อจากการทำผ่าตัดทวารหนักและลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง พบได้น้อยมาก

2.8 การติบแคบของทวารหนัก เกิดจากการตัดเนื้อเยื่อบริเวณเอโนเดิมและเย็บเย็บมากเกินไป โดยทั่วไปการตัดริดสีดวงทวารหนักตามแนวยาวของทวารหนักไม่ควรตัดเกิน 3 นิ้ว และให้

เหลือเชื่อมต่อเย็บไว้ระหว่างแผลเสมอเพื่อป้องกันการดิบ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเกิดการดิบแคบของ ทวารหนักสามารถป้องกันได้โดย การทำการขยายช่องทวาร โดยใช้นิ้วมือตรวจในช่วงแรกหลังผ่าตัด แล้วติดตามผู้ป่วยประมาณ 6-8 สัปดาห์ ถ้าพบว่า ไม่มีการดิบแคบจึงหยุดขยายได้ แต่ถ้ามีการดิบแคบ อยู่ควรพิจารณาทำผ่าตัดซ่อมทวารหนัก

2.1.4.2 ด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการทราบ จากอาการ อาการแสดงและความผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การทำงานและการเข้าสังคม ส่งผลต่อความวิตกกังวลของครอบครัวด้วย

2.1.4.3 ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นเครื่องมือหลักในการจัดสรรงบประมาณการรักษามูลค่าผู้ป่วยในให้กับ โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมีความจำเป็นต้องคำนึงถึงสิทธิการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายด้วย ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมนั้นถูกสร้างขึ้นโดยสำนักงานประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา หรือ Health Care Financial Administration (วารสาร เปาอินทร์, 2544 : 63) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือตัดสินใจงบประมาณที่สำนักงานจะจ่ายให้กับ โรงพยาบาล แต่เดิมจ่ายให้ตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ เปลี่ยนมาเป็นจ่ายตามอัตราที่กำหนดไว้ของแต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับประเทศไทยเริ่มนำระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้ในปี พ.ศ. 2541 โดยสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ใช้ในระบบงบประมาณผู้ป่วยประกันสุขภาพและผู้ป่วยรายได้น้อย ต่อมานำมาใช้ในผู้ป่วยประกันสังคม เนื่องจากนโยบายเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบันนี้ รัฐบาลเริ่มใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRG) คือ การจัดกลุ่มผู้ป่วย ที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล และมีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกัน ไว้ในกลุ่มเดียวกัน สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ตลอดระยะเวลา 2 วันที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่ภายในโรงพยาบาลนั้น โดยรวมทั้งสิ้นประมาณ 6,000 บาท

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจะมีการเย็บปิดแผลทั้งหมดทำให้แผลหายได้ทันที ขจัดภาระไหลของน้ำเมือกโดยการเย็บปิดแผลที่ผิวหนังทวารหนัก ผู้ป่วยไม่ต้องการการดูแลพิเศษ จึงสามารถเรียกเก็บเงินจากสำนักงานประกันสุขภาพได้เต็มที่ ขณะที่ในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักสามารถเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดได้ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลภายในระยะเวลา 12-23 ชั่วโมง (Joan C. Stackhouse, 1998 : 228 ; Donna R. McEwen, 2003 : 1192, 1196) ดังนั้น หากมีรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมจากพยาบาล จะสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

เป็นการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในการรักษาพยาบาล ประหยัดงบประมาณรายจ่ายที่ไม่จำเป็น เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพัฒนามาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ ทั้งที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดเรื้อรังเรื้อรังหนักทันทีและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะหลังผ่าตัดเรื้อรังเรื้อรังหนักแล้วประมาณ 1 สัปดาห์ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิต และรบกวนการปฏิบัติชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด อีกทั้งยังก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนืองที่โรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรตระหนักถึงผลกระทบดังกล่าว และหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนืองที่โรงพยาบาล โดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนการจัดการระบบบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ได้อีกแนวทางหนึ่ง

2.2 พยาบาลกับการดูแลต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนืองที่โรงพยาบาล การจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวคิดสำคัญที่จะช่วยให้บริการการพยาบาลในยุคการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นภารกิจที่ได้กำหนดไว้ในกรอบการปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ ภายใต้การใช้กระบวนการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองตามศักยภาพที่ตนเองมีอยู่และเน้นให้ผู้ป่วยแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง เน้นการวางแผนและการทำงานร่วมกับบุคคลเกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้แก่ ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนบุคคลอื่น โดยมีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางของการบริการ (อรพรรณ โดสิงห์, 2546 : 77, 83)

จุฬารัตน์ ศรีวิจิตตานนท์ (2537 : 25) ให้ความหมายของการดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการรักษาพยาบาลที่สถานบริการทางสุขภาพให้บริการแก่ผู้ป่วยให้ดำเนินต่อไปตามขั้นตอนทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ระหว่างการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยอาศัยพื้นฐานของการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและสถานบริการในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

กระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและเกิดขึ้นในโรงพยาบาล จึงประกอบด้วย การวางแผนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในชุมชน

ศิริอร สันฑู (2545 : 87) กล่าวว่า พันธกิจของการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องนั้น ประกอบด้วย ระบบของการรักษาพยาบาลที่ทำให้เกิดคุณภาพที่สูงสุด โดยที่ประเด็นของการรักษาพยาบาลต้องมี จุดเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บุคลากรมีความพึงพอใจ สร้างทีมคุณภาพ (Quality of Health Care Team) ประสานงานระหว่างหน่วยงาน เพื่อที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมากที่สุดตาม ปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องจัดการบนพื้นฐานของกรณีวิเคราะห์งานและการวิจัยเพื่อการประเมินผล

อรพรรณ ไคสิงห์ (2546 : 79-80) เสนอปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถจำแนกได้เป็นปัจจัยหลัก ๆ 2 ปัจจัย คือ การติดต่อสื่อสาร ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร ระหว่างหน่วยงาน โดยสิ่งที่ทำให้การสื่อสารส่วนนี้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การให้ข้อมูลที่ ครบถ้วนเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สิ่งที่เป็น จุดบกพร่องในกระบวนการติดต่อสื่อสาร คือ การส่งต่อข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะข้อมูลด้านจิต สังคมของผู้ป่วย ส่วนการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การติดต่อสื่อสาร ส่วนนี้เป็นส่วนที่สำคัญมาก แต่ยังพบปัญหา คือ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมากเกินไป และ ให้ข้อมูลต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวขาดสมาธิในการรับฟัง วิธีการที่ จะช่วยให้การติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย และครอบครัวมีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่ การจัดทำเอกสารประกอบการให้คำแนะนำและการวางแผนการให้คำแนะนำทางสุขภาพล่วงหน้า ก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล การติดต่อสื่อสารภายในองค์กรที่มีการมอบหมายงานและการระบุบทบาทหน้าที่ของบุคคลในทีมที่ชัดเจน และการสื่อสารจนเกิดการยอมรับและความเข้าใจใน บทบาทของแต่ละคนในทีม ส่วนอีกปัจจัยเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบ ได้แก่ การประสานงาน ระหว่างบุคคลในทีม รูปแบบหนึ่งที่ทำให้เกิดการประสานงานที่ดี คือ การใช้การจัดการรายกรณี โดยมี พยาบาลเป็นผู้จัดการ การเตรียมศักยภาพของพยาบาลผู้ให้บริการ และการจัดหากำลังบุคลากรในการ ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ พยาบาลตลอดจนบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพที่ได้รับการเตรียมความรู้และ ทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการสร้างพันธกิจและบรรยากาศในองค์กรจะช่วยให้ บุคลากรภายในทีมสุขภาพเกิดความมุ่งมั่นในการดำเนินการ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง การจัดแหล่ง และทรัพยากรสนับสนุนที่เพียงพอในองค์กร ทั้งแหล่งสนับสนุนเชิงข้อมูลและองค์ความรู้ การจัดสรร งบประมาณที่มีประสิทธิภาพ การจัดหาผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษา

2.2.1 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลเวชปฏิบัติผู้ให้การดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรทราบนักที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด ด้วยการจัดการให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการส่งเสริมรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องภายในองค์กร โดย จูฬารัตน์ ศรีวิจิตตานนท์ (2537 : 25-37) เสนอว่า การดูแลต่อเนื่องมี 3 องค์ประกอบ คือ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2.2.2 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และคณะ (2546 : 5) ให้ความหมายของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย คือ กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากร ในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหา ความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินคิดตามผลอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานบริการ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย การมีแผนการจำหน่ายที่สื่อความหมายในการปฏิบัติ และมีกระบวนการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้าน หรือการดูแลภายหลังจำหน่าย (ฤกษ์ดา แสงวงดี, ศีรพร สติธิ์อังกูร์ และ เรวดี ศีรินทร, 2539 : 4) ส่วนกระบวนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ คือ ตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหรือหน่วยเตรียมการก่อนรับผู้ป่วย (ฤกษ์ดา แสงวงดี, ศีรพร สติธิ์อังกูร์ และเรวดี ศีรินทร, 2539 : 9-21 ; วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และคณะ, 2546 : 6 ; ฟารีดา อิบราฮิม, 2546 : 25-34) โดยมีขั้นตอนในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย จะกระทำทันทีที่ประเมินผู้ป่วยได้ในครั้งแรก จะช่วยคาดการณ์ได้ถึงสภาพผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ข้อจำกัดหรือความพร้อมด้านสุขภาพ ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพร้อมในการเรียนรู้ สภาพจิตใจและอารมณ์ ความสามารถในการรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง ระดับแรงจูงใจ ตลอดจนความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

