

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ศึกษากระบวนการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด และพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมีและไม่มีส่วนร่วมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 8 ราย ศัลยแพทย์ จำนวน 1 ราย พยาบาล จำนวน 8 ราย ทั้งจากงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งาน การพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรม ห้องผ่าตัด รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 17 ราย ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย
- 4.2 สภาพการณ์การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด
 - 4.2.1 ระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด
 - 4.2.2 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด
- 4.3 แนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด
- 4.4 รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ในการศึกษานี้ มีผู้ร่วมวิจัยทั้งด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้รับบริการรวมทั้งหมด จำนวน 17 ราย โดยผู้ร่วมวิจัยด้านผู้ให้บริการ รวมทั้งหมด จำนวน 9 ราย ประกอบด้วย พยาบาล จำนวน 8 ราย

และศัลยแพทย์ จำนวน 1 ราย โดยข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปนั้น จำแนกตามเพศ พบว่า เป็นเพศหญิง ทั้งหมด มีอายุ ระหว่าง 30-53 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 5 ราย และโสด จำนวน 4 ราย ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 7 ราย และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 2 ราย จำนวนปีที่ปฏิบัติงานระหว่าง 8-31 ปี และสถานที่ปฏิบัติงานทั้งที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด และงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้ร่วมวิจัยด้านผู้รับบริการ ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 8 ราย โดยข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปนั้น จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และจำนวนปีที่ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแสดงในตารางที่ 4.1 ดังนี้

ตารางที่ 4.1

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัยด้านผู้รับบริการ

ลักษณะ กลุ่ม	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ สมรส	ระดับการศึกษา	อาชีพ	จำนวนปีที่ เป็นโรค หลอดเลือดหัวใจ
กลุ่มผู้รับบริการ						
ID 10101	ชาย	50	คู่	ประถมศึกษา	เกษตรกร	30
ID 10102	ชาย	68	คู่	ประถมศึกษา	เกษตรกร	10
ID 10103	หญิง	69	คู่	ปริญญาตรี	เกษียณราชการ	30
ID 10104	หญิง	54	คู่	ประถมศึกษา	ค้าขาย	32
ID 10105	ชาย	47	คู่	ม.ปลาย	ลูกจ้าง	1
ID 10106	หญิง	56	คู่	ประถมศึกษา	แม่บ้าน	20
ID 10107	หญิง	20	โสด	ปริญญาตรี	นักศึกษา	6
ID 10108	หญิง	48	โสด	ปริญญาตรี	รับราชการครู	10

4.2 สภาพการณ์การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสภาพการณ์การบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ตามระยะของระบบบริการ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วยระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้าน จนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยขอนำเสนอเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด
2. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

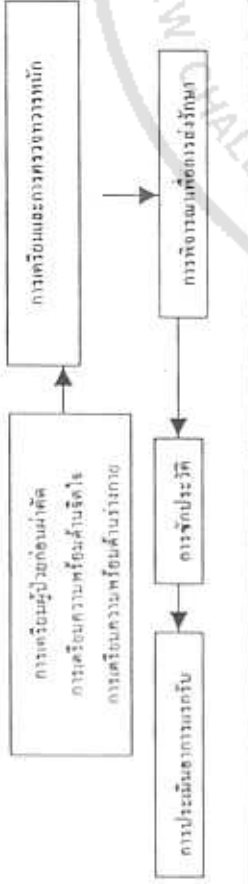
4.2.1 ระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

จากสถิติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดจิตเสีดวงทวารหนักเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากสถิติในปี พ.ศ. 2544-2548 จำนวน 276 ราย 289 ราย 258 ราย 309 และ 339 รายตามลำดับ ซึ่งคิดเป็น 27.4% 25.3% 24.7% และ 23% ของผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดแบบผู้ป่วยในทั้งหมด (ข้อมูลจากฝ่ายเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2548) สำหรับระบบบริการในการรับผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักเพื่อการรักษาโดยการผ่าตัดนั้น มี 2 รูปแบบคือ 1) แบบนอนโรงพยาบาลวันเดียว (ONE DAY SURGERY) หมายถึง ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลในวันกำหนดผ่าตัด ช่วงเวลา 06.30-08.00 น. แล้วรอเรียกผ่าตัด หลังเข้ารับการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยนอนพัก 1 คืน และสามารถกลับบ้านได้ในช่วงเวลาก่อน 12.00 น. ของวันต่อไป โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาได้ เป็นแบบที่แพทย์นิยมเลือก เนื่องจากสามารถหมุนเวียนเตียงผู้ป่วยได้เร็ว 2) แบบนอนก่อน 1 วัน หมายถึง ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาลก่อนกำหนดผ่าตัด 1 วัน และหลังเข้ารับการผ่าตัดแล้วผู้ป่วยนอนพัก 1 คืน และสามารถกลับบ้านได้ในวันต่อไป โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความต้องการห้องพิเศษเดี่ยว ซึ่งระบบการจ่ายค่าบริการในการรักษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้นี้ไม่ได้ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพ แต่มีการเบิกจากต้นสังกัด และผู้ป่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง โดยระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนั้น นำเสนอเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

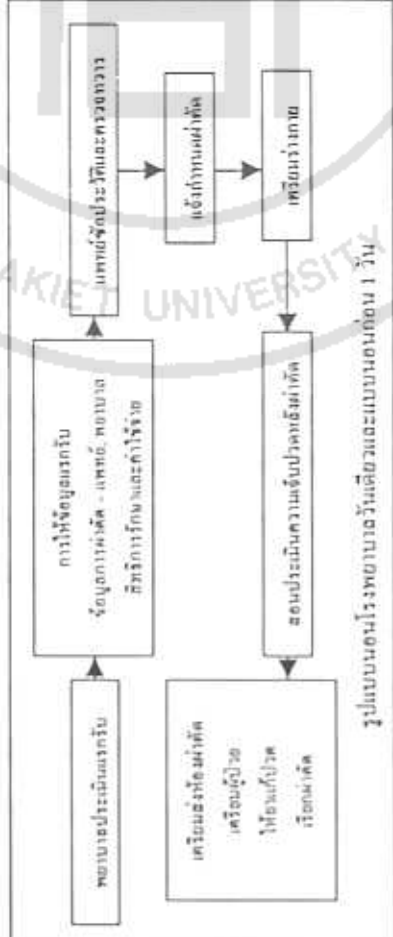
1. สภาพระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในปัจจุบัน
2. ปัญหาระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยผู้วิจัยสรุปภาพระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ในแต่ละระยะ (ดังแผนภูมิที่ 4.1) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด

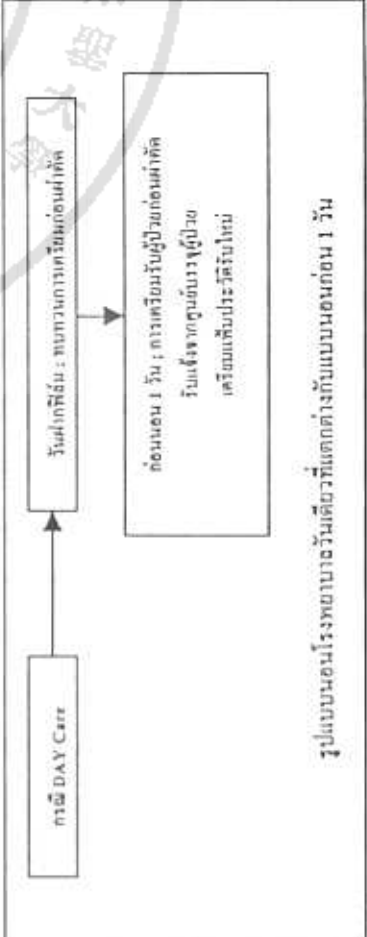
1.1 ระยะก่อนผ่าตัด ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก



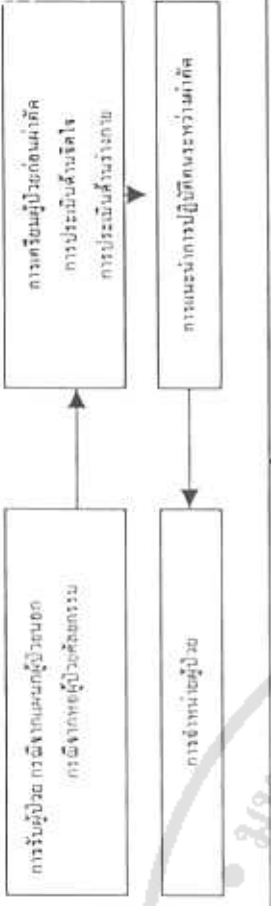
1.2 ระยะก่อนผ่าตัด ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน



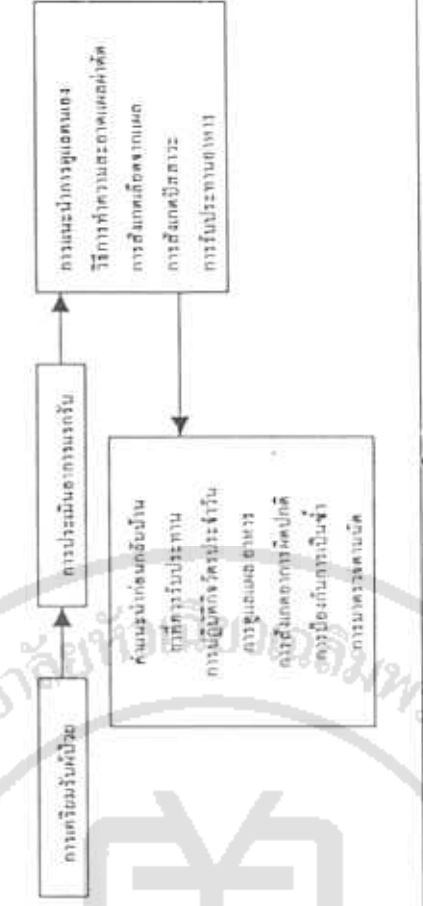
รูปแบบนอนโรงพยาบาลวันเดียวและนอนก่อน 1 วัน



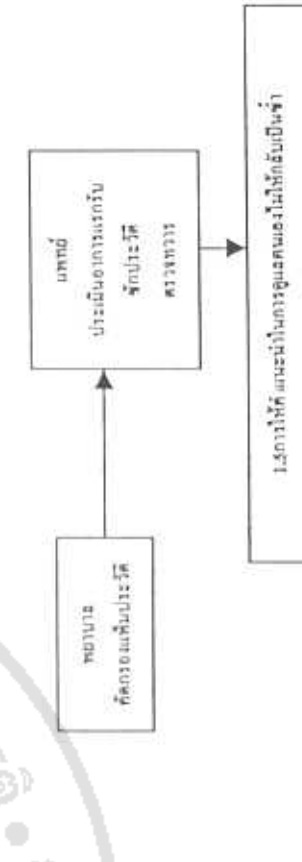
2. ระยะผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด



3. ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน



4. ระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจที่โรงพยาบาล ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก



รูปแบบนอนโรงพยาบาลวันเดียวที่แตกต่างกับแบบนอนก่อน 1 วัน

1. การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองให้ถูกต้องเป็นข้อ

ในการศึกษาระบบบริการผู้ป่วยโรคโรคเลือดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ประกอบด้วย ระยะก่อนผ่าตัด ๗ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และงานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย ศัลยกรรม ระยะผ่าตัด ๗ ห้องผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล ๗ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรม และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ๗ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยทั้งรูปแบบนอนโรงพยาบาลวันเดียวและรูปแบบนอนก่อน 1 วัน มีขั้นตอนการบริการรักษาพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ๗ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเหมือนกัน แต่มีขั้นตอนการบริการรักษาพยาบาล ๗ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีทั้งเหมือนและแตกต่างกัน ส่วนขั้นตอนการบริการรักษาพยาบาลในระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเหมือนกัน อธิบายได้ดังนี้

4.2.1.1 สภาพระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคโรคเลือดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในปัจจุบัน

1. ระยะก่อนผ่าตัด

ก. ๗ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

1) การประเมินอาการแรกเริ่ม การประเมินอาการแรกเริ่มผู้ป่วยโรคโรคเลือดวงทวารหนักมีช่องทางการเข้าพบแพทย์เป็น 3 ช่องทางภายใต้การประเมินโดยพยาบาล คือ 1) ผู้ป่วยเก่าที่มาตรวจตามนัดจะมาพร้อมบัตรนัด แล้วจึงให้นั่งรอพบแพทย์ 2) ผู้ป่วยใหม่ที่เข้าพบแพทย์ครั้งแรก พยาบาลจะทำการประเมินอาการจากใบแจ้งอาการที่ผู้ป่วยเขียน และจากการซักประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการปวด และลักษณะการขับถ่ายอุจจาระ มีการจัดลำดับเข้าตรวจตามอาการความรุนแรง โดยได้ตรวจในวันเดียวกัน ส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เหลือพยาบาลจะทำการนัดหมายเข้าระบบนัดเพื่อทำการตรวจใหม่ 3) ผู้ป่วยกลุ่มที่มาตรวจสุขภาพจากงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกอื่น แล้วพบว่า เป็นโรคเลือดวงทวาร แพทย์จะทำการบันทึกเพื่อส่งต่อมารักษาที่คลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักนี้ โดยพยาบาลจากงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกนั้น จะเขียนใบส่งต่อและเมื่อผู้ป่วยมาถึงที่คลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พยาบาลจะประเมินอาการแรกเริ่มอีกครั้ง แล้วพิจารณาเข้ารับการรักษาตามความเหมาะสม ซึ่งจะพิจารณาทั้งจาก จำนวนศัลยแพทย์ที่ออกตรวจและจำนวนผู้ป่วยที่มาตามนัด รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยรับใหม่ที่รอตรวจ ดังนั้น จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่คลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถรับตรวจได้ต่อวันประมาณ 10-100 ราย

2) การซักประวัติ การวินิจฉัยโรคโรคเลือดวงทวารหนัก แพทย์ซักประวัติอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ในเรื่องการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด พฤติกรรมการขับถ่าย และก้อนเนื้อ กล่าวคือ การถ่ายอุจจาระเป็นเลือดจะได้รับการซักประวัติในเรื่อง ลักษณะสีของเลือด ปริมาณของเลือด ช่วงของการถ่ายเป็นเลือด ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถ่ายเป็นเลือดสดปริมาณมากเฉพาะตอน

ถ่ายอุจจาระเสร็จ ส่วนพฤติกรรมการขับถ่ายจะเน้นการซักถามลักษณะการขับถ่ายที่ผิดปกติไป หรือถ่ายมีลักษณะลำเล็กลงจากเดิม เพื่อประเมินหากกลุ่มเสี่ยงค่อมะเร็งทวารหนักและลำไส้ใหญ่

3) การเตรียมและการตรวจทวารหนัก การตรวจทางทวารหนักเป็นการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคริดสีดวงทวารหนักที่สำคัญ ภายหลังจากประวัติ แพทย์จะทำการตรวจทวารหนักผู้ป่วยทุกราย สำหรับการเตรียมมีวิธีการเตรียมผู้ป่วยโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาลช่วยเตรียมผู้ป่วยเพื่อตรวจ เริ่มจากการอธิบายการตรวจทวาร การจัดทำตรวจโดยทุกห้องตรวจจะมีรูปภาพท่านอนตรวจไว้ให้ดูเป็นตัวอย่าง ส่วนวิธีการผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วยในระหว่างตรวจนั้น แพทย์มีวิธีการผ่อนคลายความเครียด โดยการพูดคุยในระหว่างการตรวจทวาร และมีพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยด้วย ส่วนการจัดคนช่วยตรวจนั้นพยาบาลจัดเจ้าหน้าที่ช่วยตรวจทุกห้องจากห้องตรวจทั้งหมด 3-4 ห้อง โดยเจ้าหน้าที่จะช่วยจัดไฟ และอยู่ด้วยตลอดขณะแพทย์ทำการตรวจ ให้คำแนะนำในการถุกนั่งเพื่อป้องกันการตกเตียง ส่วนการตรวจทวารหนักนั้นมีการตรวจ ทั้งโดยใช้กล้องส่องทวารหนัก และการตรวจด้วยนิ้ว โดยอาจารย์แพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านต้องอด เมื่อตรวจเสร็จแล้วจะแจ้งสิ่งที่ตรวจพบให้ผู้ป่วยทราบ นอกจากนี้ยังมีการตรวจพิเศษอื่นสำหรับผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักบางรายเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้ว หากพบอยู่เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งทวารหนักและลำไส้ใหญ่ จำเป็นต้องส่งไปรับการตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ ก่อนมารับการรักษาโรคริดสีดวงทวารหนัก เช่น การสวนแป้ง หรือการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

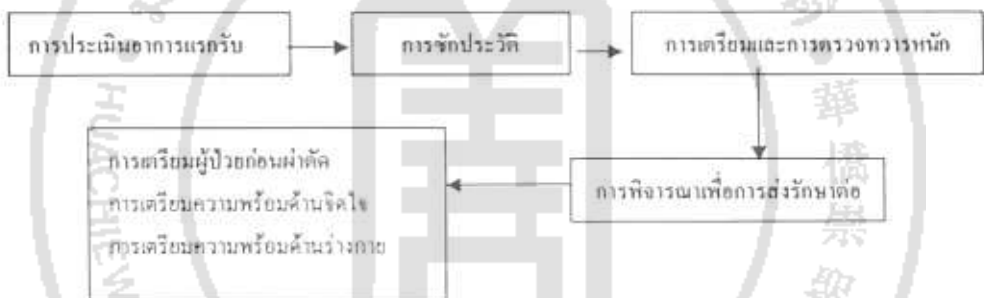
4) การพิจารณาเพื่อการส่งรักษาต่อ สำหรับโรคริดสีดวงทวารหนักนั้นเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรงที่จะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรีบรักษา การรักษาผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักนั้นจึงมีการส่งรักษาต่อ โดยการพิจารณาเพื่อการส่งรักษาต่อนั้นสามารถพิจารณาความเหมาะสมตามสิทธิการรักษาที่ผู้ป่วยมี กรณีมีสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยไปใช้สิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น ๆ เพื่อความสะดวกทั้งการเดินทาง เนื่องจากอยู่ใกล้บ้าน และการประหยัดค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ต้องอยู่ในดุลพินิจของสัณแพทย์ถึงขีดความสามารถการรักษาของทีมแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีด้วย

5) การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกได้รับการตรวจวินิจฉัยแล้วเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดทางด้านจิตใจในเรื่องการตัดสินใจรับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเองภายใต้การให้คำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลถึงวิธีการทำผ่าตัด ระยะเวลาอนโรงพยาบาล คำแนะนำในการดูแลตนเอง สิทธิการรักษาและค่าใช้จ่าย ขั้นตอนการติดค้อนอนโรงพยาบาลทั้ง วัน เวลาและสถานที่

การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายในระยะก่อนผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่หน่วยบริการเตรียมผู้ป่วยก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล โดยเน้นเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพ จากการซักประวัติโรคประจำตัว ยาที่รับประทาน โดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือดที่ต้องหยุดก่อนผ่าตัด การฟังผลตรวจเลือดตรวจร่างกาย เรื่องการเตรียมร่างกายก่อนมาโรงพยาบาลทั้งการสวนทวาร เพื่อต้องการให้ลำไส้ตรงส่วนล่างไม่มีสิ่งโอบคบังขณะผ่าตัด การงดน้ำงดอาหารและการดูแลถึงผ่าตัด (ผังแผนภูมิที่ 4.2)

แผนภูมิที่ 4.2

ระบบบริการผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักในระยะก่อนผ่าตัด ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก



ข. ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดทั้งแบบนอนโรงพยาบาลวันเดียวและแบบนอนก่อน 1 วันนั้น มีขั้นตอนการบริการที่เหมือนกัน โดยเมื่อเข้าพักในโรงพยาบาลแล้วจะได้รับการประเมินอาการแรกเริ่มจากพยาบาล โดยการประเมินสัญญาณชีพ ซักประวัติโรคประจำตัว ประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมี ประวัติการแพ้ยา การลงบันทึกเอกสารการอนุญาต และยินยอมผ่าตัดจากแพทย์ และการได้รับข้อมูลเรื่องโรคกรดสีดวงทวารหนัก ยาที่จะได้รับในการผ่าตัด ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อกลับจากห้องผ่าตัด รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามสิ่งที่ยังสงสัย นอกจากนั้นยังได้รับข้อมูลจากพยาบาล โดยการประเมินจากความรู้ ความเข้าใจที่ผู้ป่วยมีประกอบกับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่ ได้แก่ การเน้นย้ำเรื่องโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยา และระยะเวลาอนโรงพยาบาล นอกจากนั้นได้รับข้อมูลการใช้สิทธิการรักษาและค่าใช้จ่ายทั้งในรายที่มีสิทธิส่งตัวและรายที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักทุกรายที่นอนโรงพยาบาล

ก่อนผ่าตัดได้รับการซักประวัติและตรวจทวารจากสัลยแพทย์หรือนักเรียนแพทย์ในช่วงเย็นวันก่อนผ่าตัดพร้อมทั้งกำแนะนำเพิ่มเติมก่อนผ่าตัด ทั้งวิธีการทำผ่าตัด ยาที่จะได้รับ การเตรียมร่างกายเพื่อพร้อมก่อนผ่าตัด ทั้งการสวนทวารก่อนนอนในวันก่อนผ่าตัดโดยพยาบาล การงดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด ส่วนกำหนดผ่าตัดนั้น ในบางรายแพทย์จะสามารถบอกผู้ป่วยถึงลำดับผ่าตัดไว้แล้ว ส่วนรายอื่น ๆ รอเรียก และผู้ป่วยได้รับการสอนการประเมินความเจ็บปวดแผลผ่าตัดตั้งแต่ก่อนส่งห้องผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงลักษณะแผลผ่าตัด การสังเกตแผล การถ่ายอุจจาระ การรับประทานยาระบายจากพยาบาล เมื่อถึงเวลาส่งห้องผ่าตัดพยาบาลห้องผ่าตัดได้โทรศัพท์ประสานมาที่หอผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการเตรียมการพร้อมร่างกาย และได้รับยาทั้งชนิดรับประทาน หรือชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อตามการรักษาของแพทย์ พร้อมได้รับคำแนะนำถึงอาการข้างเคียงจากการได้รับยานั้นแล้วรอดจากห้องผ่าตัดมารับ (ดังแผนภูมิที่ 4.3)



ส่วนขั้นตอนการบริการแบบนอนโรงพยาบาลวันเดียวที่แตกต่างกับแบบนอนก่อน 1 วันนั้น แบบนอนโรงพยาบาลวันเดียวในวันผ่ากฟิล์ม สำหรับผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่เข้ารับการรักษา โดยการผ่าตัดหลังจากได้รับบริการ ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการเตรียมผู้ป่วยก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะได้รับการทบทวนการเตรียมก่อนผ่าตัดในขณะนำของฟิล์มเอกซเรย์ปอด มาติดต่อฝากพยาบาล ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน ตึกจงกลนีวิฆนวงศ์ ชั้น 2 ต่อจากนั้นมีขั้นตอนการเตรียมรับผู้ป่วยตั้งแต่ 1 วันก่อนผ่าตัด โดยศูนย์บรรจุผู้ป่วยโทรศัพท์มาแจ้งข้อมูลผู้ป่วยในช่วงเช้า พยาบาลนำข้อมูลที่ได้อัปฟิล์มที่เก็บไว้มาทำหน้าป้ายผู้ป่วยใหม่ ในวันกำหนด

ผ่าตัด ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลตามเวลาที่กำหนด คือ ตั้งแต่ช่วง 6.00 - 8.00 น. ที่ศูนย์บรรจุผู้ป่วย ตึกจักรพงษ์ แล้วมาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยใน ตึกจงกลนีวัฒนวนงส์ ชั้น 2 (ดังแผนภูมิที่ 4.4)

แผนภูมิที่ 4.4

ระบบบริการการเตรียมความพร้อมแบบนอนโรงพยาบาลวันเดียวที่แตกต่างกับแบบนอนก่อน 1 วัน

ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน



2. ระยะผ่าตัด

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักนั้นจะส่งมาจากทั้งงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิก ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมซึ่งมีความแตกต่างกัน โดยการส่งจากการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมนั้นเป็นรายที่มาตามกำหนดผ่าตัด ส่วนรายที่มาจากงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้น เป็นผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน พบได้ประมาณเดือนละ 1-2 รายเท่านั้น มักได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกรดสีดวงทวารชนิดมีการอุดตันของหลอดเลือดภายในกลุ่มหลอดเลือดดำชั้นนอก โดยกระบวนการรับผู้ป่วยประเภทนี้พยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกจะโทรศัพท์ประสานงานกับหัวหน้าเวรพยาบาลห้องผ่าตัดถึงลักษณะ และจำนวนผู้ป่วยที่ส่งมาในวันที่มีการเปิดห้องผ่าตัดอยู่ด้วย แล้วผู้ป่วยจะถูกส่งไปศูนย์บรรจุผู้ป่วยก่อนตรงเข้าห้องผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นั้น ศัลยแพทย์มีเทคนิควิธีการผ่าตัด การใช้ยาเฉพาะที่เฉพาะรอบทวารหนัก เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดแล้วได้รับการประเมินก่อนผ่าตัดจากพยาบาลทั้งเรื่องการระบุตัวถูกต้อง ความเข้าใจในการทำผ่าตัดโรคกรดสีดวงทวาร ความกลัวหรือวิตกกังวล บอกขั้นตอนที่ได้รับขณะผ่าตัด โดยแพทย์และพยาบาลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา ปลอดภัย และให้กำลังใจอยู่รอบเตียงภายในห้องผ่าตัด พูดคุยถึงขั้นตอนการผ่าตัด การได้รับการศึกษา การประเมินสัญญาณชีพ สำหรับการประเมินด้านร่างกายนั้น โดยพยาบาลประเมินประวัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับสัญญาณชีพ ยาที่ได้รับก่อนผ่าตัดตามการ

รักษา โดยเฉพาะประวัติการผ่าตัดและประวัติการแพ้ยาเป็นสิ่งสำคัญ การได้รับคำแนะนำในขณะที่ผ่าตัดเกี่ยวกับท่านอนขณะผ่าตัด การประเมินสัญญาณชีพ ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนทวารหนักในระยะหลังผ่าตัดนั้นได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดอยู่ประมาณ 20 นาที จนถึงเวลาที่พร้อมย้ายผู้ป่วยส่งกลับหอผู้ป่วย ด้วยการดูแลทำความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงลักษณะแผลผ่าตัดนั้นมียกขาปิดอยู่ รวมถึงการดูแลเมื่อยกกลับถึงหอผู้ป่วยแล้ว ทั้งการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การขับถ่าย อุจจาระได้ปกติทันที การดูแลทำความสะอาด การดูแลจัดการความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ และบันทึกรายงานเพื่อใช้ในการส่งต่อข้อมูลการพยาบาลมาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย ศัลยกรรม (ดังแผนภูมิที่ 4.5)



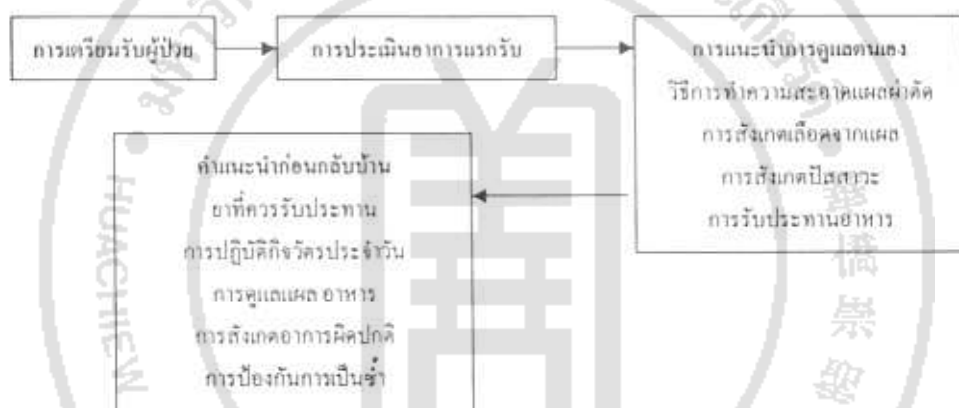
3. ระยะหลังผ่าตัด : ที่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่ได้รับการทำผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแล้วนั้น งานการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม เมื่อได้รับแจ้งจากพยาบาลห้องผ่าตัดในการส่งผู้ป่วยกลับ พร้อมทั้งรับการรายงานปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างผ่าตัดด้วยโดยที่ทางหอผู้ป่วยได้เตรียมรับผู้ป่วยในเรื่องความพร้อมเตียงนอน ชามรูปไต เมื่อผู้ป่วยกลับถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมแล้ว พยาบาลเริ่มตรวจสอบผู้ป่วย ตามชื่อประเมินสัญญาณชีพตั้งแต่แรกรับจนปกติ ดูประวัติการผ่าตัด ชนิดของยาชาติที่ได้รับ สภาพบาดแผลหลังผ่าตัดและสอบถามผู้ป่วยถึงอาการที่มีในขณะนั้น เช่น ระดับความเจ็บปวดแผล จากการประเมินอาการแรกรับ จากนั้นผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนทวารหนักหลังผ่าตัดได้รับการสอนเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับการทำความสะอาดแผลผ่าตัด การสังเกตสิ่งผิดปกติจากแผล การสังเกตปัสสาวะ การรับประทานอาหารและคำแนะนำก่อนกลับบ้าน ได้แก่ วิธีการทำความสะอาดแผลผ่าตัด การสังเกต

เลือดจากแผล การสังเกตปัสสาวะ การรับประทานอาหาร และก่อนกลับบ้านผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ควรรับประทาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลแผล อาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันการเป็นซ้ำ และการมาตรวจตามนัด การเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วยนั้นแพทย์และพยาบาลได้มีการเตรียมตั้งแต่แรกเริ่ม เมื่อถึงเวลากลับผู้ป่วยได้รับทั้งคำแนะนำและยารับประทาน (ดังแผนภูมิที่ 4.6)

แผนภูมิที่ 4.6

ระบบบริการผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักระยะหลังผ่าตัด ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน



4. ระยะหลังผ่าตัด : ที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดแล้วนั้น มีโครงการห่วงใยออนไลน์จากหอผู้ป่วย ในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเฉพาะกรณีที่บ้านโรงพยาบาล แบบนอนโรงพยาบาลวันเดียว ต่อเนื่องที่บ้าน โดยการติดตามโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยในระยะ 3 วัน หลังผ่าตัดเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคสีดวงทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดประมาณ 2 สัปดาห์ แล้วมาตรวจตามนัดที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกนั้น เข้าสู่ระบบการนัดหมายที่จัดเป็นผู้ป่วยเก่า โดยตรวจต่อเนื่องประมาณ 1-2 ครั้ง เมื่อถึงกำหนดนัดผู้ป่วยมาขึ้นบันไดร่นงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แล้วรอเรียกเข้าตรวจที่คลินิกสัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยผ่านขั้นตอนการคัดกรองเพิ่มประวัติก่อนพบแพทย์จากพยาบาลแล้วตั้งแต่ก่อนนัดหมาย 1 วัน เพื่อพิจารณาเตรียมผลการตรวจต่าง ๆ ก่อนพบแพทย์แล้วพบแพทย์ตรวจหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติการขับถ่าย คุณลักษณะของแผล เมื่อตรวจแล้วผู้ป่วยได้รับการแนะนำจากทั้งแพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลไม่ให้กลับเป็นซ้ำ (ดังแผนภูมิที่ 4.7)

แผนภูมิที่ 4.7

ระบบบริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่โรงพยาบาล
ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก



4.2.1.2 ปัญหาของระบบบริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จากบริบทของระบบบริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด สรุปปัญหาของระบบบริการตามระยะต่าง ๆ ได้ดังนี้

1) ระยะก่อนผ่าตัด

ก. ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

1. ห้องตรวจไม่พอ
2. ขาดการประเมินผู้ป่วยแรกพบ
3. ขาดการเตรียมผู้ป่วย
4. แนวปฏิบัติต่างกัน

ข. ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยหัตถการรวม

1. ขาดการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
2. กำหนดการผ่าตัดไม่แน่นอน

2) ระยะผ่าตัด

1. ขาดการเตรียมผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด

- 3) ระยะเวลาหลังผ่าตัด : ที่โรงพยาบาล
 1. ขาดการเตรียมเรื่องอาหาร
 2. จำหน่ายล่าช้า
- 4) ระยะเวลาหลังผ่าตัด : ที่บ้านจนมาตรวจค่อเนื่องที่โรงพยาบาล
 1. ขาดการเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจ
 2. ขาดการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
 3. มาตรวจก่อนนัด
- 5) ปัญหาในทุกระยะของระบบบริการผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษา

โดยการผ่าตัด

1. ขาดการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล และสามารถสรุปแก่นความคิดหลักและแก่นความคิดย่อยของปัญหาาระบบบริการผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดได้ ตามตารางที่ 4.2 ดังนี้

ตารางที่ 4.2

แก่นความคิดหลักและแก่นความคิดย่อยของปัญหาาระบบบริการผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

ระยะ	แก่นหลัก	แก่นย่อย 1
ระยะก่อนผ่าตัด ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	<ol style="list-style-type: none"> 1. ห้องตรวจไม่พอ 2. ขาดการประเมินผู้ป่วยแรกรับ 3. ขาดการเตรียมผู้ป่วย 4. แนวปฏิบัติต่างกัน 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 การเตรียมตรวจทวารหนัก 3.2 การให้ข้อมูลความรู้
ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขาดการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2. กำหนดการผ่าตัดไม่แน่นอน 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 ไม่ได้เอ็กซเรย์ 1.2 แนะนำไม่ละเอียด 1.3 ไม่ได้รับการตรวจ
ระยะผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขาดการเตรียมผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด 	

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ระยะ	แก่นหลัก	แก่นย่อย 1
ระยะหลังผ่าตัด : ที่โรงพยาบาล	1. ขาดการเตรียมเรื่องอาหาร	1.1 มาไม่ตรงมืออาหาร... ญาติซื้อเอง 1.2 ไม่ได้บอก...หิวก็กินเลย
ระยะหลังผ่าตัด : ที่บ้านจนมา ตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล	2. จัดหน้ายาล้าง	2.1 ขาดการเตรียมจ่ายหน้าย ผู้ป่วย 2.2 รอยยาที่เบื่อกเพิ่ม 2.3 รอยงานการพยาบาลเสร็จ
ปัญหาในทุกระยะ	1. ขาดการเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจ 2. ขาดการเน้นย้ำเรื่องการป้องกันการกลับ เป็นซ้ำ 3. มาตรวจก่อนนัด	
	1. ขาดการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ	

ปัญหาาระบบบริการในระยะก่อนผ่าตัด

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วย โรคกรดสีดวงทวารหนัก พบปัญหาห้อง
ตรวจไม่พอ ขาดการประเมินผู้ป่วยแรกรับ ขาดการเตรียมผู้ป่วย และแนวปฏิบัติต่างกัน ซึ่งมีรายละเอียด
ดังนี้

แก่นความคิดหลักที่ 1 “ห้องตรวจไม่พอ”

ระบบบริการในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักนั้น พบปัญหาห้องตรวจไม่พอ
เนื่องจากมีห้องตรวจ ประมาณ 3-4 ห้อง ประกอบกับสัณเขทพทย์ที่มออกตรวจมีจำนวนมากกว่าห้องที่
จะใช้ตรวจ เช่น ในวันจันทร์ หรือวันอังคารมีแพทย์ออกตรวจ 8-9 คน จึงไม่มีสถานที่ใช้ในการตรวจ
บางครั้งใช้โต๊ะ ซึ่งอยู่ด้านนอกห้องตรวจเป็นสถานที่ตรวจแทน ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการให้บริการผู้ป่วย
ใหม่ซึ่งมีจำนวนมาก เนื่องจากทางคลินิกสัณเขทกรรมถ้าได้โหวงและทวารหนักจะเน้นการจัดผู้ป่วยเก่าที่มี
นัดหมายเข้าตรวจก่อน โดยแบ่งออกเป็น 3 รอบ รอบละประมาณ 20 คน ทำให้รับผู้ป่วยใหม่ได้จำนวน

ไม่มาก จึงมีผู้ป่วยบางรายที่มาตรวจเองหรือรับปรึกษาจากแผนกอื่น อาจไม่ได้รับการตรวจในวันนั้น ๆ

“ถ้าผู้ป่วยมาวันที่รับได้ ก็ได้ตรวจวันนั้น ถ้ารับไม่ได้ตามความจำเป็นของคลินิกข้อจำกัดของการตรวจ เช่น คนไข้เยอะมาก ส่วนใหญ่เป็นโรคการรับคนไข้ในคลินิกคัดสรรมาแล้วใส่ใหญ่และทวารหนักนั้นก็จะเว้นคนไข้เก่าที่มีนัดมาก่อน มี 3 รอบ รอบละประมาณ 20 คน ส่วนคนไข้ใหม่ที่จะรับได้ไม่เยอะ บางรายตนเอง บางรายรับปรึกษาจากแผนกอื่นที่นี้เราจะมี 3-4 ห้องตรวจ”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“ที่ยังไม่มีเลข ที่หมอเขายังมานั่งโต๊ะข้างนอกตรวจเลข ในสมบุรณ์แน่นขนัด ไม่มี เพราะคนมันไม่พอกับห้อง วันจันทร์ ถึงการกินข้อ 8-9 คน พี่มีห้องตรวจแค่ 4 ห้อง”

(รหัส ID 20701 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 2 “ขาดการประเมินผู้ป่วยแรกรับ”

ปัญหาในระบบบริการผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่พบในระยะก่อนผ่าตัดที่สำคัญอีกอย่าง คือ ขาดการประเมินผู้ป่วยแรกรับ ทั้งการซักประวัติอาการนำที่มาพบ และประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีในขณะนี้ เนื่องจากการปฏิบัติตามระบบที่มีอยู่ โดยกรณีผู้ป่วยรายเก่าที่มีนัดมาตรวจ ในวันก่อนนัด 1 วัน พยาบาลจะดูประวัติเก่าของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อพิจารณาผลที่ต้องเตรียมก่อนเข้าตรวจ เมื่อถึงวันตรวจผู้ป่วยมาขึ้นนัดแล้วจะได้พบแพทย์ตรวจคามประวัติที่ถูกแยกไปตามห้องตรวจ หรือกรณีผู้ป่วยรายใหม่ เริ่มจากการขึ้นบัตรใหม่มา เมื่อพยาบาลคิดสนใจรับตรวจแล้วผู้ป่วยจะถูกส่งต่อมารอตรวจที่คานาในโดยที่ไม่ได้ซักถามหรือประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติม

“ส่วนคนไข้ชนิดนี้จะดูประวัติเก่าๆผลที่ต้องเตรียมก่อนพบคานา ก็รอพบแพทย์ไป แพ้เข้าหลังห้องตรวจแยกไปตามห้อง ในผู้ป่วยใหม่พอรับแล้วก็ส่งต่อมารอข้างใน ไม่ได้ถามอะไร”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“คนไข้ใหม่ก็ขึ้นบัตรมาก่อน แล้วเรียกไปรอหมอตรวจเลข”

(รหัส ID 20601 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 3 “ขาดการเตรียมผู้ป่วย”

ระบบบริการขาดการเตรียมผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนัก เรื่องการเตรียมตรวจทวารหนัก และการให้ข้อมูลความรู้ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

แก่นความคิดย่อยที่ 3.1 “ การเตรียมตรวจทวารหนัก ”

ปัญหาการขาดการเตรียมผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักตรวจทวารหนักนั้น พบว่า เกิดจากการที่ผู้ช่วยพยาบาลมีหลายงานซึ่งทำให้ดูแลอย่างไม่ทั่วถึง โดยในระหว่างการตรวจทวารหนักนั้น ผู้ช่วยพยาบาลที่ทำหน้าที่ช่วยตรวจนั้นมีหลายงาน ไม่สามารถอยู่กับคนไข้ได้ตลอดเวลาการตรวจทุกราย อาจเนื่องจากต้องรับผิดชอบดูแล 2 ห้องตรวจ ทำให้เตรียมผู้ป่วยตรวจทวารหนักไม่ทัน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบางรายพอทราบว่าจะต้องตรวจทวารจึงรีบถอดกางเกงตั้งแต่นั้นยังไม่ขึ้นเตียงตรวจ

“ ระวังของน้องที่ช่วยเราก็กทำหลายงาน บางทีจึงหะ ไม่พอดีกับ อาจจะไม่เข้าฟิงคองที่หมอบุขจุม ไปแล้ว หรือไม่ทัน ได้สังเกตสีหน้าคนไข้ คือ ไม่สามารถอยู่กับคนไข้ได้ตลอดเวลา ตลอดการตรวจทุกรายต้องวิ่งรับเหมา 2 ห้อง คนช่วยนี้เรามีพยาบาลแก่ก้มเดียว โดยทั่วไปคนไข้หลายคนที่จะตรวจกันก็มักจะแบบว่ารีบถอดกางเกง บางทีคนไข้สูงอายุ ก็จะไม่อดตั้งแต่วางถาดเลยแล้วไม่แนะนำจะถอดตั้งแต่ข้างล่างแล้วก็จะหล่นจะอะไร ”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 3.2 “ การให้ข้อมูลความรู้ ”

ในระยะก่อนผ่าตัดนั้น พบการขาดการเตรียมผู้ป่วยในด้าน การให้ข้อมูลความรู้ ทั้งข้อมูลความรู้เรื่องโรคริดสีดวงทวารหนัก และการรักษาโดยการผ่าตัด สิทธิการรักษาและค่าใช้จ่าย จากความพยายามใช้เวลาที่มีอยู่อย่างจำกัด เนื่องจากต้องรีบให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอยู่มาก ทำให้การดูแลไม่ทั่วถึงในผู้ป่วยทุกรายได้ ทำให้งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ยังประสบปัญหาการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคริดสีดวงทวารหนัก และการรักษาโดยการผ่าตัดจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบ ไม่เข้าใจ เรื่องสิทธิการรักษาและค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ผู้ป่วยรับทราบการผ่าตัด เนื่องจากพบผู้ป่วยบางรายผ่านกระบวนการส่งต่อนี้ โดยไม่ได้รับคำแนะนำหรือได้รับไม่ครบถ้วน ยังไม่มีเวลาและโอกาสในการคิดสนใจ จึงไม่เข้าใจในการใช้สิทธิการรักษาของตนเอง

“ ส่วนมากจะไม่เคยรู้จากหมอเลยนะ ว่ามันเกิดจากอะไร ทำยังไง เพราะคนไข้จะมาจกที่พยาบาลนี้แหละ บางคนก็ซักว่าหมทำไมเป็นแล้วมาเป็นอีก ทำไมไม่หายจะหาซาด โหม มีคำถามเรื่องการผ่าตัด รู้แต่ว่าเป็นริดสีดวงต้องผ่าตัด ”

(รหัส ID 20401 สัมภาษณ์วันที่ 17 พ.ค. 2550)

พยาบาลดูแลไม่ได้ทุกรายหรอก ในความเป็นจริง บางทีอธิบายก็ไม่ได้ไม่ครบ ไม่สามารถพูดได้หมด แล้วความแตกต่างของแต่ละคนอีก ไม่ใช่พยาบาลดูแลได้ทุกคน ”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“ พอเขาสั่งกิน ไข่คนหนึ่งคนต่อ ไปก็จะรีบ มันก็จะออกมาดูทีนั้ง

ไม่ทันบ้างที่จะเสิร์ฟคนไข้ หรือให้เวลาได้แค่พูดเร็วๆมีสิทธิ์มีชัย
อะ ไรมีย่ เภมมีย่ ไซ้สิทธิ์มีชัย

(รหัส ID 20701 สัมภาษณ์ วันที่ 18 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 4 “แนวปฏิบัติต่างกัน”

การบริการผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักในระยะก่อนผ่าตัด ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พบว่า บุคลากรมีแนวปฏิบัติต่างกันในเรื่อง ได้แก่ การสวนทวาร การงดน้ำงดอาหาร และการแช่กันหลังผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยเรื่องการสวนทวารก่อนผ่าตัด พบว่า แพทย์และพยาบาลมีแนวปฏิบัติต่างกัน แพทย์บางคนสั่งให้ผู้ป่วยสวนทวารก่อนมาโรงพยาบาล ในวันผ่าตัด บางคนไม่แนะนำให้สวนทวาร ในรายที่แนะนำให้สวนทวาร พบว่า มีการแนะนำเวลาสวนไม่ตรงกัน คือ หลังอาหารเย็น ก่อนวันผ่าตัดบ้าง เข้าวันผ่าตัดบ้าง ส่วนการเตรียมการงดน้ำ และงดอาหารก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับคำแนะนำ เนื่องจากแพทย์เห็นว่า เป็นเพียงการผ่าตัดที่ใช้การฉีดยาเฉพาะที่เท่านั้น จึงไม่จำเป็นต้องงดอาหาร แต่ควรให้เป็นอาหารเหลวได้ เพราะอาจเกิดอาการอาเจียนจากยาแก้ปวดหรือแก้ยาอื่นได้ ส่วนบางรายมีการสั่งให้งดอาหารและน้ำหลังตั้งแต่เที่ยงคืนจนเช้าวันมาผ่าตัด ส่งผลต่อความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย เนื่องจากเกิดความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเองที่บางคนต้องงดอาหารนานจนบ่ายจึงได้ผ่าตัด แต่ขณะที่บางรายไม่ต้องทนหิวเลยเพราะไม่สั่งงดอาหาร ซึ่งมีผลกับผู้ป่วยถึงระยะเวลาการรอผ่าตัดด้วย สำหรับเรื่องการแช่กันหลังผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักบางรายได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดในเรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดที่เน้นเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด โดยผู้ป่วยไม่แน่ใจว่า ต้องแช่กันหลังผ่าตัดหรือไม่ เนื่องจากแพทย์บางคนมีแนวคิดไม่เหมือนกัน

“...ส่วนใหญ่จะให้ทำ unison enema ตอน 6 โมงเช้าวันผ่าตัดเลยและสามารถทำที่หอผู้ป่วยได้ เพราะที่จริงส่วนใหญ่ต้องการเคลือบในลำไส้ตรงส่วนล่างเท่านั้นเองจะได้ไม่มาคบัง หรือเปรอะเปื้อนขณะทำผ่าตัด สำหรับผู้ป่วย day care ส่วนใหญ่จะให้ทำที่บ้านมาก่อนคืนวันผ่าตัด โดยแนะนำให้ทำทุกราย ก็สวนกันคืนก่อนผ่าตัดหรืออย่างน้อย 6 โมงเช้าวันผ่าตัดแต่ถ้า 6 โมงเช้าจะลำบากขณะผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาลจึงสามารถสวนคืนก่อนมา สวนเสร็จก็จะถ่ายทันที แต่อีกหลายชั่วโมงจะผ่าตัดอุจจาระใหม่ก็จะลงมา...การผ่าตัดแบบฉีดยาเฉพาะที่โดยความจริงแล้วไม่จำเป็นต้องงดน้ำงดอาหารก็ได้ แต่ต้องการไว้ก่อนเป็นอาหารเหลว เพราะเมื่อไว้ว่าอาจมีอาการอาเจียนจากยา pethidine ที่ฉีดหรือเกิดมีแพ้ยาโดยที่เราไม่คาดหมายขึ้นมาที่อาเจียนจะได้มีแก้วน้ำออกมา แต่ว่าเขายังไม่ต้องทานอะไรกะ... แต่จะมีปัญหาว่าคนที่รอผ่าตัดนาน บางคนเนื่องจากเป็น case local anesthesia จะ

set ไว้ที่หลัง คนไข้จะรอถึงเตียงถึงบ่ากรณีที่มีอยู่จริงก็จะให้น้ำเกลือ
กะ "

(รหัส ID 20101 สัมภาษณ์วันที่ 1 มี.ค. 2550)

"เรื่องคนนำงคอาหาร พบว่าบางคนก็บอกว่างค บางคนบอกว่าไม่ต้อง
งค บางครั้งคนไข้ก็ไม่ได้อิงคมาหรือบางทีแนวทางของหมอบุคคลนั้นก็
ไม่เหมือนกันว่าจะให้งคมาหรือไม่ เรื่องการงคไม่งคมันก็จะไม่ผลกับ
คนไข้ถึงระยะเวลาการรอผ่าตัดด้วย เพราะว่าถ้าเขางคมาจากบ้าน
ตั้งแต่เมื่อคืน ส่วนใหญ่หมอบุคคลจะให้งคหลังเที่ยงคืนแต่ในบางราย
บางครึ่งเขาก็ไม่ได้ให้งค "

(รหัส ID 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

"ก็บอกว่า เวลาผ่าหลังผ่าตัดต้องดูแลตนเองอย่างไร ก็สมัยก่อนเข้กัน
เคียวนี้ไม่ต้องเข้กันแล้ว หมอบางคนก็ให้เข้กันหรือค้ำทับทิมอยู่ก็
แล้วแต่หมอแต่ละคนเขาจะห่วงวังใจ ถ้าปวดเข้จะถามงคที่หมอบุคคลให้ยาที่
ผสม โคลิอิมแต่ก็ไม่แน่ใจว่าคนนี้มีอยู่หรือเปล่า"

(รหัส ID 20801 สัมภาษณ์วันที่ 20 พ.ค. 2550)

๗ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยหัตถยกรรม

สำหรับระบบบริการ ในระยะก่อนผ่าตัด งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยหัตถยกรรม พบ
ปัญหาระบบบริการการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย คือ ขาดการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และ
กำหนดการผ่าตัดไม่แน่นอน

แก่นความคิดหลักที่ 1 "ขาดการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด"

เนื่องจากมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้เอ็กซเรย์มาก่อนเข้ารับการผ่าตัด ได้รับคำแนะนำไม่ละเอียด
และไม่ได้รับการตรวจ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

แก่นความคิดย่อยที่ 1.1 "ไม่ได้เอ็กซเรย์"

ผู้ป่วยโรคกระดูกงหวารหนักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด เมื่อเข้าพักในโรงพยาบาลแล้วนั้น
จะได้รับการประเมินอาการแรกรับจากพยาบาล พบผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้มีเอ็กซเรย์ปอด ซึ่งเป็นการ
ประเมินร่างกายก่อนผ่าตัด ส่งผลให้ขาดการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการป้องกันการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดผลข้างเคียงกับผู้ป่วยบางราย เช่น ความดันโลหิตต่ำลง
จากการผ่าตัด โรคกระดูกงหวารหนัก

"เพราะว่าจะมีบางส่วนที่ไม่ได้เอ็กซเรย์อะไรเลย ก็จะมิกลุ่มนั้นด้วยที่
เราไม่ได้พบ บางคน local ก็จริงแต่ว่าอาจจะมิกลุ่มข้างเคียงหรืออะไร
เกิดขึ้น ได้ เข้มมีคนไข้ก่อนผ่าตัดโรคกระดูกงหวารแต่ความดันต่ำลงหรือ

อะไรแบบมีมันเป็นเรื่องที่เราน่าจะเตรียมความพร้อมไว้ให้หมดทุกอย่าง”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 1.2 “แนะนำไม่ละเอียด”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ส่วนใหญ่รู้สึกว่าจะไม่ได้รับการอธิบายรายละเอียด ก่อนการเซ็นเอกสารการอนุญาต และยินยอมรับการผ่าตัดจากแพทย์ ในผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดรูปแบบนอน โรงพยาบาลวันเดียว ซึ่งวันมารับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ณ หน่วยบริการเตรียมผู้ป่วยก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลนั้น ในขณะที่นำของฟิล์มเอกซเรย์มาติดต่อฝากไว้กับงานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยตึกจงกลนีวัฒนธรรมฯ ชั้น 2 ห้องพยาบาล พบปัญหาผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติตามขั้นตอนการบริการเหล่านี้ ด้วยเวลาที่จำกัดทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยมาใช้บริการในช่วงเวลาที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในหอผู้ป่วยอยู่

“เราก็ต้องชี้แจงไปตั้งแต่แรกแล้วเพราะส่วนนั้นเป็นส่วนแรกที่เราได้พบกับคนไข้ แต่ความจริงก็มาเป็นช่วงที่เราก็อาจจะไม่ได้มีเวลาเยอะมาก คนไข้เขาจะมาเป็นเวลาที่ไม่แน่นอนก็อาจจะไม่ได้ให้ข้อมูลที่ละเอียดมากมาย คือให้ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปก่อน”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

“มาถึงกรอกข้อความ เซ็นชื่ออย่างเดียวผมไม่ได้อ่าน ยังไม่ได้แนะนำเลยครับ ไม่มีแนะนำ”

(รหัส ID 10501 สัมภาษณ์วันที่ 30 มีนาคม 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 1.3 “ไม่ได้รับการตรวจ”

ในผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดรูปแบบนอน โรงพยาบาลวันเดียว บางราย พบปัญหาว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจเช็ชมาจากแพทย์ในระยะก่อนผ่าตัด เพราะเป็นเวลาที่แพทย์ได้เข้าห้องผ่าตัดหมดแล้ว

“ถ้าผู้ป่วยที่ให้อนอนโรงพยาบาลแบบ DAY Care ผู้ป่วยจะมาเช้าวันกำหนดผ่าตัดเลย แพทย์อาจจะไม่ได้ตรวจเช็ชเพราะแพทย์ได้เข้าห้องผ่าตัดหมดแล้ว”

(รหัส ID 20101 สัมภาษณ์วันที่ 1 มี.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 2 “กำหนดการผ่าตัดไม่แน่นอน”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทั้ง 2 รูปแบบนั้น ส่วนใหญ่จะไม่มีโอกาสได้รับรู้ถึงกำหนดการผ่าตัดที่แน่นอน ขึ้นอยู่กับสัลยแพทย์ และบางครั้งมีการกำหนดการผ่าตัดไม่

แน่นอน ไม่ตรงกันกับรายชื่อที่มีมานอนโรงพยาบาล เนื่องจากการประสานงานที่ไม่มีประสิทธิภาพจากการที่ไม่ได้แจ้งให้ทราบโดยทั่วถึง ผู้ป่วยต้องถูกเลื่อนหรือยกเลิกการผ่าตัด

"...พอหอมมาคู่อีกทีที่ไม่มีชื่อมาคือบางครั้งหมอยเองเขาก็มาถามเรา เช่น แพทย์ extern บางครั้งเขาก็ไม่มีรายชื่อหรือตารางผ่าตัดมา ว่า set ที่อะไร กลายเป็นเราต้องมาหาตอบ ก็ต้องให้เขาไปตามกันเอง แล้วยังต้องยืนยันให้คิดเพราะว่าเขามีบางครั้ง พอ admit ส่งชื่อมาแล้วเรายืนยันกับหมอ อ้าว ไม่มีนี่หมอยยกเลิกไปแล้วเพราะถ้าอย่างนี้หมอยเขาไม่มีชื่อผ่าตัดในตารางถ้าห้องมีคนไข้มา เขาก็ไม่ได้มาที่เสียเวลา ก็ต้องติดต่อประสานงานกันก็จะมีปัญหาตรงนี้ด้วยเพราะว่ามันเป็นระบบที่คนไข้มาแต่ชื่อ โอกาสการติดต่อกันก็ลำบาก บางทีหมอยเขาจะมีเลื่อน มียกเลิกช่วงที่เขาก็ไม่ได้รู้เหมือนกัน กำหนดผ่าตัดส่วนใหญ่จะไม่บอกเวลาที่แน่นอนเพราะว่าการบอกเวลาที่แน่นอนจะทำให้คนไข้มีความหวัง การเรียกลำดับก่อนหลังพยาบาลจะไม่ทราบแล้วแต่อาจารย์บางครั้งมีตารางหมอ extern เขามาให้ดูบ้างบางครั้ง ไม่ได้ทุกราย ทุกครั้ง เราก็จะบอกคนไข้คร่าวๆ จะไม่บอกไปเลยว่ากี่โมงเพราะว่าอาจจะเปลี่ยนลำดับไปบ้าง แต่คนไข้บางทีหมอยบอกว่าเดี๋ยวจะได้ผ่าตัดแรก คิวที่ 2 เลข "