2. การวางแผนการจำหน่าย เป็นการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะบอก ลักษณะปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและจะกำหนดสภาพการณ์ของผู้ป่วยก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล โดยทั่วไปแล้วข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอาจกำหนดได้เป็นข้อวินิจฉัย ตามปัญหาเฉพาะหน้าและวินิจฉัยตามความต้องการการดูแลที่บ้านภายหลังการจำหน่าย เป็นต้น ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังกล่าวจะนำไปสู่การกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย เมื่อจะจำหน่ายจาก โรงพยาบาลต่อไป

ในการวางแผนการจำหน่ายพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถปฏิบัติ (กฤษณา แสงวงดี ชีพร สติธรังกูร และ เรวดี ศิรินคร. 2539 : 4-5) ดังนี้

- 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และผู้ป่วยกับผู้ป่วย
- 2) สอน ให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับ โรคที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- 3) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้
- 4) สนับสนุนในด้านความคิด หรือการกระทำกรใด ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- 5) ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
- 6) เป็นที่ปรึกษาปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วย
- 7) ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเอง
- 8) พัฒนาทักษะที่มีความจำเป็นในการควบคุมโรค
- 9) สร้างบรรยากาศการเรียนรู้
- 10) เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย แพทย์ หรือนักสังคมสงเคราะห์
- 11) ช่วยผู้ป่วยสร้างแรงจูงใจ
- 12) ส่งเสริมความรักความอาทรห่วงใยซึ่งกัน ในหมู่สมาชิก

3. การนำแผนการจำหน่ายไปใช้ สิ่งที่พยาบาลจะต้องกระทำภายหลังการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับบ้าน คือ ให้มีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจอย่างเพียงพอ โดยจัดให้มีการสอน และสาธิต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและปฏิบัติได้ และเป็นผู้ประสานงานจัดหาแหล่ง บริการภายนอกโรงพยาบาลที่จำเป็น อาจต้องนำแผนการจำหน่ายไปเชื่อมโยงกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลในระยะยาว

4. การติดตามและประเมินผล เพื่อประเมินผลว่าแผนการจำหน่ายได้รับการปฏิบัติและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คาดหวังหรือไม่ พยาบาลต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยพร้อมจะกลับบ้านอย่างปลอดภัย

ดังนั้น บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังดวงทวารที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยเริ่มจากการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งด้าน

ร่างกาย และจิตใจแล้ว วางแผนการจำหน่ายด้วยการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่มีลักษณะ ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและสภาพการณ์ของผู้ป่วยก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล ได้ข้อวินิจฉัยตาม ปัญหาเฉพาะหน้า และวินิจฉัยตามความต้องการการดูแลที่บ้านภายหลังการจำหน่าย แล้วนำแผนการ จำหน่ายไปใช้ โดยพยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับบ้าน ทั้งการมีความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและปฏิบัติได้และประสานงานจัดหาแหล่งบริการภายนอกโรงพยาบาล ที่จำเป็น อาจต้องนำแผนการจำหน่ายไปเชื่อมโยงกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลในระยะยาว แล้ว ติดตามและประเมินผลว่าผู้ป่วยพร้อมจะกลับบ้านอย่างปลอดภัย

2.2.3 การส่งต่อผู้ป่วย

การส่งต่อผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญกระบวนการหนึ่งในการวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสาธารณสุข แห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งสามารถให้บริการเหมาะสมกว่า การส่งต่อผู้ป่วยอาจแบ่งออกเป็นการ ส่งจากประชาชนหรือสาธารณสุขมูลฐานมายังระบบบริการ การส่งต่อระหว่างสถานบริการ การส่งต่อ ภายในสถานบริการ และการส่งต่อกลับชุมชน ซึ่งมีบุคลากรที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายคน หลายระดับ จึงควรมีการกำหนดกลไกการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องขึ้นในทุกระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่แรก รับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้านหรือการดูแลหลังจำหน่าย (กฤษดา แสงคีรี ธีรพร สติรอังกูร และ เรวดี ศิรินคร. 2539 : 25) ดังนี้

1. กำหนดให้มีกลไกการติดต่อสื่อสารเพื่อส่งต่อการดูแล ทั้งการสื่อสารด้วยวาจาและการ สื่อสารด้วยเอกสาร
2. กำหนดให้มีช่องทางการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน เช่น พยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วย นอกส่งเอกสารรายงานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย เพื่อให้ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายหลังการรับการรักษา เป็นต้น
3. กำหนดให้มีช่องทางการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลทั้งในทีมงานของตนเอง และ ระหว่างสาขาในลักษณะสหสาขาวิชา

ดังนั้น บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดย การผ่าตัด ควรมีการกำหนดกลไกการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขึ้นในทุกระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล โดยกำหนดให้มีการติดต่อสื่อสารเพื่อส่งต่อการดูแล ทั้งการสื่อสารด้วย วาจา และการสื่อสาร ด้วยเอกสารระหว่างพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกไปยังพยาบาลงานการ พยาบาลผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยอีกทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลทั้งในทีมงานของตนเอง และ