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

ปัญหากระบวนการในระยะผ่าตัด

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนหนักส่วนใหญ่อุปสรรคปัญหาในเรื่อง ขาดการเตรียมผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด

แก่นความคิดหลักที่ 1 "ขาดการเตรียมผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด"

ในระยะผ่าตัดนั้นพบปัญหาการขาดการเตรียมผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลมาก เพราะไม่รู้กระบวนการขณะทำผ่าตัด ทั้งในเรื่องการฉีดยา การจัดทำขณะทำผ่าตัดและการใส่เครื่องมือในการช่วยทำผ่าตัด เนื่องจากทั้งแพทย์และพยาบาลไม่ได้มาพูดคุยและให้ข้อมูลกับผู้ป่วย

"ก็ไม่แน่ใจว่าหมอและพยาบาลไม่ได้อธิบายหรือเปล่า คนไข้มันก็จะไม่รู้ว่าการทำผ่าตัดกรดไหลย้อนนี้ การฉีดยา การจัดทำขณะทำผ่าตัดนี่เป็นยังไง ต้องมีการใส่เครื่องมือในการช่วยทำผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากเพราะไม่รู้กระบวนการขณะทำผ่าตัดกรดไหลย้อน "

(รหัส ID 20201 สัมภาษณ์ วันที่ 15 พ.ค. 2550)

"ในห้องผ่าตัด ไม่มีใครมาพูดอะไรเลย "

(รหัส ID 10301 สัมภาษณ์ วันที่ 16 มี.ค. 2550)

“ ตอนที่หมอผ่าตัดคิดถึงโรคกระดูกอยู่ข้างหลัง ไม่รู้สึกอะไร คิดว่า
เมื่อไหร่เสร็จหมอก็ไม่ได้คุยอะไร ไม่มีใครสอนอะไรเลย หมอก็ไม่ได้อ
บอกอะไรเลย ”

(รหัส ID 10501 สัมภาษณ์ วันที่ 30 มีนาคม 2550)

ปัญหากระบวนการบริการในระยะหลังผ่าตัด

ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะถูกส่งกลับมาถึงหอผู้ป่วย ปัญหากระบวนการบริการในระยะนี้ ได้แก่ การ
ขาดการเตรียมเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วย และการจำหน่ายล่าช้า ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

แก่นความคิดหลักที่ 1 “ขาดการเตรียมเรื่องอาหาร”

ในระยะหลังผ่าตัดพบปัญหา ขาดการเตรียมเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วย
กลับมาไม่ตรงมืออาหาร ต้องให้ญาติซื้ออาหารมาให้ทานเอง และ ไม่มีใครบอกให้ผู้ป่วยทานอาหารได้
เมื่อหิวผู้ป่วยจึงทานเอง

แก่นความคิดย่อยที่ 1.1 “มาไม่ตรงมืออาหาร...ญาติซื้อเอง”

ภายหลังผ่าตัด เวลาที่ผู้ป่วยกลับมาจากห้องผ่าตัดนั้นเป็นเวลาที่ไม่แน่นอน บางรายกลับมาไม่
ตรงมืออาหาร จึงไม่ได้จัดเตรียมอาหารไว้ให้ต้องให้ญาติซื้ออาหารมาให้ทานเอง

“...ถ้าเกิดมาไม่ตรงมืออาหาร เช่น ย่าอ 2 จะแนะนำให้ญาติซื้อมาให้
เลย”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์ วันที่ 22 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 1.2 “ไม่ได้บอก...หิวก็กินเลย”

ผู้ป่วยที่กลับมาจากห้องผ่าตัดนั้นมีความรู้สึกหิวอาหารจึงต้องการรับประทานอาหารทันที
แต่พบปัญหาว่า ผู้ป่วยนั้นตัดสินใจในการรับประทานอาหารหลังผ่าตัดเอง เนื่องจากไม่มีเจ้าหน้าที่มา
บอกให้รับประทานได้

“ พยาบาลไม่ได้บอกให้กินข้าวได้กินเอง ไม่มีใครบอก ญาติเขาบอก
หิวหรือเปล่า ถ้าหิวก็กินเลย ไม่มีใครบอก แต่ตอนเข้ามาเขาบอกว่า 5
โมงเต็มมืออาหารมาให้ ”

(รหัส ID 10501 สัมภาษณ์ วันที่ 30 มีนาคม 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 2 “จำหน่ายล่าช้า”

ในระยะหลังผ่าตัดนั้น พบปัญหากระบวนการบริการที่มีการจำหน่ายผู้ป่วยล่าช้า เนื่องจากหลาย
สาเหตุ ได้แก่ แพทย์ไม่ได้มาเตรียมผู้ป่วยและประวัติก่อนกลับบ้าน จึงไม่ได้อธิบายก่อนกลับบ้านหรืออาจ
เกิดจากความจำเป็นที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะมีการสั่งยาแก้ปวดเพิ่มในวันกลับบ้าน หรือการที่ผู้ป่วยต้อง
รอจนกว่าพยาบาลให้เสร็จก่อนทำการจำหน่าย

แก่นความคิดย่อยที่ 2.1 “ขาดการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย”

เมื่อถึงเช้าวันรุ่งขึ้นผู้ป่วยหลังผ่าตัดนั้นจะเปลี่ยนเสื้อผ้ารอการกลับบ้าน พบว่า เกิดปัญหาจากการที่ผู้ป่วยรอคอยการเตรียมจำหน่ายของแพทย์นาน เนื่องจากแพทย์ยังไม่มาเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วย ยังไม่ได้ตรวจ ยังไม่มีการส่งยากลับบ้านส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจ

“เจ้าคน ไข้ก็จะออกจากกลับบ้านเขาจะเปลี่ยนเสื้อผ้ารอไว้แล้ว เนื่องจากหมอบเปลี่ยนระบบทุกเดือน ถ้าหมอบไม่ได้มาเตรียมคน ไข้กลับบ้านเตรียมยากลับบ้านเช่นนี้ที่คน ไข้ผ้า แต่ถ้าไม่ท้ออย่างนี้ยังไม่มาพิมพ์ใบนัด ยังไม่มาเขียนใบรับรองแพทย์หรืออะไรพวกนี้เราก็ต้องรอที่จะเกิดความไม่พึงพอใจของคน ไข้ที่ต้องรอ เพราะ ว่าถ้ากว่าจะได้ก็ต้องรอ เพราะ ถ้าส่งใบ ใบในเวรตอนเย็นจะได้เร็ว”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 2.2 “รอยาที่เบิกเพิ่ม”

เนื่องจากแพทย์มาประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้านในช่วงเช้าของวันเดียวกัน ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการปวดแผลผ่าตัดอยู่ แพทย์อาจจะสั่งยาแก้ปวดเป็นยากลับบ้านเพิ่ม จึงต้องรอยาทำการจำหน่ายล่าช้า

“แต่ก็มีบางราย ที่หมอบมาประเมินตอนเช้า คน ไข้ยังมีปวดอยู่ก็อาจจะสั่งยาแก้ปวดเพิ่มอันนี้ก็ต้องรอไปเพราะหลักเตียงไม่ได้”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 2.3 “รองานการพยาบาลเสร็จ”

โดยทั่วไปผู้ป่วยจะได้กลับบ้านประมาณ 9.00-10.00 น. เพราะต้องรองานการพยาบาลทั่วไปเสร็จก่อน พยาบาลจึงพร้อมทำการจำหน่ายผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจที่ต้องนั่งรอกระบวนการการจำหน่ายที่ล่าช้าตั้งแต่ช่วงเช้า

“โดยทั่วไปได้กลับ ประมาณ 9-10 โมง เพราะว่าเราต้องรองานการพยาบาลของเราให้เสร็จด้วย เรื่องการจำหน่าย เพราะจะทำให้คน ไข้รู้สึกไม่พึงพอใจถ้าเข้ามาแล้วต้องมารอคอยอีก เขาจะกลับ เขาก็ไม่ต้องมารับผิดชอบกระบวนการตรงนี้ รู้แล้วว่ากลับก็ได้กลับ”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

ปัญหากระบวนการบริการในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเรื่องที่โรงพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

จากระบบบริการ ในระยะหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมาตรวจต่อเรื่องที่โรงพยาบาลนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ประสบปัญหาในเรื่องการขาดการเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจ และการขาดการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ของโรคติดเชื้อทางทวารหนัก ดังนั้น ปัญหาในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล มีรายละเอียด ดังนี้

แก่นความคิดหลักที่ 1 “ขาดการเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจ”

ในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล พบปัญหากระบวนการที่ขาดการเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกจัดความสำคัญไว้หลัง ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรครุนแรงอื่น จึงขาดการให้ข้อมูลการตรวจ ประกอบกับการที่มีเวลาเพียงเล็กน้อย การไม่ได้รับข้อมูลการตรวจ ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจการตรวจของแพทย์ที่ไม่ได้ทำการตรวจทวาร หรือให้การรักษาใด ๆ นอกจากแพทย์ดูด้วยตาเพียงอย่างเดียว

“กลุ่มที่มาตรวจตามนัดครั้งที่ 2 หรือมากกว่านั้น เราจะจัดความสำคัญไว้หลังๆ ไปในนี้อาจจะ ไม่ได้มาตลอดด้วยภาระงานที่มันถ่วงมือ ตัวคนไข้เองก็คิดว่า ไม่มีอะไรแล้วเจ้าหน้าที่เองก็ยุ่ง”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“แพทย์ดูเฉยๆ ไม่ได้ตรวจกัน นัดอีกหนึ่งเดือน หมอยังไม่ได้ออกว่ามีตรวจอะไร”

(รหัส ID10301 สัมภาษณ์วันที่ 16 มิ.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 2 “ขาดการเน้นย้ำเรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ”

ในระยะหลังผ่าตัดพบปัญหากระบวนการผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางทวารหนักที่ขาดการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากพบว่า ขาดการเน้นย้ำเรื่องการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากแพทย์และพยาบาลไม่ได้เน้นถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางทวารหนัก ทั้งที่แพทย์ได้ช่วยการแก้ปัญหาแล้ว แต่มีโอกาสกลับขึ้นมาเป็นได้อีก ซึ่งเกิดจากการผ่าตัดที่แพทย์ตัดไม่หมด เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะหนึ่งผู้ป่วยจะกลับมามีอาการแบบเดิม ได้แก่ รับประทานอาหารแบบเดิม กินผักน้อย กินน้ำน้อยคอยให้อุจจาระแข็งแล้วไม่ไปถ่าย หรือการเบ่งถ่าย

“หมอบางคนไม่ได้เน้นแบบเดิม ไม่ได้บอกถึงหัวใจหลักว่าหมอได้ช่วยแก้ปัญหาไปให้แล้ววันข้างหน้า ปัญหาที่มันจะมีโอกาสกลับขึ้นมา”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“คนไข้จะกลับเป็นซ้ำถ้าจะเป็นแน่ชัดคือ คิดไม่หมดคนจะแค่ง่ายน้อย พอเวลาผ่านไปคนไข้ก็กลับมากินอาหารแบบเดิม กินผักน้อย กินน้ำน้อยคอยให้อุจจาระแข็งแล้วก็กลับไปเข้าวงจรเดิม พออุจจาระแข็งก็ไม่ไปถ่าย พอถ่ายอีกทีก็ไปเบ่ง กว่าจะมาเป็นซ้ำก็เวลาผ่านไปซักหนึ่งหรือประมาณ ปี 2 ปี เส้นเลือดรอบทวารก็จะเริ่มงอกขึ้นมาใหม่แล้วก็ปวดใหม่”

(รหัส ID 20101 สัมภาษณ์วันที่ 1 มิ.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 3 “มาตรวจก่อนนัด”

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางร่ายกลับไปบ้านได้ไม่ถึง 1 สัปดาห์ มีอาการปวดแผลมากจนทนไม่ได้ หรือยังถ่ายมีเลือดออกอยู่จึงตกใจ และไม่แน่ใจว่าผิดปกติหรือไม่จึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก่อนกำหนดนัด

“มาก่อนนัดเลย ก็เหมือนกันที่มาก่อนนัด อาจมีปัญหาแล้วมาก่อนนัด เช่น รู้สึกปวดแผลมาก ถ่ายออกมามีเลือดอยู่เลย บางคนกลับไปไม่ถึงยาทดก็มา ไม่เข้าใจว่ามันเป็นความผิดปกติหรือเปล่า ตกใจก็มาเกินอาการที่เขามอบไม่ได้จะมา”

(รหัส ID 20501-สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

ปัญหาในทุกระยะของระบบบริการผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จากปัญหาระบบบริการที่พบ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาลนั้น ยังพบปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในทุกระยะ คือ การขาดการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

แก่นความคิดหลักที่ 1 “ขาดการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ”

ระบบบริการทุกระยะ พบปัญหาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างพยาบาลหรือผู้ป่วยกับพยาบาลห้องผ่าตัด ได้แก่ ในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยจะขาดการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งห้องผ่าตัด เนื่องจากทางห้องผ่าตัดไม่ให้โทรศัพท์มาประสานงานหรือแจ้งให้ทางหอผู้ป่วยทราบในเวลาที่จะมารับ ทำให้ต้องส่งผู้ป่วยด้วยความเร่งรีบ หรือในระยะหลังผ่าตัด ในการแจ้งเวลาส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยทำให้ไม่พร้อมรับเมื่อผู้ป่วยมาถึง รวมถึงพยาบาลประจำหอผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งเวรความผิดปกติ ปัญหาที่พบในระหว่างการได้รับการผ่าตัด หรือเกี่ยวกับข้อมูลที่สำคัญอื่นๆ ของผู้ป่วย โรคกรดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อมูลที่ได้รับ หรือบางรายเข้าใจความหมายเป็นคนละอย่างกับความเป็นจริง ทั้งเรื่องการแนะนำขั้นตอนบริการต่างๆ การนัดมาพบ การผ่าตัด และกำหนดผ่าตัด เป็นต้น

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลวันเดียวนั้น พบปัญหาการส่งเวรข้อมูลผู้ป่วยผิดพลาด โดยพยาบาลทราบชื่อผู้ป่วยที่จะมานอนโรงพยาบาล และชื่อการผ่าตัดจากการโทรศัพท์มาแจ้งของศูนย์บรรจุผู้ป่วย พยาบาลนำข้อมูลที่ได้อัปโหลดที่เก็บไว้มาทำหน้าป้ายผู้ป่วยใหม่โดยไม่มีเพิ่มประวัติของผู้ป่วย พบว่า กระบวนการเตรียมรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดยังประสบปัญหาการประสานข้อมูลผู้ป่วยรับใหม่ เนื่องจากพบว่า ข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อมานั้นมีความไม่ถูกต้อง อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้เรื่องชื่อโรค การผ่าตัด หรืออ่านไม่ออก และไม่สัมพันธ์กับข้อมูลตารางผ่าตัดของแพทย์ ทำให้เกิดความผิดพลาดในการเตรียมรับผู้ป่วย และกำหนดการผ่าตัด

“เราก็คงไม่ได้มีการส่งเวรว่าคนไข้คนนี้มีอะไร รู้กันว่าถ้าคนไข้มีอะไรผิดปกติ ความดันสูงมาก มีเบหเวณน้ำคาลสูง เราก็คงส่ง”

(รหัส ID 20301 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

“หมอบอกท่านนัดอีกกี่วันนี้ ส่งสัยต้องผ่าตัดและมาซีกเลือกเซ็กอะไรก่อน จะผ่าตัดหรือไม่หรือจะทำการรักษา อะไรแบบนั้น แต่ใช้วิธีพูดของทวาร หรือไม่ได้ เห็นมากกว่านี้นะ”

(รหัส ID 10201 สัมภาษณ์วันที่ 5 พ.ค. 2550)

“มีระบงรามาถึง ไม่รู้นอนโรงพยาบาลเมื่อไร พอรู้แล้วไม่ตกลงมาถึงที่นี้ขอเปลี่ยน หรือไม่แน่ใจ”

(รหัส ID 20801 สัมภาษณ์วันที่ 20 พ.ค. 2550)

“จริงๆคนไข้จะเข้าพุงนี้ ช่วงเวลาที่เขาสะดวกในคอนเซ็ปท์ห้อง admu เขาจะส่งชื่อมาแล้วว่าจะมีชื่อนี้ day care แต่ว่าจริงแล้วมันก็จะไม่มี OPD Card อะไรมีแต่ชื่อ ตั้งแต่ admu ที่โทรมาหาเรานั้นเป็นข้อมูลที่บางทีก็อาจจะเกิดความผิดพลาดได้ บางทีก็ไม่รู้โรคเพราะเขาอ่านไม่ออก... บางรายก็ไม่ได้โทรมามารับเลข บางรายก็ไม่โทรมา กลับก็กลับมามเลข ด้านเกิดเขามาวิ่งวิ่งๆรถก็มา”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

4.2.2 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคกรดสี้ดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคกรดสี้ดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบมี และไม่มีส่วนร่วม แล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาทำให้สรุปแก่นความคิดหลัก ดังนี้

- 1) ระยะเวลาก่อนผ่าตัด
 1. ไม่รู้
 2. คุณภาพชีวิตไม่ดี
 3. กว่าจะตัดสินใจมารักษา
 4. ตัดสินใจไม่ได้ว่าเมื่อไหร่ผ่าตัด
 5. ไม่รู้เรื่องการเตรียมผ่าตัด
 6. การผ่าตัดถูกจัดไว้ลำดับท้าย ๆ
- 2) ระยะเวลาผ่าตัด
 1. กลัว
 2. เจ็บมากตอนฉีดยาชา

3. ไม่สุขสบายจากนอนคว่ำ
- 3) ระยะเวลาหลังผ่าตัด : ที่โรงพยาบาล
 1. ปวดแผลทรมานมาก
 2. กลัว
 3. ใ้สสาวะลำบาก
 4. ไม่รู้การดูแลตนเองหลังผ่าตัด
 5. เปลี่ยนใจไม่อยากจะนอนโรงพยาบาล
 6. หน้ามืดวิงเวียนจากเปลี่ยนท่า
- 4) ระยะเวลาหลังผ่าตัด : ที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื้อที่โรงพยาบาล
 1. ไม่มีความรู้
 2. ไม่สะดวกสบาย
 3. กลัว
 4. ไม่อยากเป็นอีก

ทั้งนี้ ในแต่ละแก่นความคิดจะมีแก่นความคิดย่อยในรายละเอียด ตามตารางที่ 4.3 ดังนี้

ตารางที่ 4.3

แก่นความคิดหลักและย่อยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนัก
ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

ระยะ	แก่นหลัก	แก่นย่อย 1
ระยะก่อนผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่รู้ 2. คุณภาพชีวิตไม่ดี 3. กลัวจะตัดสินใจมารักษา 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 สาเหตุคืออะไร 1.2 ไม่เข้าใจการรักษา 2.1 รบกวนการใช้ชีวิต 2.2 กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ 2.3 เหนื่อย เหนียว จากเสียเลือด 3.1 กลัวจะเป็นมะเร็ง 3.2 ราคาค่าดูแลเกี่ยวกับอาการ 3.3 อาย 3.4 คิดว่าไม่ใคร่ครวญ ไม่อันตราย

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ระยะ	แก่นหลัก	แก่นย่อย 1
ระยะผ่าตัด	4. ตัดสินใจไม่ได้ว่าเมื่อไรผ่าตัด 5. ไม่รู้เรื่องการเตรียมผ่าตัด 6. การผ่าตัดถูกจัดไว้ล่าช้าท้าย ๆ	4.1 กลัว 4.2 ขอลื่นไม้พร้อมผ่าตัด 5.1 ต้องเตรียมร่างกายอย่างไร 5.2 การใช้สิทธิการรักษาและค่าใช้จ่าย 5.3 กำหนดเวลาผ่าตัด 5.4 จำนวนวันนอน 5.5 การดูแลหลังผ่าตัด
ระยะหลังผ่าตัด : ที่โรงพยาบาล	1. กลัว 2. เจ็บมากนอนเฉื่อยชา 3. ไม่สุขสบายจนนอนคว่ำ	
ระยะหลังผ่าตัด : ที่บ้านจน มาตรวจต่อเมื่อที่โรงพยาบาล	1. ปวดแผลทรมานมาก 2. กลัว 3. ปัสสาวะลำบาก 4. ไม่รู้การดูแลตนเองหลังผ่าตัด 5. เปลี่ยนใจ...ไม่อยากนอน โรงพยาบาล 6. หน้ามืด วิงเวียนจากเปลี่ยนท่า	2.1 ตกใจ...มีเลือดไหลออก 2.2 กลัวแผลไม่หาย 3.1 ปัสสาวะยาก ต้องเบ่ง 3.2 ปวดไม่ยอมลุกปัสสาวะ 3.3 แยกไม่ออกปวดแผลหรือปวดปัสสาวะ 4.1 ไม่เข้าใจเรื่องอาหาร 4.2 ให้คำแนะนำไม่ละเอียด 4.3 ไม่ได้อธิบายเรื่องยา 1.1 ผลข้างเคียงของยา 1.2 การดูแลแผล 2.1 ปวดแผล 2.2 ยังมีเลือดออก 3.1 แผลอักเสบ 3.2 เจ็บแผล

ระยะก่อนผ่าตัด

ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนัก ส่วนใหญ่ประสบปัญหาในเรื่องการไม่รู้สาเหตุการเกิดโรคกรดสีดวงทวารหนัก ไม่เข้าใจถึงวิธีการรักษาก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตไม่ดี และกว่าจะตัดสินใจมารักษาที่ยังคงตัดสินใจไม่ได้ว่าเมื่อไหร่ผ่าตัด อีกทั้งปัญหาความกลัว ความไม่รู้เรื่องการเตรียมผ่าตัด และการผ่าตัดถูกจัดไว้ลำดับท้าย ๆ ดังนั้น ปัญหาในระยะก่อนผ่าตัดในแง่ความคิดหลักของแต่ละปัญหามีรายละเอียด ดังนี้

แง่ความคิดหลักที่ 1 “ไม่รู้”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคกรดสีดวงทวารหนัก ด้วยคิดว่าเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ จากการรับประทานอาหารแสลงหรือจากการรบกวนของหนัก อีกทั้งยังมีความเชื่อแปลก ๆ ว่าเกิดจากมดกัดหรือมีก้อนไหลหลังจากคลอดลูก จากกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สาเหตุทำให้ไม่เข้าใจวิธีการรักษา ดังนั้น ปัญหาในระยะก่อนผ่าตัด ในแง่ความคิดย่อยของแต่ละปัญหามีรายละเอียด ดังนี้

แง่ความคิดย่อยที่ 1.1 “สาเหตุคืออะไร”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักส่วนใหญ่มีความเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรคกรดสีดวงทวารหนักเกิดจากสุขนิสัยการขับถ่าย การรับประทานอาหารแสลง และการรบกวนของหนัก

แง่ความคิดย่อยที่ 1.1.1 “สุขนิสัยการขับถ่าย”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักบางรายไม่แน่ใจว่า การคิดนิสัยเข้าห้องน้ำนานอย่างนี้เรื่อย ๆ แล้วทำให้ต้องเบ่งถ่าย อาจเป็นสาเหตุของโรคกรดสีดวงทวารหนัก หรือในบางรายยังมีความคิดว่าการไม่ดูแลเอาใจใส่เรื่องการขับถ่ายเป็นเวลาหรือการกลั้นอุจจาระ จนเป็นสาเหตุให้อุจจาระแข็งมีผลไปบาดช่องทวารได้

“ คงเป็นเพราะที่เราเข้าห้องน้ำนาน แล้วก็คิดนิสัยแบบนี้ไปเรื่อย ๆ แล้วก็มีการเบ่งอะไรพวกนี้ ไม่ทราบว่าจะไรอันนี้หรือเปล่า”

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 26 มี.ค. 2550)

“ เราไปถ่ายอุจจาระ ไม่ตรงเวลาที่มีอุจจาระนี้จะแข็งตัว แล้วก็ไปบาดชุดช่องทวาร กลั้นอุจจาระบางทีถ่าย 2 ครั้งเป็นถ่ายเดียวอย่างนี้ ก็ปล่อยตามเรื่อง ถ้าปวดถึงจะ ไป บางทีก็หลุดไปเลย ”

(รหัส ID 10201 สัมภาษณ์วันที่ 5 ก.พ. 2550)

แง่ความคิดย่อยที่ 1.1.2 “อาหารแสลง”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนัก ส่วนใหญ่มีความเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรคกรดสีดวงทวารหนัก โดยคิดว่าเกิดจากรับประทานอาหารแสลงหลากหลายชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักหมายถึง อาหารควา ได้แก่ เนื้อสัตว์ อาหารทะเล ปลาหู ปลาหมึก ไข่ เนื้ออุ เนื้อควาย ปลาไหล เต้า หรือ

ขนมเทียน ขนมแข่ง ของหมัก ของคองหน่อไม้ เพราะหลังการรับประทานอาหารดังกล่าวทำให้เกิดอาการมีก้อนขึ้นออกมาก ปวด และมีเลือดออก

“พอมากินขนมเทียนขนมแข่งก็ท้องขึ้นมลายมีอาการคันที่เลย มันจะ ไตวันโต คันท้องออกมลาย นอกจากนั้นพวกของหมัก ของคองเนื้อ พอกินอีกมันก็เป็นอาหารทะเลก็ไม่ได้ ปลาหู ปลาหมึกอะไรอย่างนี้ พวกนี้แน่นอนเลยทำให้เป็นเพราะว่ามันหวาน”

(รหัส ID 10501 สัมภาษณ์วันที่ 19 มีนาคม 2550)

“ ถ้าเราไปกินของแสลงมันก็จะป็นคุ่มออกมาก ปวด เลือดออก ไข้ เนื้องู เนื้อควาย พวกปลาไหลเนื้อดำไม่ได้”

(รหัส ID 10201 สัมภาษณ์วันที่ 5 ก.พ. 2550)

“ มันเป็นสาเหตุจากอาหารเพราะว่าถ้าทานหน่อไม้ ไข่ เนื้อ หรือของทะเลที่เป็นของแสลงหลายมื่อคิดกันนี้จะมีอาการเลือดไหลเลย หัวนี้มันจะบวม ”

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 23 มีนาคม 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 1.1.3 “ยกของหนัก”

ผู้ป่วยโรคกรดสี้ดวงทวารหนักบางรายที่ต้องทำงานหนักหรือต้องยกของหนัก เช่น ชกน้ำ ผู้ป่วยจึงมีความเข้าใจว่าการยกของหนัก เป็นสาเหตุของการเกิด โรคกรดสี้ดวงทวารหนัก เพราะเมื่อไปยกของหนักทำให้มีก้อนขึ้นออกจากทวารหนัก

“ พอมันออกมาจากของหนักก็ยก ก็ชกน้ำ ชกท่า ของหนักๆมันก็ออกมา”

(รหัส ID 10201 สัมภาษณ์วันที่ 5 ก.พ. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 1.1.4 “ความเชื่อแปลก ๆ”

ผู้ป่วยโรคกรดสี้ดวงทวารหนักบางรายมีความเชื่อแปลก ๆ ว่า สาเหตุการเกิด โรคกรดสี้ดวงทวารหนักของตนเอง คือ เกิดจากมดกัด เนื่องจากการสังเกตด้วยตนเองตั้งแต่ถูกมดกัดจึงเกิดเป็นดั่งห้อยออกมา หรือผู้ป่วยบางรายคิดว่าก้อนริดสี้ดวงทวารหนักนั้นเกิดจากคลอดลูก เพราะเริ่มพบก้อนขึ้นมาตั้งแต่คลอดลูกแล้วมีอาการมาตลอด โดยเฉพาะขณะเบ่งถ่ายอุจจาระ

“ มันโดนมดกัดก็เป็นดั่งห้อยมา สาเหตุมันเริ่มต้นมาจากมดกัด ”

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 12 มีนาคม 2550)

“ ริดสี้ดวงทวารมัน ไหลมาตอนคลอดลูกคนที่ 2 ก็เริ่มขึ้นตอนเบ่งจะขึ้นออกมา ”

(รหัส ID 10301 สัมภาษณ์วันที่ 21 ก.พ. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 1.2 “ไม่เข้าใจการรักษา”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักไม่เข้าใจการรักษาโรคจิตเสีดวงทวารหนัก จากการศึกษาที่เริ่มแรกนั้น เป็นเพียงเล็กน้อย จึงคิดว่าไม่เป็นอะไรหรือถ้าอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะคิดว่าอาการดีขึ้นแล้วหายแล้ว

แก่นความคิดย่อยที่ 1.2.1 “เมื่อก่อนเป็นนิดเดียวคิดว่าไม่เป็นไร”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักส่วนใหญ่รู้ว่าตนเองเป็นโรคจิตเสีดวงทวารหนักมากกว่า 10 ปี ด้วยคิดว่าไม่มีอะไรร้ายแรง ไม่เป็นอุปสรรคอะไร ตั้งแต่เริ่มมีอาการตั้งแต่เล็กน้อยจนอาการเริ่มรุนแรง โดยที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตได้ เช่น มีเลือดออก ก้อนยื่นโผล่

“ รู้แล้ว 30 กว่าปีแล้ว เมื่อก่อนเป็นนิดเดียว คิดว่าไม่เป็น ไรก็ปล่อยไปเรื่อยๆ
ที่นี้ 3-4 วันนี่ก็เลือดออก กลัว ก็เลยมาปรึกษาหมอเลย ”

(รหัส ID 10101 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 8 ม.ค. 2550)

“ ยาวุธิ์ 30 ได้มั้งทีกลอดอุกคนที่ 2 ก็เริ่มขึ้น แต่ไม่เป็นอุปสรรค แต่มา
ระยะหลังนี้ ก็เริ่มเลย เริ่มเป็นเสี นานๆก็วิ่งแต่เมื่อก่อนก็แล้วเนี่ยคิดสังเกตุตั้งแต่
เดือนกรกฎาคม แต่ที่นี้เป็นมาตลอดจนปัจจุบันนี้ โผล่ เป็นอย่างนี้ตลอด ”

(รหัส ID 20301 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 1.2.2 “นึกว่าดีแล้วมันหายไปแล้ว”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่มีอาการแสดง
ดีขึ้นนั้นจะหายได้ หรือในรายที่ได้ยาแล้วจะหายไปแต่กลับมีโอกาสเป็นขึ้นมาอีก

“ เมื่อก่อนก็เป็นครั้งหนึ่งมันจะยุบ เรานึกว่าดีแล้วมันหาย ไปแล้ว ที่ไหนได้
พอมาคืนก็พองขึ้นมาเลย หนักที่เลย ”

(รหัส ID 10501 สัมภาษณ์วันที่ 19 มีนาคม 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 2 “คุณภาพชีวิตไม่ดี”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักนั้น พบปัญหาคุณภาพชีวิตไม่ดีจากอาการของโรคที่รบกวนการ
ใช้ชีวิตก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลความอาก หรืออาการเหน็ดเหนื่อยเพลียจากเสียเลือด

แก่นความคิดย่อยที่ 2.1 “รบกวนการใช้ชีวิต”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักนั้น เมื่อได้เห็นอาการที่เป็นแล้วเกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล
เรื่องเข้าห้องน้ำ และเกิดอาการนั่งไม่สะดวกจากการเสียคลสิจน รู้สึกอึดอัดและหงุดหงิด

แก่นความคิดย่อยที่ 2.1.1 “เห็นแล้วไม่สบายใจ”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนัก รู้สึกไม่สบายใจ เมื่อได้เห็นมีเลือดออกเวลาเข้าห้องน้ำ เพราะ
คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ดี มีผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและคุณภาพ
ชีวิต

“ อย่างที่ คุณหมอบอกว่าเกี่ยวกับการดำรงชีวิต คุณภาพชีวิตนะค่ะ รู้สึกไม่สบายใจอย่างนี้ ไม่ค่อยดีที่ว่าพอเข้าห้องน้ำแล้วมันจะมีเลือดออกมานั้นนะค่ะ รบกวนการทำงานในชีวิตประจำวัน ”

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 26 มี.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 2.1.2 “กังวลเรื่องห้องน้ำ”

ผู้ป่วยโรคปริศนาคางทูมหนักมีความวิตกกังวลเรื่องกรที่ต้องเข้าห้องน้ำบ่อยไปคืนก่อนที่ขึ้นออกมาหลังจากขับถ่าย นิ่งของ ๆ และเวลาเดินให้กลับเข้าไป เป็น ๆ หาย ๆ อยู่อย่างนี้ และจากการเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ นั้นก็ทำให้เกิดอาการเฉื่อยเฉื่อย บางครั้งจึงพยายามหลีกเลี่ยงการเข้าห้องน้ำให้น้อยครั้ง

“ เวลาถ่ายหรือบางทีนั่งของ ๆ หรือบางทีแขนเดินๆ อยู่มันก็เหมือนกับตุ้งๆอะไรอย่างนั้นมันก็จะป็นคั้งอื่นออกมาจะออกมาก่อนถ่าย เราที่ต้องเข้าห้องน้ำไปคืนเข้าไป บางทีก็เข้าห้องน้ำบ่อย เป็นบางช่วง บางทีหายไปเป็นเดือนๆ ช่วงที่เป็นก็เป็นคั้งค้องกัน 2-3 วัน ส่วนใหญ่จะเป็นช่วงเช้าๆ ”

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 26 มี.ค. 2550)

“ ถ้าเราเข้าห้องน้ำเช่นสมมุติไปถ่ายอย่างนี้ มันจะมีการเฉื่อยเฉื่อย ก็ไม่เข้ามัน ก็มานั่งกังวลเรื่องเข้าห้องน้ำอยู่บ้านยังไม่เข้าห้องน้ำวันหนึ่งเข้า 2 ครั้ง ”

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 12 มีนาคม 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 2.1.3 “นั่งไม่สะดวก”

ผู้ป่วยโรคปริศนาคางทูมหนักมีปัญหาการนั่งไม่สะดวกจากการที่มีก้อนยื่นแล้วบางครั้งไม่สามารถคืนกลับได้

“ ในรายที่เป็นโรคปริศนาคางทูมเราก่อนออกในบางครั้งก่อนจะออกมาใหญ่ๆ และไม่สามารถคืนเข้าไปได้ แล้วเวลานั่งไม่สะดวก ”

(รหัส ID 20301 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 2.1.4 “รำคาญใจ อึดอัด หงุดหงิด”

ผู้ป่วยโรคปริศนาคางทูมหนักมีปัญหารำคาญใจ จากที่เวลานั่งแล้วก้อนที่ยื่นออกมาเสียดสีกับพื้นทำให้รู้สึกอึดอัด หงุดหงิด

“ คือเวลานั่งขาของทั้งวันนี้เรานุ่งกางเกงก็จริงอยู่ แต่ก่อนนี้มันยังออกมาเสียดสีได้ มันก็ปลั่งปลั่ง ก็นั่งขาของทั้งวันนี้เรารำคาญมาก เวลานั่งมันเสียดสีกับพื้น โตะมันก็จะอึดอัด ก็เขาละวะ นุ่งกางเกงในมันร้อนรำคาญ ไม่นุ่งก็ได้วะ นุ่งกางเกงตัวใหญ่ๆมันยิ่งแฉะใหญ่ มันซื้อกางเกงไปขาดเข้า มันยิ่งแฉะจริงๆแถมมากๆ

หูดหริศ อังมาจอหน้าร้อนอึงอืดอดมาก เพราะเป็นคนเหงื่อแตกแอง อึงโมโห
มากเหงื่อมันจะแตกไม่หยุดมันจะแฉะตรงล่อง "

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 12 มีนาคม 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 2.2 “กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักมีความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับอาการต่างๆที่พบ ได้แก่ มีเลือดออก เจ็บ
บวม คันมาก

แก่นความคิดย่อยที่ 2.2.1 “มีเลือดออก”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักบางรายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเลือดออก ซึ่งเป็นลักษณะ
เลือดสดจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลทุกครั้งที่เข้าห้องน้ำ

“ มีเลือดออก เลือดสดสดแฉะ วันนี้ก็เลือดออกกลัว ”

(รหัส ID 10101 สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 8 มี.ค. 2550)