ระหว่างสาขาในลักษณะสหสาขาวิชา เพื่อให้คิดคามดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายหลังการรับการรักษาจนถึง การดูแลที่บ้าน

2.2.4 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นส่วนประกอบของความต่อเนื่องของบริการสาธารณสุขแบบ ผสมผสาน ที่ให้บริการต่อบุคคลและครอบครัว ณ ที่อยู่อาศัยของประชาชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่ม ระดับการพึ่งตนเอง ลดภาวะพิการ และลดความเจ็บป่วยรวมถึงความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย บริการที่ให้จะ ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จะต้องอาศัยการวางแผนและความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพื่อดำรงไว้ ซึ่งบริการที่มีคุณภาพและต่อเนื่องต่อไป โดย ที่ศานา บุญทอง (2545 : 46) ได้เสนอบทบาท ของพยาบาลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน ดังนี้

1. การให้การพยาบาลโดยตรง ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน พยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ให้ครอบครัวรู้สึกถูก ทอดทิ้ง ประเมินครอบครัว ประเมินบทบาท หน้าที่ของสมาชิกแต่ละคน ความรับผิดชอบ ปฏิสัมพันธ์ ของสมาชิก ผู้นำการตัดสินใจในการแก้ปัญหา ค่านิยม ความเชื่อ ฐานะเศรษฐกิจ การสนับสนุนของ ครอบครัว สภาพแวดล้อม ตลอดจนองค์ความรู้ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาร่วมกับพยาบาล พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
2. บทบาทในการสอน ให้การสนับสนุนและชี้แนะแก่ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อพัฒนาให้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ตลอดจนการสร้าง สิ่งแวดล้อมใหม่ที่บ้าน เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
3. การเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ขณะมาตรวจตามแพทย์นัดทางโทรศัพท์ นอกจากนั้นเป็นที่ปรึกษาให้แก่บุคลากร ในทีมสุขภาพเกี่ยวกับภาวะดูแลสุขภาพที่บ้าน
4. ทำงานประสานความร่วมมือกับบุคลากร ในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการนำข้อมูล ปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้ ประกอบกับต้องมีความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มาเป็นข้อมูล ในการช่วยให้คุณภาพของการบริการสุขภาพดีขึ้น และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี
5. ค้นคว้า และใช้ผลงานวิจัย และทำงานวิจัย จากปัญหาต่าง ๆ ที่พบในระบบการบริการ สุขภาพที่บ้าน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนพัฒนางานบริการดูแลสุขภาพที่บ้านให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ดังนั้น บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรได้รับการรักษาโดยการ ผ่าตัดที่บ้านนั้นเป็นการ ให้การพยาบาล โดยตรงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรดูแลและครอบครัวโดยต้อง

ประเมินครอบครัวแล้วแสดงบทบาทในการพัฒนาให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย หากพบปัญหาจะมีวิธีการให้คำปรึกษา ที่เหมาะสมด้วยการทำงานประสานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ

จากที่กล่าวมาจึงถือว่านอกจากพยาบาลเวชปฏิบัติจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจทั้งด้านปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ในทุกระยะของการมารับ บริการแล้วนั้น ยังควรต้องรู้และเข้าใจเกี่ยวกับบริการที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย เพราะเป็นกระบวนการที่ เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ นอกจากจะปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลที่ถือเป็นการวางแผนการจำหน่าย ที่เหมาะสมแล้ว ยังเป็นผู้จัดการรายการณีกิจสถานบริการตติยภูมิหรือทุติยภูมิเป็นผู้ประสานกับบุคลากร ที่โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีอนามัยในการวางแผน ถ่ายทอดวิธีการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความ เชื่อมโยงเป็นกระบวนการจัดการพยาบาลให้ต่อเนื่อง และสามารถมาพิจารณาวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตลอดระยะเวลาครั้งหนึ่ง ๆ อย่างไม่ขาดช่วง (ศิริอร สีนุ, 2545 : 91 ; อรพรรณ โตสิงห์, 2546 : 77-80) ผลที่เกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องใน ระยะพักฟื้นไม่เกิดอาการกลับซ้ำ ลดอัตราการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลซ้ำโดยไม่จำเป็น การลด ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย และจากการรักษา รวมทั้งควรให้เกิดการฟื้นฟู หายโดยเร็ว และยั่งยืน (จุฬารัตน์ ศรีวิจิตตานนท์, 2537 : 25-37 ; ศิริอร สีนุ, 2545 : 91 ; วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และคณะ, 2546 : 9)