“ พอรุ่งเช้าจะเข้าห้องน้ำอีกก็กังวลอีกว่ามันจะมีเลือดออกมาอีกแล้วจะ
ไรอย่าง
งี้แล้วเราก็จะเจ็บ บางครั้งก็จะมีเลือดสดๆหยดออกมาหลังถ่ายอุจจาระบางครั้ง
ก็ไม่มี ”

(รหัส ID 10301 สัมภาษณ์วันที่ 26 มี.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 2.2.2 “เจ็บ บวม คันมาก”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักในระยะก่อนผ่าตัดต้องพบกับปัญหาเรื้อรังก่อให้เกิดอาการเจ็บ
บวม ตรงทวารหนัก คันบริเวณรอบทวารหนัก และมีน้ำและเมือกซึมออกมา

“ มันก็เวลาถ่ายก่อนนี้ มันจะเจ็บ เจ็บตรงทวารหนัก เจ็บแล้วก็ อยู่ๆมันก็คล้ายๆ
ว่ามันก็บวม บวมตรงทวารหนัก บวมเป่ง ”

(รหัส ID 10501 สัมภาษณ์วันที่ 19 มีนาคม 2550)

“ มันคันมาก คันรอบทวารจนขึ้นมาข้างบน ตรงขึ้นมาถึงบริเวณหัวหน้ข้างบน
แล้ว ใช้นั้นมันก็จะบวมเป่งตรงที่อื่นซอกมาด้านนอก มีเมือกออกมาเป็นมาๆก็
2-3 เดือนนี้ที่มีอาการคันหน้าเกลียดมาก หน้าร้อนเหงื่อจะแตก กลัวที่มันคัน เหงื่อ
มันแตกแล้วมันจะเข้มน มันไม่สะควกเสอ เพราะมันขายของ ถ้ามือขึ้นไปล้างๆก็
มองแล้วไม่น่าดูและมันก็คันหน้าเกลียดมาก ”

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 12 มีนาคม 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 2.3 “เหนื่อย เหนียงจากเสียเลือด”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลียจากการเสียเลือดเรื้อรังเป็นเวลานาน
ติดต่อกัน บางรายสังเกตตนเองพบมีอาการปลายมือ ปลายเท้าชา หน้ามืดเวลาลุกนั่ง

“ มีเลือดออกแบบนี้พอคิดทำงานใจ ก็เป็นมาหลายปีแล้วเมื่อก่อนน้ำมัน
ก็ไม่ว่าหยาก็ไม่ได้ไปหาหมอยก แต่ยังมีเลือดออกอีกหลายวันจน
เพื่อยแหละ ”

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 23 มีนาคม 2550)

“ พุดไปโรงที่เหนื่อยเพราะว่าเราสังเกตคู่มือ เท้า ปลายน้ำมันจะซา
แล้วเรามั่งจะถูกขึ้นมันมีคหน้า วิ่ง ”

(รหัส ID 10201 สัมภาษณ์วันที่ 5 ก.พ. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 3 “กว่าจะตัดสินใจมารักษา”

ผู้ป่วยโรคโรคเลือดดวงทวารหนักนั้นด้วยคนเผชิญกับอาการจนกว่าจะตัดสินใจมารักษา
เนื่องจากกลัวจะเป็นมะเร็ง ด้วยความรู้ที่รู้ราคาแพง เมื่อลดทอนกับอาการ ความอาย และคิดว่าไม่เดือดร้อน
ไม่เป็นอันตราย

แก่นความคิดย่อยที่ 3.1 “กลัวจะเป็นมะเร็ง”

ผู้ป่วยโรคโรคเลือดดวงทวารหนักมีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลและกลัวตนเองจะเป็นโรคร้าย เช่น
เป็นมะเร็ง เมื่อพบว่า ตนเองมีความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็ง ได้แก่ มีอาการเลือดออกบ่อยและ
วัยสูงอายุจึงต้องการมาพบแพทย์

กลัวเป็นมะเร็ง แต่วันเข้าใจว่ามันจะเป็นมะเร็งหรือเปล่า ก็กังวล
อยากได้คำตอบว่ามันเป็นอะไรและก็เครียด เกรงว่ามันจะไปเป็นโรคร
อย่างอื่นด้วยอะไรพวกนี้ เพราะว่าเลือดออกบ่อย”

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ค. 2550)

“ เราอายุมากแล้วไอ้เนื้อตรงนั้นมันจะกลายเป็นเนื้อร้ายได้หรือ ไม่มี
แม่ใจว่า ถ้าทิ้งเอาไว้รักษาล่วงๆ หินลึงมันจะกลายเป็นเนื้อร้ายหรือเปล่า
ตัดสินใจมาหาหมอเลยและมันบ่อย ”

(รหัส ID 10301 สัมภาษณ์วันที่ 21 ก.พ. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 3.2 “รำคาญ เบื่อลดทอนกับอาการ”

ผู้ป่วยโรคโรคเลือดดวงทวารหนักมีอาการเรื้อรังเป็น ๆ หาย ๆ เป็นเวลานานก่อให้เกิดความรำคาญ
ทั้งใจและกาย เนื่องจากการต้องเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ ทั้งที่บ้านและที่สาธารณะ เพื่อจัดการกับก้อนที่ขึ้น
อยู่เสมอในทุกอิริยาบถ ขณะทำงานหรือดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความไม่สะดวกในการดำรงทำความ
สะอาดบริเวณทวารหนักจนต้องการตัดสินใจมารับการรักษาเพื่อตัดความรำคาญ

“ คิดตัดสินใจมารักษาเพราะว่ามันรำคาญเพราะว่าถ้าเราไปที่อื่นไม่ได้กลับบ้านแล้ว
ถ้านั่งของๆ แล้วมันออกมาก็ต้องวิ่งเข้าห้องน้ำ แล้วถ้าห้องน้ำ ไม่มีถัง โหลหรือ
อะไรล้างมืออย่างนั้นมันก็จะสกปรก ก็ให้คิด ไปเลย คิดจิตใจไม่มาน ”

(รหัส ID 10701 สัมภาษณ์วันที่ 6 พ.ค. 2550)

"คิดว่ามันร้ายกาจเนื่องจากมันเป็นก้อนแข็งๆ เวลา นั่งรถคล้ายๆ มันจะแหงๆอะไร
เวลา พอเอาออกไปแล้วเราก็จะสบาย เอาออกไปเลยมันก็จะดีขึ้นนะ ผมว่า
เพราะว่าต้องเอาออกแล้ว เพราะมันเป็นก้อนแข็งๆ เวลาผมขับมอเตอร์ไซด์ มันก็
ระคายเคือง เจ็บๆ นิดๆ คล้ายๆ ทัม ไม่ไหวแล้วเอาออกดีกว่า กินยา มันก็ไม่หาย
ก็เลยมาพบแพทย์เอาออกแล้วเราก็จะสบาย "

(รหัส ID 10501 สัมภาษณ์วันที่ 19 มีนาคม 2550)

" แล้วเหตุผลที่ตัดสินใจคือเบียดที่จะมีอาการอย่างนี้ มันเป็นๆหายๆ ระวังอยู่
อย่างนี้ เป็นมาหลายปีมากก็เลยเมื่อคุณหมอแนะนำก็ตัดสินใจผ่าไป "

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 3.3 "อายุ"

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนส่วนหนึ่งไม่ต้องการมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา เพราะมีความวิตก
กังวลตั้งแต่ก่อนมาตรวจ เนื่องจากกลัวการถูกเปิดแผลบริเวณที่ตับ รู้สึกเจ็บอวัยวะและเจ้าหน้าที่
ที่ตรวจ ความรู้สึกเจ็บอวัยวะได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง หญิงบางรายเป็นโรคมีความคิดว่าเป็นสิ่ง
ที่น่าอาย บางรายแม้จะเคยผ่านการคลอดลูกมาแล้ว แต่การมาตรวจรักษาเรื่องโรคกรดไหลย้อนนี้
ยังไม่เคย หากอาการไม่อยู่ในระดับรุนแรงมากที่ต้องรักษาทันทีจะยังไม่มารับการตรวจรักษา

" ก็ไม่ค่อยอยากให้ตรวจทางนี้เหมือนกับตรวจทางช่องคลอด ก็มันเป็นโรคที่
เราก็ไม่ค่อยอยากมาหาหมอเท่าไรเพราะมันเป็นที่ยอวิยะอย่างนั้นนะคะ คืออ่า
เป็นตรวจอะไรพวกนี้ คือเป็นโรคในกะก็เลยไม่ค่อยจะอย่างนี้ "

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 26 มี.ค. 2550)

"อายุหน้าค่าไม่ไปเลย ไม่ไปเพราะว่าอายุเขา ไม่ไป ยังไงก็ไม่ไป มา
ระยะหลายเดือนมันคันมากทนไม่ไหว "

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 12 มีนาคม 2550)

"เมื่อรู้ว่าต้องตรวจกับบางคนเขามิเขินนะ ทั้งผู้หญิงและผู้ชายเขามิเขิน "

(รหัส ID 20601 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

" บางรายซึ่งเขาจะกังวลเรื่องการเปิดแผลเขา ส่วนใหญ่จะเป็นคนที่คุ้นเคย เช่น
เจ้าหน้าที่ ผู้หญิงก็จะอายุๆ เหมือนกัน คนที่จะรู้สึกตรงนี้จะเป็นคนตรวจใน
ครั้งแรกมากกว่าพอตรวจหลายๆ ครั้งก็เริ่มรู้จะ ไม่ค่อยเท่าไร แต่ก็ไม่มีที่ไม่ให้
ตรวจ "

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 3.4 "คิดว่าไม่เดือดร้อน ไม่อันตราย"

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนบางรายผ่านการรักษาโรคกรดไหลย้อนมาบ้างแล้ว แม้จะ
ไม่หาย แต่คิดว่าไม่เกิดอาการที่ทำให้ตนเองเดือดร้อนหรืออันตรายจึงปล่อยให้มีการดำเนินของโรค
ต่อไป

“ ป้าเป็นนี่ก็ 20 กว่าปีเนาะ มันรู้สึกไม่ค่อยดีเท่าไร ก็ปล่อยเรื่อยมาโร
กินยาอะ ไรมันก็ไม่หาย ไม่หายไม่เคือคร่อนก็ปล่อยนะ ป้าไม่คิดว่า
อันตรายนะ เพราะว่ามันเป็นกันเยอะแยะ ”

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 23 มีนาคม 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 4 “ตัดสินใจไม่ได้ว่าเมื่อไรผ่าตัด”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักในระยะก่อนผ่าตัดเมื่อมารับการรักษา นั้น พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัดตัดสินใจไม่ได้ว่า เมื่อไรจะผ่าตัด เนื่องจากความกลัวและความไม่พร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด

แก่นความคิดย่อยที่ 4.1 “กลัว”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักมีความรู้สึกกลัวผ่าตัดแล้วเจ็บและกลัวปวดเวลาถ่าย

แก่นความคิดย่อยที่ 4.1.1 “กลัวผ่าตัดแล้วเจ็บ”

เหตุผลที่ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักยังไม่ตัดสินใจมารับการรักษา ส่วนหนึ่งจะเป็นเพราะความกลัวเจ็บทั้งขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด จากการที่คาดเดาด้วยตนเองและการได้รับฟังทั้งจากคนรู้จัก
คุ้นเคย ผู้ที่เคยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างอื่นมาแล้ว เชื่อว่าเจ็บมากและมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ
กับการผ่าตัดบางชนิด เช่น กลอดบุตร จึงพยายามหลีกเลี่ยงการรักษาโดยการผ่าตัด

ที่ปล่อยไว้นานเพราะปากกลัวเจ็บไว้ จากที่มีคนคุยฟังเหมือนกัน เขายกมือ
ก่อนมันเจ็บนะ มันนั่งไม่ได้เลย ”

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 6 พฤษภาคม 2550)

“ ผ่าแล้วเป็นใจ เจ็บมือ เรื่องปวด ปวดมากมือ ก่อนไปยังไม่เท่าไร พอกลับมา
บางคนบอกกว่าปวดยิ่งกว่ากลอดลูก ”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

“ แค่พอบอกว่าเพื่อนพ่อกว่าแล้วเจ็บมากอะ ไรอย่างนี้พ่อบอกว่าถ้าไม่
จำเป็นก็ไม่ต้อง ”

(รหัส ID 10701 สัมภาษณ์วันที่ 6 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 4.1.2 “กลัวปวดเวลาถ่าย”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนัก ส่วนใหญ่มีความรู้สึกกลัวการเจ็บปวดเวลาถ่ายอุจจาระภายหลัง
การผ่าตัด เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่จะต้องมีการผ่าตัด แสดงได้จากการที่ผู้ป่วยมีคำถามมากในเรื่อง
ดังกล่าวเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระครั้งแรก ปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่ายที่อาจเกิด ปัญหาการกลั้นอุจจาระ
และมีความต้องการการบรรเทาความเจ็บปวดทั้งจากยาระบาย ยาแก้ปวด การพักรักษาในโรงพยาบาล
นานขึ้น เพื่อได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล ในการบรรเทาความเจ็บปวด

“ ก่อนหลังผ่าแล้ว ปวดมากม๊อ ก้วเวลาถ่ายเนี่ยลำบากม๊อ มันจะเจ็บ จะปวด ให้อานักปวด ธาระบายหรือเปล่า อยากว่าจะ ให้อู่หลายวัน พักสัก 2-3 วัน ”

(รหัส ID 10101 สัมภาษณ์วันที่ 8 ม.ค. 2550)

“ ส่วนใหญ่หลังผ่าไปแล้วคน ไข่มักจะกังวลว่ามันเป็นยัง ใจ หลังผ่าจะ เจ็บม๊อ มักถามว่าเวลาหลังผ่าแล้วนะ เวลาถ่ายแล้วมันจะเจ็บแน่นอน จะทำอย่างไรคือเพราะว่าเขากลัวว่าจะเจ็บมาก ”

(รหัส ID 20801 สัมภาษณ์วันที่ 20 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 4.2 “ขอเดือนไม่พร้อมผ่าตัด”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนัก ส่วนใหญ่ขอเดือนไม่พร้อมผ่าตัดเนื่องจากเหตุผลส่วนตัว เป็นหลัก โดยพบว่า มีความจำเป็นหลายประการที่ส่งผลให้งังไม่มารับการรักษา ได้แก่ ปัญหาเรื่องงาน เรื่องเรียน และการมีภาระครอบครัว

แก่นความคิดย่อยที่ 4.2.1 “ปัญหาเรื่องงาน”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักมีปัญหาเรื่องงานที่ต้องรับผิดชอบและจะตัดสินใจมารับการรักษา โดยการผ่าตัดเมื่อถึงเวลาที่ตนเองคิดว่าสมควรแล้ว

“ บางทีขอทำภาระก่อน อีกประเภทหนึ่งคือนั่งมุงมากเลขไม่ยอมยกู๋ โรงพยาบาล ไม่จำเป็นไม่ยอมยกมาก็มี อยู่ที่เขาดูการตัวเขาเองความ ต้องการคนละอย่างกัน ”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“ ลูกเขาก็บอกหลายหนแล้วให้แม่ไป บอกเออ ไปก็ไป แล้วตอนนี้ไม่ ทำงานอะไร ไปก็ไป ไปทำให้มันหายๆกัน ไปมันจะ ได้จบๆ ไป ก็คิด อย่างนี้ ”

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 23 มีนาคม 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 4.2.2 “ปัญหาเรื่องเรียน”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่อยู่ในวัยเรียน บางรายมีความตั้งใจที่จะมารับการรักษา แต่ต้อง เป็นช่วงเวลาที่ปิดเทอมแล้ว

“ คิดไว้มานานแล้วแต่แม่บอกว่าเอาไว้ให้ปิดเทอมก่อนนะ เสร็จปิดเทอม ทำก็โอเค ”

(รหัส ID 10701 สัมภาษณ์วันที่ 6 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 4.2.3 “มีภาระครอบครัว”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักบางรายที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลครอบครัวนั้น ต้อง รอเวลาที่ลูกเติบโตแล้ว และพามาพบแพทย์ จึงมารับการรักษาโดยการผ่าตัด

“ก็พวกลูกมันยังเด็กอยู่ ยังรับภาระ ไม่ได้ยังเรียน พอเขาโตแล้วเรียนจบบ้างก็แนะนำไปอย่างอื่นอย่างอื่นนะ เขาบอกให้มาทุกเดือนทีนี้เดือนที่ผ่านมามีไม่ได้มา พอบรวเทาถูกเขาก็ไปรับ มาเดือนละครั้งตลอดครบมาไม่ได้ก็ไม่ได้มาตามนัด”

(รหัส ID 10201 สัมภาษณ์วันที่ 5 ก.พ. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 5. “ไม่รู้เรื่องการเตรียมผ่าตัด”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักในระยะก่อนผ่าตัดพบปัญหาการไม่รู้เรื่องการเตรียมก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับการเตรียมร่างกาย การใช้สิทธิการรักษาและค่าใช้จ่าย กำหนดเวลาผ่าตัด จำนวนวันนอนและการดูแลหลังผ่าตัด

แก่นความคิดย่อยที่ 5.1 “ต้องเตรียมร่างกายอย่างไร”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักไม่ทราบถึงการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด มีข้อสงสัยถึงการล้างท้องด้วยน้ำมันระหู่

“ก่อนผ่าตัด ต้องทานน้ำมันระหู่ล้างท้องหรือเปล่าคะ”

(รหัส ID 10301 สัมภาษณ์วันที่ 21 ก.พ. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 5.2 “การใช้สิทธิการรักษาและค่าใช้จ่าย”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักมีปัญหาเรื่องการใช้สิทธิการรักษาบางรายไม่ทราบค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด บางรายต้องการใช้สิทธิเมื่อทราบว่าตนเองสามารถใช้ได้ ทำให้ต้องย้อนกลับมาพบแพทย์เพื่อรับจดหมายสรุปประวัติอีกครั้ง

“เขาบอกว่าจ่ายได้นิดเดียว แต่พอไปตรงนั้นบอกจะใช้สิทธิก็ต้องกลับขึ้นมาให้แพทย์เขียนจดหมายส่งตัว เพราะอยู่ตรงนั้นบางที่เขาคิดสนใจว่าใช้ได้ พอลงไปรู้ค่าใช้จ่ายที่แท้จริงแล้วตัวเองมีสิทธิที่จะใช้เมื่อกี้คืออยากจะใช้สิทธิ”

(รหัส ID 20701 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“ส่วนใหญ่จะไม่ถามเรื่องการผ่าตัด ออกตามเลข เสียคงเท่าไร”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“ค่าใช้จ่ายเท่าไร”

(รหัส ID 20601 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 5.3 “กำหนดเวลาผ่าตัด”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักเมื่อมานอนโรงพยาบาลแล้วนั้น ไม่ทราบกำหนดเวลาผ่าตัด โดยได้รับทราบจากพยาบาลเพียงว่ารอเรียก จะไม่มีโอกาสได้รู้ล่วงหน้าว่าได้ผ่าตัดเวลาใด ซึ่งส่วนใหญ่กำหนดผ่าตัดเป็นช่วงเวลายาว

" ทิวทัศน์ที่เราจะ ไม่รู้เลย ส่วนมากจะเป็นคอนกรีต "

(รหัส ID 20401 สัมภาษณ์วันที่ 17 พ.ศ. 2550)

" บอกว่าให้หรือเรียกแต่ไม่ทราบว่าเมื่อไร นื่องพยาบาลบอกวันแล้วแต่
ว่าทางแผนกผ่าตัดจะเรียก "

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ศ. 2550)

" จะผ่าตัดเมื่อไหร่ไม่รู้ล่วงหน้าเลย "

(รหัส ID 10501 สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 5.4 " จำนวนวันนอน "

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักไม่ทราบว่า คนจะต้องนอนโรงพยาบาลกี่วัน จึงมักสอบถามกับ
พยาบาลถึงจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

" อยากรู้ว่ากี่วันนอนกี่วัน "

(รหัส ID 10501 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ศ. 2550)

" ผู้ป่วยต้องการรู้และถามต้องนอนโรงพยาบาลกี่คืน "

(รหัส ID 20401 สัมภาษณ์วันที่ 17 พ.ศ. 2550)

" คนไข้มักจะถามว่านอนโรงพยาบาลกี่วัน "

(รหัส ID 20801 สัมภาษณ์วันที่ 20 พ.ศ. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 5.5 " การดูแลหลังผ่าตัด "

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักส่วนใหญ่ไม่ทราบเรื่องการดูแลหลังผ่าตัดในเรื่อง ทำไมไม่ต้อง
แช่กัน จะทำงานได้ไหม เมื่อไหร่ และจะใช้ชีวิตได้อย่างไร

แก่นความคิดย่อยที่ 5.5.1 " ทำไมไม่ต้องแช่กัน "

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักนั้นมีความเข้าใจถึงการดูแลแผลผ่าตัดบริเวณทวารหนักด้วยการ
แช่กัน โดยได้รับทราบจากการอ่านหนังสือ การได้ยินมาจากผู้อื่นและความเชื่อในอดีตซึ่งเป็นการ
เข้าใจที่ไม่ตรงกับที่แพทย์บอกไม่ต้องแช่

" เขาก็มีความรู้เรื่องแช่กัน ถามว่าผ่าแล้วต้องแช่กันม๊อ บางคนอ่านมา
ว่าผ่าแล้วต้องแช่กัน "

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ศ. 2550)

" แล้วต้องมีแช่กันหรือเปล่า เขาก็ได้ยินมาว่าส่วนใหญ่ต้องแช่กัน "

(รหัส ID 20101 สัมภาษณ์วันที่ 1 มี.ค. 2550)

" ส่วนใหญ่มีความเชื่ออย่างเดิมว่ามีแผลที่กันต้องแช่กันด้วยน้ำอุ่น "

(รหัส ID 20201 สัมภาษณ์วันที่ 15 พ.ศ. 2550)

‘ หมดบอกว่าทำตัวปกติ ไม่ต้องกังวล ไม่ต้องไปนั่งแช่น้ำค้างทับทิมก็ไม่
ทราบจะทำไม ’

(รหัส ID 10701 สัมภาษณ์วันที่ 6 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 5.5.2 “ทำงานได้เมื่อไหร่”

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนทวารหนักมีปัญหา ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดไม่ทราบว่า สามารถ
ทำงานได้เมื่อไร และไม่ทราบว่าสิ่งใดที่ควรงด

“ ส่วนใหญ่จะวิตกกังวลเรื่องวิธีการปฏิบัติตัว ก่อนไปหรือว่าการดูแล
หลังผ่าตัดว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไรมากกว่า ”

(รหัส ID 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

“ แล้วก็จะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ผ่าแล้วไปทำงานได้เดี๋ยวนี้ ต้องงด
อะไรบ้างหรือเปล่า ท่วงทอนหนักตามปกติได้มั๊ย ”

(รหัส ID 20601 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 5.5.3 “ใช้ชีวิตได้อย่างไร”

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนทวารหนักส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าหลังผ่าตัดแล้วจะใช้ชีวิตอย่างไรในการ
ทำงานตามอาชีพที่ตนมีตั้งแต่ก่อนผ่าตัด

“ ส่วนหลายคน ใช้ถามเกี่ยวกับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเขาอาชีพเขา เช่น เขาขับ
มอเตอร์ไซด์รับจ้างแล้วแนะนำไม่ให้ขับมอเตอร์ไซด์ ผมคงทำไม่ได้
จะทำมหากินอะไรดีไม่ทำงานนี้ ”

(รหัส ID 20401 สัมภาษณ์วันที่ 17 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 6 “การผ่าตัดถูกจัดไว้ลำดับท้าย ๆ”

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนทวารหนักในระยะก่อนผ่าตัดนั้นเกิดความรู้สึกหิวอาหา เนื่องจากได้รับการ
เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทางคืนร่างกาย โดยการอดอาหารและน้ำตั้งแต่หนึ่งถึงคืนก่อน
ผ่าตัด รวมเป็นเวลาานมากกว่า 6 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ใช้เพียงการฉีดยาชาเฉพาะที่เท่านั้น
จึงถูกจัดไว้ลำดับหลัง ๆ ทำให้ระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดที่ยาวนาน โดยที่ไม่รู้กำหนดเวลาการ
ผ่าตัดที่แน่นอน เจ้าหน้าที่และแพทย์ไม่สามารถแจ้งกำหนดเวลาที่มารับไปห้องผ่าตัดได้ เนื่องจากต้อง
รอคอยตั้งแต่เช้าวันผ่าตัดจนถึงช่วงบ่าย และเมื่อได้รับเข้าไปในห้องผ่าตัดแล้วยังต้องใช้เวลาอีก
พอสมควรในการรอความพร้อมของทั้งแพทย์และพยาบาล อีกทั้งการรอคอยนี้ก่อให้เกิดความกลัววิตก
กังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น

“ ไม่ได้ทานข้าวเลยตั้งแต่เมื่อคืน แล้วยังไม่กินบ๊วย โมงนะครับ มันก็
หิว คือไม่ได้ทานอะไรเลย บอกโอโห นานจังเลย อยากผ่นเร็วเพราะ
อยากจะทานอาหาร ”

(รหัส ID 10501 สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม 2550)

“ ส่วนใหญ่คนแก่จะบ่นหัว บางคนก็แอบกินน้ำ จริงๆกินได้เพราะเหี้ย
ไว้”

(รหัส ID 20401 สัมภาษณ์วันที่ 17 พ.ค. 2550)

ระยะผ่าตัด

ในระยะผ่าตัดผู้ป่วยโรคโรคตีดวงทวารหนักส่วนใหญ่ประสบปัญหาในเรื่อง ความรู้สึกกลัว เจ็บ
มากตอนฉีดยาชา และ ไม่สุขสบายจากนอนคว่ำ ดังนั้นปัญหาในระยะผ่าตัด ในประเด็นย่อยของแต่ละ
ปัญหา มีรายละเอียด ดังนี้

แก่นความคิดหลักที่ 1 “กลัว”

ผู้ป่วยโรคโรคตีดวงทวารหนักในระยะผ่าตัดขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด และขณะได้รับการ
การผ่าตัดอยู่นั้นเกิดความรู้สึกกลัว บางรายกลัววิธีการทำผ่าตัด ผู้ป่วยจะแสดงอาการเกร็ง นอนไม่หลับ
แม้ได้รับยานอนหลับและบางรายเกิดความเปลี่ยนแปลงถึงระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น

“ แล้วปากกลัวด้วย ใจก็เกร็ง กินยานอนหลับแต่ก็ไม่หลับ ความดันขึ้น
180 ”

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 23 มีนาคม 2550)

“ ส่วนวิธีการทำผ่าตัดว่าจะทำอะไรกับรยางค์ ก็กลัวเหมือนกัน ”

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ค. 2550)

“ ตอนปวดมากๆความดันขึ้นพอกลับมาห้องก็เหลือ 130 เท่าเดิม ”

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 23 มี.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 2. “เจ็บมากตอนฉีดยาชา”

ผู้ป่วยโรคโรคตีดวงทวารหนักในระยะก่อนผ่าตัดนั้นมีความรู้สึกเจ็บปวดมากขณะแพทย์ฉีดยา
ชาเฉพาะที่ที่บริเวณทวารหนักให้กับผู้ป่วย จึงขอเปลี่ยนเป็นจากการฉีดยาชาเป็นดมยาสลบแทนหรือ
ต้องการให้แพทย์ฉีดยาแก้ปวดให้ก่อนได้รับยาชา

“ จะเจ็บตอนฉีดยาชา มันเจ็บตอนที่ฉีดยาชาแน่นแหละ ”

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 23 มีนาคม 2550)

“ ขณะฉีดยาชาเจ็บมาก พอเริ่มคืนเข็มแรกก็เจ็บแล้ว จ้าก เจ็บมาก
จริงๆค่ะ น้ำคาวรีดเลขปวดจนคันแขนเนื้อกระดูก ถ้าเป็นไปได้
อยากจะบอกดมยาสลบไปเลย เสียตั้งก็ขอเวลาปวดหน้ามีคขึ้นมานะ
ทำไมเขาไม่ฉีดยาก่อนก็ไม่รู้ที่เรารู้เพราะหมอถามนะ ”

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 23 มี.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 3 “ไม่สุขสบายจากนอนคว่ำ”

ผู้ป่วยโรคโรคตีดวงทวารหนักในระยะผ่าตัดเกิดปัญหาความไม่สุขสบายจากนอนคว่ำ เพราะ
ทำให้ปวดเมื่อยจากการถูกจัดให้นอนในท่านอนคว่ำเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที ในกรณีการผ่าตัด

เพียง 1 หัวริดสีดวงทวารหนัก หากผู้ป่วยที่มีหัวริดสีดวงทวารหนักมากกว่า 1 หัว พบว่า ต้องอยู่ในท่า นอนคว่ำนั้นตลอดเวลา มากกว่า 30 นาที ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความชำนาญของแพทย์ด้วย

“ ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยน่าจะมีความไม่สุขสบายเนื่องจากกรนอนคว่ำ ต้องอยู่นิ่งๆเป็นระยะเวลาพอสมควร ทักษะจะบ่นเรื่องของปวดเมื่อย บ้างต้องอยู่ในท่านั้นตลอด แล้วแล้วทงน ใช้มีริดสีดวงที่หัว ถ้าหัวหนึ่ง ตั้งแต่ผ่าจนเข้บเสร็จประมาณ 25-30 นาทีแต่ก็ขึ้นอยู่กับว่าแพทย์มีความชำนาญขนาดไหนด้วย ถ้าชำนาญจะเร็วและการฉีดยาชาจะเบา ”

(รหัส ID 20201 สัมภาษณ์วันที่ 15 พ.ค. 2550)

ในระยะหลังผ่าตัด : ที่โรงพยาบาล

ในระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาลนั้น พบว่า ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักส่วนใหญ่ปวดแผล ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนทรมานมาก มีความกลัว มีอาการปัสสาวะลำบากต้องเบ่ง เนื่องจากการไม่รู้ถึงการดูแลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายถึงกับเปลี่ยนใจไม่ยอมนอนโรงพยาบาล อีกทั้งยังมีวิตกกังวลจากเปลี่ยนท่า ดังนั้น ปัญหาในระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล ในแง่ความคิดหลักของแต่ละปัญหามีรายละเอียด ดังนี้

แก่นความคิดหลักที่ 1 “ปวดแผลทรมานมาก”

ถึงแม้การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักเป็นการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อนไม่ใช้การผ่าตัดใหญ่ แต่พบว่า ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดแผลผ่าตัดคือผู้ป่วยมากในระยะ 2 วันแรก ทั้งนี้ ความเจ็บปวดที่มีมากหรือเล็กน้อยนั้นอาจขึ้นอยู่กับจำนวนหัวริดสีดวงที่ทำผ่าตัด และความสามารถในการอดทนต่อความเจ็บปวดของตัวผู้ป่วยเองที่มีมากน้อยแตกต่างกัน

“ หลังผ่าตัดถึงจะเป็นแผลเล็กๆแต่ก็ทรมานมาก ”

(รหัส ID 20301 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

“ ส่วนใหญ่ทั่วไปอาการปวดจะดีขึ้น ก็จะมีบางรายที่ปวดมากขึ้น เพราะบางคนปวดอาจจะขึ้นกับหัวริดสีดวงที่ทำผ่าตัดหรือความอดทนของคนไข้ ”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

“ 2 วันแรก ทรมานนิดๆ โอดมันเจ็บคะและปัจจุบันก็ยังนั่งไม่ได้ มันต้องรอเข้บมั่ง ”

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 23 มี.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 2 “กลัว”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักมีความกลัว เนื่องมาจากตกใจมีเลือดไหลออก และกลัวแผลไม่หาย

แก่นความคิดย่อยที่ 2.1 “ตกใจ...มีเลือดไหลออก”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักขณะไปเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่ายหลังผ่าตัดคือรู้สึกตกใจ กลัว กังวล ใจที่ได้สังเกตว่ามีเลือด ตักขณะเสีแดงสดไหลออกมาจากกันหล่นลง โดสีวมหลังจากที่ดึงผ้าก๊อช ที่สัลดแพทย์อุคไว้โนช่องทวารตั้งแต่ผ่าตัดเสร็จแล้ว ผู้ป่วยบางรายคิดว่าเป็นเลือดที่ตกค้างจากหลังผ่าตัด และกลัวที่จะมีเลือดออกมาก ๆ

“ ตอนดึงผ้าก็อชออกคน ใจ้องตกใจนะเลือดมันไหลจู้ดออกมาเลย ผ้าก๊อชเขาม้วนเป็นกลมๆ แล้วอึดเข้าไป พอดึงออกบูบเลือดมันจะไหลออกมาเลยที่ตกใจ คน ใจ้องจะกลัวได้เพราะ ว่าเลือดที่แดงสดทัวให้เร ใจ้องว่าเป็นเลือดตกกึ่งไม่มีปัญหา”

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 23 มี.ค. 2550)

“ ส่วนใหญ่บางคมเห็นผ้าก๊อชมีเลือดเขาก็จะกลัวๆ ว่าเลือดจะออกมามอช ”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 2.2 “กลัวแผลไม่หาย”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักมีความกลัวแผลไม่หายเพราะมีโรคเดิม ผู้ป่วยกลัวว่ากลับบ้านไปแล้วแผลจะมีปัญหา และกลัวรอยแผลเย็บแตก จึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการหายของแผลผ่าตัด กลัวแผลไม่หาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการหายของแผลช้อยู่ด้วย เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยบางรายไม่กล้าเข้าห้องน้ำ ไม่กล้าเบ่งถ่าย และไม่กล้ารับประทานอาหาร เนื่องจากกลัวรอยเย็บแตกแล้วแผลไม่หาย

“ คือว่าปู้มีโรคประจำตัว ป้าเป็นเบาหวานด้วย ใจ กลัวว่าแผลมันจะเหมือนกับคนอื่นที่พอเป็นเบาหวานแล้วมันจะหายยาก ใจม้อละ ป้าก็สงสัยว่าแผลมันจะหายเหมือนข้างนอกม้อ คอนนี้มันไม่มีอาการอะไร หลอกแค่ป้าข้องใจ สงสัยเฉยๆ กังวลเหมือนกัน คันค่านอกก่อนที่แผลมันจะหายหรืออย่างไร ”

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 6 พฤษภาคม 2550)

“ อยากจะถามจึงเลยว่าวันเคียวมันหายเจ็บแล้วหรือ แล้วกลับ ไปบ้านไม่เป็นไร แผลหายแล้วหรือ สงสัยชาติก็โอยเด แล้วก็วันถึงกลับมาตรวจอีกหรือ ไม่ต้อง ทำไมถึงนอนวันเคียว ถ้ากลับ ไปมันจะมีปัญหาหรือเปล่า แพทย์ไม่ได้อธิบายเรื่องการผ่าตัด แต่เข้าใจว่ากนคิดเคียว ครั้งวัน ไม่กล้าเข้าห้องน้ำเลย กลัวเจ็บ กลัวว่าเคียวรอยเย็บมันแตก ”

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 12 มีนาคม 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 3. “ปัสสาวะลำบาก”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักเมื่อได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแล้วนั้นพบมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ปัสสาวะลำบาก มีการค้างงของปัสสาวะเนื่องจากการปัสสาวะนั้นยาก ต้องเบ่ง แม้มีอาการปวด แต่ผู้ป่วยไม่ยอมลุกปัสสาวะ และแยกไม่ออกระหว่างปวดแผลหรือปวดปัสสาวะ

แก่นความคิดย่อยที่ 3.1 “ปัสสาวะยาก ต้องเบ่ง”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักมีความรู้สึกปัสสาวะไม่เหมือนเดิม ปัสสาวะยากและต้องเบ่ง

“ กลับมาดี ไม่เหมือนธรรมดา รู้สึกนี้ยาก ต้องเบ่ง สีเหมือนเดิม
ธรรมดา”

(รหัส ID 10501 สัมภาษณ์วันที่ 30 มีนาคม 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 3.2 “ปวดไม่ยอมลุกปัสสาวะ”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักภายหลังผ่าตัด เมื่อมีอาการปวดแผลแล้วจะไม่ดื่มน้ำ เพราะไม่
อยากลุกปัสสาวะหรือขยับเดิน จึงทำให้ปัสสาวะลำบาก

เรื่องปวด กับเรื่องดีขยับมากที่สุดเพราะว่ากลัวปวดก็ไม่ยอมลุกนั่งหรือ
ขยับเดินก็ได้ก็ทำให้ดีไม่ออก บางทีไม่เขยนอนลิ้นบนเตียง น้ำก็ไม่กิน
เพราะ ไม่อยากลุกนั่งกลัวเจ็บ”

(รหัส ID 20401 สัมภาษณ์วันที่ 17 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 3.3 “แยกไม่ออกปวดแผลหรือปวดปัสสาวะ”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักส่วนใหญ่คิดว่าตนเองปวดแผล แยกไม่ออกระหว่างอาการปวด
แผลกับอาการปวดปัสสาวะทำให้ปัสสาวะไม่ออกถึงแม้นอนปัสสาวะโดยใช้กระโจน

“ ที่พบก็ส่วนใหญ่ผู้ป่วยคิดว่าปวดแผล แยกไม่ออกว่าปวดแผลหรือว่าปวด
ปัสสาวะ บางคนให้นอนใช้กระโจนเขาก็จะปัสสาวะไม่ออก”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