2.3 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องด้วยการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเป็นวิจัยประเภทหนึ่งที่พัฒนามาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการวิจัย เชิงปฏิบัติการมีหลักการที่จะส่งเสริมหลักความเท่าเทียม การกระจายอำนาจ การกระจายความรู้ ความ เป็นอิสระ การสร้างเสริมพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย และการได้รับประโยชน์จากการวิจัย ทั้งผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2545 : 143) โดย สอดรับกับงานวิจัยนี้ ตรงที่ต้องการศึกษาสภาพการณ์การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทั้งระบบบริการ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรค เรื้อรังตติยภูมิที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อวิเคราะห์แนวทางการแก้ปัญหาและตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังตติยภูมิที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในทุกระยะ ที่ได้จากการ มีส่วนร่วมของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ใหม่ได้ จากกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกันสามารถเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งผู้ร่วมวิจัยยังมีโอกาสในการร่วมแสดงการ วิเคราะห์ปัญหา ค้นหาปัญหา วางแผนเพื่อแก้ไขปัญหานั้น ๆ ดังนั้น กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

จึงสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงตารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และผู้ให้บริการใช้ความรู้ความเข้าใจในการตระหนักถึงปัญหาและหาแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2.3.1 ลักษณะของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ร่วมวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย สามารถได้ความรู้ใหม่หรือกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยแก้ไขปัญหามองข้ามของความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่ในคนกับความรู้ทางวิชาการ ลักษณะการวิจัยแบบมีส่วนร่วมจึงประกอบด้วย การค้นหาปัญหา เพื่อให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหา การมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และธรรมชาติของกระบวนการเรียนรู้จากงานวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การค้นหาปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหา เป็นกระบวนการระยะแรกที่สำคัญของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่ต้องค้นหาปัญหาร่วมกัน โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ตรวจสอบปรากฏการณ์ของปัญหาอย่างครอบคลุม สามารถอธิบายและสร้างความตระหนักถึงปัญหารับรู้ถึงปัญหาที่มี สามารถระบุถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้
2. การมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เป็นกระบวนการหลักที่จะช่วยให้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของกระบวนการ ซึ่งผู้วิจัยควรเป็นสื่อกระตุ้นให้เกิดความคิดวิเคราะห์ถึงประเด็นตามกระบวนการ ตั้งแต่การวิเคราะห์ถึงปัญหาของตนเอง ชี้ประเด็นปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา สะท้อนคิดเพื่อปรับแผนให้เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยต้องส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมแก่ผู้ร่วมวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนรู้ปัญหาและการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
3. ธรรมชาติของกระบวนการเรียนรู้จากงานวิจัย เนื่องจากธรรมชาติของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม คือ การเรียนรู้ร่วมกัน ดังการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงตารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงตารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด พยาบาลและสัตยแพทย์ได้แสดงความคิดเห็น จากการสัมภาษณ์เจาะลึกเพื่อมองหาปัญหาและความต้องการที่ชัดเจน มีการวางแผนแก้ไขปัญหามีการสะท้อนคิดข้อมูลที่ได้ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลจากความคิดของทุกคนที่เกี่ยวข้องนำมาวิเคราะห์ แล้วเสนอให้แก่แต่ละกลุ่มสะท้อนคิด ร่วมแสดงความคิดเห็นของข้อมูลที่ได้ให้แก่ผู้ร่วมวิจัยรับทราบและให้ข้อคิดเห็นร่วมกัน

จากที่กล่าวมาจึงถือได้ว่า ทั้งหลักการ คุณลักษณะของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ตรงที่ ต้องการศึกษาศาภาพการณ์การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย โรคจิตเสีดวงตารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทั้งระบบบริการ ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเสีดวง

ทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อวิเคราะห์แนวทางการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ด้วยการทำงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วย พยาบาล และศัลยแพทย์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยถือว่า วิธีการแสวงหาความรู้แบบนี้สามารถสร้างความรู้ใหม่ได้จากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การมีส่วนร่วมและการสร้างเสริมพลังอำนาจ ซึ่งเป็นจุดเน้นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย สามารถเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้งผู้ร่วมวิจัยยังมีโอกาสในการร่วมแสดงการวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาปัญหา วางแผนเพื่อแก้ไขปัญหานั้น จากการดำเนินการเพื่อนำไปปรับแผนที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด รูปแบบของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยควรมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานบริการ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้บอกความปรารถนาของตนเอง และมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลที่บ้าน และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาร่วมกับพยาบาล พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ และผู้ป่วย จะต้องเป็นการประสานกันระหว่างสถานบริการตติยภูมิ ทติยภูมิและปฐมภูมิ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพ ในทุกช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วยครั้งนั้น ๆ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโรคริดสีดวงทวารหนักอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

2.4 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวถึง ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การพยาบาลที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนัก การรักษาโดยการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาโรคริดสีดวงทวารหนักโดยการผ่าตัด และกระบวนการการดูแลต่อเนื่องตามลำดับ ดังนี้

จากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความต้องการทราบข้อมูล จากการศึกษาข้อมูลที่ผู้ป่วยศัลยกรรมได้รับขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สํารวจความต้องการ การได้รับทราบ ความเข้าใจ และความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับ รวมทั้งแหล่งของข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ในผู้ป่วยศัลยกรรมมีความต้องการทราบเกี่ยวกับข้อมูลเมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา คำอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนการจำหน่าย ร้อยละ 62.0 ถึง 99.4 ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 29.4 ต้องการทราบข้อมูลเรื่องระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล และ

ร้อยละ 45.0 ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลพิเศษเฉพาะกรณี ส่วนข้อมูลเมื่อแรกรับไว้ในโรงพยาบาลและข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา เป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบมากถึงร้อยละ 96.1 และ 95.0 แต่ได้รับทราบเพียง ร้อยละ 61.7 และ 21.1 ผู้ป่วยร้อยละ 77.8 ถึง 98.9 มีความเข้าใจและพึงพอใจต่อข้อมูลคำอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนการจำหน่าย (สิริวิรัตน์ ฉัตรชัยสุชา นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ อนุอมขวัญ ทวีบูรณ์. 2531)

จากปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูล ผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกันมีความต้องการข้อมูลต่างกัน ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง มีความต้องการข้อมูลในระดับสูง เมื่อพิจารณาความต้องการข้อมูลเป็นรายด้านนั้น ผู้ป่วยต้องการหมวดการฟื้นฟูสภาพมากที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ตามปกติตามลำดับ ความต้องการข้อมูลเป็นรายชื่อ พบว่า ผู้ป่วยต้องการมากในเรื่องของผลการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดตามลำดับ (เสงี่ยม ช้วยนุ้ย และ ชวนพิศ มีสวัสดิ์. 2543)

จากปัญหาความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การศึกษาการรับรู้ความเจ็บปวด และวิธีบรรเทาความเจ็บปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องใน 3 วันแรกนั้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากแผลผ่าตัด โดยพบว่า ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดรุนแรงที่สุดในระยะวันที่ 1 หลังผ่าตัด การดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดที่ถูกควบคุมมาก 3 อันดับแรก คือ การเดิน การกระทำกิจวัตรประจำวัน และความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต ตำแหน่งของความเจ็บปวดบริเวณผ่าตัด ส่วนใหญ่อยู่ที่ลิ้นกรรกับที่ผิว ๆ ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความเจ็บปวดนอกบริเวณผ่าตัดด้วย ความเจ็บปวด 4 ลักษณะแรกที่พบมากคือ ปวดตึง เจ็บจืด ปวดสืบ และปวดเมื่อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีปัจจัยที่เพิ่มความเจ็บปวด คือ การเปลี่ยนท่า การไอ และการนอนนาน ๆ และรับรู้ว่ามีปัจจัยที่ลดความเจ็บปวด คือ ยาแก้ปวด (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์. 2535)

การศึกษาคำแนะนำและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 65.93 มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกรดไหลย้อน ผู้ป่วยร้อยละ 77-96 มีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ทำให้ถ่ายอุจจาระสะดวก และสำหรับการปฏิบัติตัวนั้น ผู้ป่วยร้อยละ 58-92 ที่ได้ปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในขณะที่มีอาการโรคกรดไหลย้อน (ลาวัณย์ ผลสมภพ สมองค์ วงศ์ และ ศิริลักษณ์ อุปโส. 2540 : 45-52)

การศึกษาคำแนะนำและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนแบบปิดและแบบเปิด พบว่า ทั้ง 2 วิธีเป็นการรักษาโรคกรดไหลย้อนที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมในผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนชนิดที่ 2-3

และเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 4 การผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบเปิดไม่เสี่ยงต่อการเกิดการแยกของแผลผ่าตัด การหายดีของแผลดีกว่า แม้ว่าระยะเวลาการหายของแผลนานกว่า และไม่ช่วยในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ส่วนการผ่าตัดริดสีดวงทวารแบบเปิดจะดีกว่าที่ใช้เวลาการผ่าตัดสั้นกว่า จะพบอัตราการปวดน้อยกว่า และพบเพียงความไม่สบายในช่วงแรก ๆ ส่วนภาวะแทรกซ้อนของการรักษาริดสีดวงทวารหนักโดยการผ่าตัด การกั่งก้างของปีศาจพบประมาณร้อยละ 10-20 สาเหตุนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจเกิดจากการสูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะปีศาจต่อการตอบสนองของการเจ็บปวด และการได้รับสารน้ำระหว่างผ่าตัด และการมีเลือดออกใน 7-10 วันหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดและการแก้ไขตั้งแต่ในห้องผ่าตัด (Arbman G, Krook H and Haapaniemi S. 2543; Genicosmanoglu R and Others. 2002; Como F and Others. 1995)

ดังนั้น วิธีการพยาบาลเพื่อลดปัญหาความวิตกกังวลและตอบสนองปัญหาความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก มีดังนี้

1. การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความปวดต่อระดับความปวดและความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า เมื่อครบ 24,48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด คะแนนความปวดน้อยกว่าและมีความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่า ส่วนการฝึกผ่อนคลายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดใช้ลดความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยให้ฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนโดยไม่เกร็ง และการจินตนาการนึกภาพในทางบวก โดยฟังจากเทปร่วมกับให้ได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยตามปกติ และจำนวนครั้งของการฉีดยาแก้ปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดน้อยกว่า มีระยะห่างของการฉีดยาแก้ปวดนับจากหลังผ่าตัดจนถึงการฉีดยาครั้งแรกนานกว่า มีความรู้สึกเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน เมื่อวัดหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงน้อยกว่า เมื่อกลับจากผ่าตัด (จิราภรณ์ สิงหเสนี. 2548)

2. การศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย คะแนนความรู้สึกเจ็บปวด คะแนนความทุกข์ทรมานเฉลี่ย และพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูล และการศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิบัติการตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเด้านม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกเจ็บปวด มีความทุกข์ทรมาน มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม (อุราวดี เจริญไชย และคณะ. 2543)

3. การศึกษาการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับขาระงับความรู้สึก ผลการศึกษาไม่พบอุบัติการณ์การถูกการเลื่อนผ่าตัดทั้งก่อนและหลังการใช้มาตรฐาน หลังใช้มาตรฐานการพยาบาล พบว่า มีอุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่ได้รับการวางแผน การอาเจียน และระยะเวลาของการรักษาในโรงพยาบาลลดลง คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ด้านคุณภาพการบริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร การมีมนุษยสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่มีค่ามากกว่าก่อนการใช้มาตรฐาน (วิไลลักษณ์ จริยากุลวงศ์, 2545)

4. การศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า คุณภาพการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดีมาก 45 กิจกรรม อยู่เกณฑ์ดี 9 กิจกรรม และต้องปรับปรุง 4 กิจกรรม ซึ่งได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ การประเมินความวิตกกังวลและความกลัว อันเนื่องจากการผ่าตัด การร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและญาติในการแก้ไขปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างเหมาะสม รวมทั้งการสำรวจเอกสารอื่น ๆ ก่อนการผ่าตัด และพบว่า ร้อยละ 3 ของพยาบาลวิชาชีพตอบว่าไม่มีเวลาในการปฏิบัติ 4 กิจกรรมดังกล่าว ส่วนผู้ช่วยพยาบาลให้เหตุผลว่าเป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติเอง (พินิจ ปริษานนท์ และ วราภรณ์ โกมารกุล ณ นคร, 2540) การศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองต่อทัศนคติทัศนที่เกี่ยวกับร่างกาย ความรู้ และการปฏิบัติตน เพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนและการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้คู่มือ มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์เป็นไปในทางบวกมากขึ้น และมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพเพิ่มขึ้นและการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์เป็นไปในทางบวกมากกว่า มีความรู้และการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพดีกว่าผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่เรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้คู่มือ (ขวัญตา ไผ่หยงงาม, 2534)

5. วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยใช้เกือบทุกคน คือ การพลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย วิธีที่แพทย์ใช้มากที่สุด คือ การให้ความสนใจเอาใจใส่ในความเจ็บปวด ส่วนวิธีที่พยาบาลใช้มากที่สุด คือ การให้ความช่วยเหลือในการกระทำกิจกรรมระหว่างที่มีอาการปวดสำหรับการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยยา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 96 ได้รับยาแก้ปวดในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และส่วนใหญ่ได้รับ 1-3 ครั้ง ในวันที่ 2 มีผู้ป่วยร้อยละ 58 ได้รับยาแก้ปวด และส่วนใหญ่ได้รับ 1-2 ครั้ง ส่วนในวันที่ 3 มีผู้ป่วยร้อยละ 47 ได้รับยาแก้ปวด และส่วนใหญ่ได้รับ 1 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่ายาแก้ปวดมีฤทธิ์อยู่ได้นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป ประสิทธิภาพของการบรรเทาความเจ็บปวดในแต่ละวันอยู่ในระดับปานกลาง วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุด คือ การได้รับยาแก้ปวด ได้รับการดูแลและคำแนะนำ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดูแลในปัญหาความเจ็บปวดที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลในระดับปานกลางและมาก (สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ ดนอมขวัญ ทวีบุรณ์, 2531 ; เสงี่ยม ช่วยนุ้ย และ ชวนพิศ มีสวัสดิ์, 2543 : 103-117)

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด เน้นการบรรเทาความเจ็บปวด เพราะผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดรุนแรงที่สุดในวันที่ 1 ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดและส่วนใหญ่จะได้รับ 1-3 ครั้ง ฤทธิ์ยาแก้ปวดมีอยู่ได้นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป การเปลี่ยนท่า การไอ และการนอนนาน ๆ เป็นการเพิ่มความเจ็บปวด วิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยเกือบทุกคนใช้ นอกจากยาแก้ปวดซึ่งเป็นวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุดแล้วยังมีการพลิกตัวให้อยู่ในท่าที่สบาย และวิธีที่แพทย์ใช้มากที่สุด คือ การให้ความสนใจเอาใจใส่ในความเจ็บปวด ส่วนพยาบาลใช้การให้ความช่วยเหลือในการกระทำกิจกรรมระหว่างที่มีอาการปวดมากที่สุดในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด โดยให้ฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนโดยไม่เกร็ง และจินตนาการนึกภาพในทางบวก โดยฟังจากเทปร่วม กับให้ได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำหอ จะทำให้มีความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากแผลผ่าตัดในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด และจำนวนครั้งของการฉีดยาแก้ปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดน้อยลง ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับแผนการรักษา ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน คำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนการจำหน่าย ด้วยการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง ตั้งแต่เมื่อแรกรับ ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพเพิ่มขึ้น จะสามารถแก้ไขปัญหาความวิตกกังวล ความรู้สึกเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ตั้งแต่การวางแผนการจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการปรับตัวคือโรคและการรักษา (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2535)

จากกระบวนการการดูแลอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงกระบวนการด้านการวางแผนการจำหน่ายในปัจจุบันดำเนิน ไปอย่างไม่เป็นระบบ และมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านการวางแผนการจำหน่ายของพยาบาล (วันเพ็ญ หิซิดพรชัย ทัศนา บุญทอง และ Annette Street, 2545 : 109) จึงได้มีการศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างผู้ดูแลทารกโรคอุจจาระร่วงกลุ่มที่ทารกได้รับการวางแผนการจำหน่ายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกโรคอุจจาระร่วงที่บ้านของผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (จุลิศพร อิมสุขไพจิตร, 2547) และจากการศึกษาประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตลดลงจนเข้าสู่ระดับปกติ และมีแนวโน้มที่จะคงที่อยู่ในระดับปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจากเดิมตลอดจนส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวลดลง จนทำให้ดัชนีน้ำหนักของร่างกายเข้าสู่ระดับ

ปกติมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (อุ๋นใจ เครือสถิต. 2542) การศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อความรู้และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้น ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเอง และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสัลยกรรมกระดูกระยะพักฟื้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านกับที่ได้รับการบริการตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน เมื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านในกลุ่มทดลองแล้ว พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ณัฐชยา พลางชีวะ. 2542)

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้กล่าวถึงทั้งหมดนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติควรตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ทั้งความต้องการข้อมูล ความวิตกกังวลและความเจ็บปวด แล้วค้นหาแนวทางการแก้ไขร่วมกันกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคสัควงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคสัควงทวารหนักมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาหาร และได้ปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองขณะที่มีอาการโรคสัควงทวารหนัก ผู้ป่วยโรคสัควงทวารหนักในระยะที่ 2-3 และ 4 มีวิธีการรักษาที่ดีและเหมาะสมที่สุด คือ การผ่าตัดโรคสัควงทวารหนัก ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การมีเลือดออกใน 7-10 วันหลังผ่าตัดและการกั่งค้างของปัสสาวะ ซึ่งการผ่าตัดโรคสัควงทวารหนักแบบปิด มีการหาคิดของแผลดีกว่า และไม่เสี่ยงจากการแยกของแผลผ่าตัด แต่ไม่ช่วยในการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัด นอกจากนี้พยาบาลควรมีบทบาทของทั้งในด้านการให้ข้อมูล การดูแลด้านจิตใจและการฝึกทักษะต่าง ๆ บทบาทเชิงรุก เริ่มตั้งแต่การเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวจากการผ่าตัดเร็วขึ้น ควรสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ การประเมินความวิตกกังวลและความกลัวอันเนื่องจากการผ่าตัด การร่วมวางแผนกับผู้ป่วย ในการแก้ไขปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างเหมาะสม รวมทั้งการสำรวจเอกสารอื่น ๆ ก่อนการผ่าตัด

จากกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคสัควงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งโดยหลักการของระเบียบวิธีการวิจัยที่อธิบายมาข้างต้นสามารถทำให้ผลการวิจัยสะท้อนถึงสภาพการณ์การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคสัควงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทั้งระบบบริการผู้ป่วยโรคสัควงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคสัควงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และวิเคราะห์เป็นแนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคสัควงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่ตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการนั้น ๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้วิจัยศึกษาสภาพการณ์การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังดวงตารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จากทั้งระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังดวงตารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังดวงตารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังดวงตารหนักได้รับการวินิจฉัยจากศัลยแพทย์ และต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดทั้งที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกในระยะก่อนผ่าตัด ในระยะผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล ๗ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยศัลยกรรม และระยะหลังผ่าตัดที่บ้าน จนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ๗ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยวิเคราะห์แนวทางการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการภายใต้ระบบการดูแลต่อเนื่อง แล้วสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังดวงตารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด แล้วนำเสนอความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