“ ก็แยกไม่ออกจนกระทั่งว่าเป็นจากปวดปัสสาวะหรือเครื่องมือที่ใส่เข้าไปมัน
ไปคันท้องน้อยหรือปล่า อันนี้เคยนอนเพราะ ไม่มีความรู้”

(รหัส ID 10301 สัมภาษณ์วันที่ 16 มี.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 4 “ไม่รู้จักดูแลตนเองหลังผ่าตัด”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักในระยะหลังผ่าตัดมีปัญหา ไม่รู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด
ทั้งเรื่องการสังเกตอาการตกเลือด การรับประทานอาหาร ขาดการเน้นย้ำก่อนกลับบ้าน ขาดการแนะนำ
การปฏิบัติเมื่อกลับบ้านหรือได้รับคำแนะนำที่ไม่ละเอียด และไม่ได้รับการอธิบายเรื่องยา

แก่นความคิดย่อยที่ 4.1 “ไม่เข้าใจเรื่องอาหาร”

ผู้ป่วยโรคจิตสีดวงทวารหนักมักจะได้รับความแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หลังผ่าตัดมาจากทั้งแพทย์และพยาบาล ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัดจนถึงก่อนกลับบ้าน แต่ในคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับนั้น บางคำแนะนำที่ฟังแล้วน่าจะเข้าใจ แต่ผู้ป่วยบางรายเกิดความสงสัย ไม่เข้าใจและเกิดความไม่แน่ใจในการนำไปปฏิบัติจริง โดยเฉพาะเรื่องอาหารที่ควรรับประทาน

“ก็ข้อความที่ไม่ค่อยเข้าใจคำว่าอาหารอ่อน น่าจะเป็นน้ำจืด ข้าวต้ม จูบ และผัดผักโขมก็กะประมาณนั้นนะคะ แต่หนูก็ไม่ได้ถามว่าถ้าปลาดิบ จะเป็นยัง ไข่หนูก็ไปกินมา ก็วันที่ผ่าตัดหนูถ่ายนิ่วแล้วก็นั่งจุกนิดเดียว ตอนถ่ายครั้งแรกก็ปวดจุกจุกแข็ง ส่วนหนูเองก็ไม่ได้ทำอะไร หมอว่ากินดื่มน้ำสะอาดก็กินออกอยู่แล้ววุ่นวายอย่างไรก็ไม่รู้มีน้ำอ้วกอีกก็ได้”

(รหัส ID 10701 สัมภาษณ์วันที่ 6 พ.ค. 2550)

“คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เขาก็บอกเวลาทำธุระเสร็จแล้วก็ทำความสะอาดธรรมดาแบบนั้น ไม่ได้บอกอะไรมาก เรื่องอาหารไม่ได้บอกอะไร ก็อยากรู้เหมือนกัน แต่เขาไม่ได้ห้ามหรือแนะนำอะไรเรื่องอาหารหรืออะไรนี่ หลังผ่าตัดก็คิดว่ากินน้ำปกติเหมือนเดิม”

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 6 พฤษภาคม 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 4.2 “ให้คำแนะนำไม่ละเอียด”

ผู้ป่วยโรคจิตสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ได้รับความแนะนำก่อนกลับบ้านที่ไม่ละเอียดเป็นคำแนะนำทั่วๆ ไปที่ผู้ป่วยรู้และสามารถปฏิบัติได้อยู่แล้ว ผู้ป่วยจึงคิดว่าคำแนะนำที่ได้รับแล้วนั้นเป็นคำแนะนำพื้นๆ เช่น การทำความสะอาดแผลบริเวณก้นด้วยการล้างน้ำสบู่

“ก่อนกลับบ้านโรงพยาบาลเขาก็แนะนำแค่พื้นฐานๆ ว่าจะให้ทำความสะอาดโดยใช้สบู่ล้างกันเอง ไม่ได้พูดอะไรไม่ละเอียด”

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 4.3 “ไม่ได้อธิบายเรื่องยา”

ผู้ป่วยโรคจิตสีดวงทวารหนักไม่ได้รับการอธิบายเรื่องยาทั้งผลข้างเคียงและการสังเกตอาการจากซาก่อนกลับบ้าน

“อยากให้อธิบายเรื่องยา ผลข้างเคียง การสังเกตอาการจากยา”

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 5 “เปลี่ยนใจ...ไม่ยอมนอนโรงพยาบาล”

ผู้ป่วยโรคจิตสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนั้นส่วนใหญ่เมื่อทำผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยเปลี่ยนใจไม่ยอมนอนโรงพยาบาล เนื่องจากญาติไม่สามารถเฝ้าด้วยได้และอาจไม่ได้รับการดูแล

อย่างใกล้ชิดในระยะหลังผ่าตัดขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล เพราะพยาบาลไม่สามารถให้บริการตามที่ผู้ป่วยต้องการ ได้อย่างทั่วถึงและคิดว่าถ้ากลับไปนอนดูแลตนเองที่บ้านจะดีกว่าถ้าไม่ได้พักห้องพิเศษ

“ คิดว่า *day surgery* ดี เพราะคนไข้บางคนเขาก็ไม่ได้มีความสุขที่จะนอน เพราะมันเป็นเตียงรวมและญาติก็เฝ้า ไม่ได้ค่อนข้างเป็นเรื่องที่สำคัญเพราะเขาต้องการการดูแล อย่างเวรเช้า ก็มีพยาบาลอยู่ 2 คน การดูแลก็ไม่ได้ทั่วถึง เราก็ไปดูแลทั่วไปแต่เขาอยากได้อยู่ดี พบ ได้ถึงครึ่งหนึ่งของคนไข้อยู่ที่ *day care* ตอนนี้ผ่าเสร็จแล้วก็กลับบ้านก็มีหลายรายก็มี พอเย็นแล้วเขาก็อยากกลับบ้าน ไม่อยากนอนก็มีคนไข้อยากกลับบ้าน เพราะเราอยู่ตรงนี้เห็นปัญหาเวลาที่คนไข้มารอแล้วเวรจะกลับหรือบางคนเข้ามาถึงก็จะขอกลับบ้านตอนเย็นเลย ได้มียศ เขาถือว่าไม่ได้ผ่าตัดอะไรมาก บางคนเขาเคยผ่ารู้ว่าโรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลนั้นผ่านแล้ว กลับ สำหรับบางคนก็คิดว่า การไปนอนที่บ้านดีกว่า ”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 6 “หน้ามืด วิงเวียนจากเปลี่ยนท่า”

ผู้ป่วยโรคโรคสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนั้นในระยะหลังผ่าตัดแล้วพบเกิดปัญหาเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือถึงขั้นเป็นลมล้มลงที่ห้องน้ำในขณะที่ไปเข้าห้องน้ำได้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ฟื้น รู้สึกตัวดีแล้วสามารถปฏิบัติคนได้ความปกติ คิดว่าตนเองไม่มีปัญหาใดๆ แต่กลับรู้สึกมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นได้ อาจเกิดจากการอดอาหารมานาน การเปลี่ยนท่า นั่ง ผลจากยาแก้ปวดที่ได้รับ หรือความรู้สึกวิตกกังวล ตกใจที่ไปเข้าห้องน้ำแล้วเห็นมีเลือดออกจกกัน

“ ตอนใช้หลังผ่าตัดที่ฟื้นดีแล้วคิดว่าตนเองไม่มีอะไรก็ไปห้องน้ำเป็น ผู้สูงอายุ ปรากฏว่าไปแล้วเวียนศีรษะที่ห้องน้ำต้องตามประเณินให้ดีมากๆ คนใช้ก็สบายคั้งๆกับเรา อาจจะเป็นจากการเปลี่ยนท่า นั่งก็คิดว่าให้คู่และตามไปที่ห้องน้ำระมัดระวัง ”

(รหัส ID 20301 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

“ เพราะบางทีเราเห็นว่าเป็นรายผ่าตัดเล็กๆบางทีคนไข้บอกไม่เห็นต้องเอาไม้กั้นเตียงขึ้น ไปห้องน้ำไม่เห็นต้องเอาญาติไปด้วย ไม่เห็นต้องเรียกพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ เขาเห็นว่าไม่ได้ผ่าอะไรมาขนาดบ่อยครั้งที่เขาถูกเข้าห้องน้ำแล้วเขเป็นลม ด้วยความที่นอนท่าผ่าตัดด้วยพอถูกก็ไปเข้าห้องน้ำเลยก็จะมีหน้ามืดได้ บางคนก็ไปเห็นเลือดด้วย บางคนยังไม่ใส่กินอาหารด้วย หรือบางรายแก่เวียนศีรษะ ”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

ในระยะหลังผ่าตัด : ที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล

ในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาลนั้น พบว่า ผู้ป่วยไม่มีความรู้ ไม่สะดวกสบาย กลัว และไม่ต้องการกลับมาเป็นอีก ดังนั้น ปัญหาในระยะก่อนผ่าตัดในแง่ความคิด หลักของแต่ละปัญหามีรายละเอียด ดังนี้

แก่นความคิดหลักที่ 1 “ไม่มีความรู้”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านประสบปัญหาไม่ทราบผลข้างเคียงของ ยาและวิธีการดูแลแผล

แก่นความคิดย่อยที่ 1.1 “ผลข้างเคียงของยา”

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านรับประทานยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ไปแล้วพบอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากยา ได้แก่ การแพ้ยาอยู่นานหลายวันโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าตนเอง กำลังมีอาการแพ้ยา ได้แต่เพียงสงสัยและสังเกตตนเอง พบว่า มีอาการผื่นปูดเกิดขึ้นแล้วแต่ไม่ทราบ ไม่มีความรู้มาก่อนได้รับยาเลยว่าอาการนั้น คือ อาการแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิด จากการรับประทานยานั้น ๆ กิดไปเองว่าอาการผื่นปูดที่เกิดขึ้นนั้นเป็นจากร่างกายอ่อนแอ ไม่แข็งแรง ภายหลังผ่าตัดใหม่ ๆ เมื่อมาสังเกตได้จึงมีอาการรุนแรงขึ้นจนทนไม่ไหว คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ออกมามาก ปวดท้อง หลังทานยาไปได้ 3 วันแล้ว ผู้ป่วยบางรายที่มีความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับบ้างจะ สังเกตตนเองและหยุดยาเองตั้งแต่พบความคิดปกติ เช่น หยุดการรับประทานยาระบายเมื่อเริ่มมีอาการ ท้องเสีย

“ ตอนกลับบ้านได้ยา 4 ตัว จำชื่อ ไม่ได้ ตัวหนึ่งเป็นยาแก้ปวด อีกตัวหนึ่งเป็นยา แก้อักเสบ มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียนหลังทานยาได้สัก 3 วัน แต่ก็ไม่ได้สังเกต ตัวเองสักเท่าไร จนวันที่ 3 ทานไปแล้วก็อาเจียนออกมามาก ปวดท้องกระเพาะ ตอนแรกไม่ทราบว่ายาตัวไหนเป็นยาแก้อักเสบหรือยาแก้ปวด ส่วนพยาบาลก็ เอามาให้ พูกว่าตัวนี้เป็นยาแก้อักเสบ และตัวไหนเป็นยาแก้ปวด ไม่ได้บอก ผลข้างเคียงของยาทีละไม่ทราบ ตอนที่ทานก็ไม่ทราบว่า เป็นอาการข้างเคียงของ ยา เพราะกลับมาแล้วรู้สึกไม่สบาย แล้วก็ไม่ทราบว่า เป็นเพราะตัวยา เพราะยัง เป็นน้อยอยู่ ก็เข้าใจว่าตัวเองร่างกายอ่อนแอ ไม่แข็งแรง แบบไปผ่าตัดตัดมา ใหม่ๆแต่สิ่งนี้จริงๆมันก็เป็นคือจากยา ”

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ศ. 2550)

“ ตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล มันเหมือนกับท้องเสียมันระบายเยอะ ไปนิดเดียว หยุดทาน ”

(รหัส ID 10301 สัมภาษณ์วันที่ 16 มี.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 1.2 “การดูแลแผล”

ผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงตารหนักไม่มีความรู้ในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ เนื่องจากไม่มีใครแนะนำถึงการดูแลแผลในระยะหลังผ่าตัดที่บ้าน และผู้ป่วยไม่กล้าถาม อีกทั้งผู้ป่วยยังไม่ทราบวิธีการดูแลใหม่ละลาย ในระหว่างตรวจกับแพทย์นั้น พบปัญหาว่าฟังไม่ทัน ไม่รู้ ไม่เข้าใจ ไม่กล้าถามแพทย์ และไม่กล้าบอกความรู้สึกของตนเอง ผู้ป่วยจึงเกิดความสงสัย และวิตกกังวลเกี่ยวกับแผลผ่าตัด ที่ทราบว่าได้รับการเย็บด้วยไหมละลาย เมื่อเข้าห้องน้ำเพื่อล้างทำความสะอาดแผลนั้น มักจะกลัวแผลผ่าตัดของตนเองด้วย โดยพบว่า ถ้าได้เป็นคุ่ม ๆ และพบเส้นไหมติดอยู่จึงเกิดความไม่แน่ใจว่าสิ่งที่พบเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองแล้วหรือ ไม่และบ่นว่า ยามีความสงสัยเกี่ยวกับแผลผ่าตัดว่า เป็นแผลเย็บหรือไม่ได้เย็บ ผู้ป่วยที่มีข้อสงสัยต่าง ๆ แล้วไม่มีโอกาสได้ซักถามถึงความเข้าใจที่แท้จริงก่อนกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

“ คุณหมอบอกว่าถ้ามีอะไรก็ให้ไปหาอีกทีหนึ่ง ไม่เข้าใจอาการที่เป็นจริง... คุณหมอบอกไม่ได้แนะนำ ส่วนใหญ่คนไข้จะถามมากกว่า คุณหมอบอกไม่ได้พูดอะไรไว้ ”

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ค. 2550)

“ แม้ก็เป็นนิสัยของคนไข้เองด้วยเหมือนกันทุกโรคเลย ไม่ได้ตั้งหลักมาเพื่อที่จะถามหมอ น้อยมากเลยที่จะถามหมอ โดยที่บางทีเขาฟังไม่ทัน ไม่รู้และก็ไม่กล้าหวั่นคนเก็บความสงสัยมาถามข้างนอกนะ เพราะบางทีออกมาเรา เราก็จะถามว่า หมอว่ายังไงนะ บางคนก็ค้างคาใจอยู่เลยว่า เอ๊ะมันยังเจ็บๆอยู่เลยนะ แต่คนตรวจไม่บอกหมอนะ ว่าเป็นยังไง ยังรู้สึกยังไงไม่บอก บางรายนะ เหมือนกับว่าไม่ถามนะ อาจเป็นเพราะเราไม่มีเวลาให้เขาด้วยหรือเปล่า สภาพห้อง สภาพอะไร ”

(รหัส ID 20301 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“ แผลที่จับๆดูจะเป็นคุ่มๆ ไม่ทราบว่าจะไปเย็บไว้หรืออย่างไร เป็นคุ่มแล้วมันค้อยๆ สิบอง สิบอง ถ้าได้ไหมแต่ก็ไม่ได้ไปจับอะไรมาก ไม่ทราบว่าจะไหมละลายแล้วหรือยังไม่ค้อยแน่ใจ ตอนนี้มีขี้จุดเล็กๆ ”

(รหัส ID 10701 สัมภาษณ์วันที่ 6 พ.ค. 2550)

“ ตอนแรกเขาไม่ได้มาล้างแผลหรืออะไร ก็คงจะไม่ได้เย็บแผล เพราะพยาบาลไม่ได้ทำอะไรเลย เพียงแต่นำแผลหลายๆก้อนที่หมอมารตรวจเปิดดูแล้วก็ชี้หน้าแก่นั่นเอง ตอนเห็นหมอมานดูแผลก็บอกแผลปกติ บอกว่าแผลปกติ ไม่บวม ดูธรรมดา ปากก็สงสัย ไปถาม หมอ ก็บอกจะให้บอกว่าไม่ต้องล้างแผล ไม่ต้องทำแผลหรืออะไร น่าจะบอกให้ปากก่อนไซ้ไหม ทำให้ปากสงสัย เขาไม่ชี้แจงใจเพราะถ้าบอกปากจะได้รู้ว่าตอนแผลนี้เย็บนะ ”

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 6 พฤษภาคม 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 2 “ไม่สะดวกสบาย”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักในระยะหลังผ่าตัดที่บ้าน พบปัญหาไม่สะดวกสบาย จากการปวดแผลและแผลยังมีเลือดออก

แก่นความคิดย่อยที่ 2.1 “ปวดแผล”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านยังคงพบอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สบายได้หลายอย่าง หนึ่งในอาการที่สำคัญ ได้แก่ อาการเจ็บของแผลผ่าตัดตั้งแต่วันแรกที่กลับจากโรงพยาบาลจนถึงประมาณ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ความรู้สึกปวดจะมีลักษณะปวดจี๊ด ๆ หรือเสียวแปล็บ ๆ ระดับความเจ็บปวดนั้นสามารถอดทนได้ และจะปวดมากขึ้นโดยเฉพาะเวลาที่ขยับหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ตูมั่ง ยืน เดิน ขณะเวลานั่งถ่ายอุจจาระจะเจ็บอยู่ตลอดเวลา

“ส่วนเรื่องแผลคอนแรกก็ยังเจ็บอยู่นะคะ แต่ 3 วันแรกก็เจ็บอยู่คนเดียวจนถึงขนาดนั้นก็ลุกขึ้น อาการเจ็บน้อยลงไปเรื่อยอยู่ประมาณ 2 อาทิตย์ คือมันไม่ปวดมากนักจากเวลาทุก ๗-8 ชั่วโมง เวลาอุจจาระนั่งถ่ายแค่ถ้าเวลาปกติก็จะไม่เจ็บ”

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ค. 2550)

“ตอนอยู่ที่บ้าน เวลาเราขยับตัวทุกนั่งหรืออะไรนี่ รู้สึกเสียวจี๊ดๆเหมือนเอาเข็มไป สัปดาห์ที่ผ่านไปเวลาอุจจาระมันจะเสียวเป็น มันหายไปเอง”

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 6 พฤษภาคม 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 2.2 “ยังมีเลือดออก”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักในระยะหลังผ่าตัดขณะอยู่ที่บ้าน พบว่ายังมีลักษณะหยดเลือดสีคล้ำๆ ออกมา ทำให้เบื่อนกางเกงในบางช่วงเวลาเท่านั้น และพบอยู่ประมาณ 2 อาทิตย์หลังผ่าตัดแล้ว อาการจะหายไปเอง นอกจากนี้เลือดที่ออกมาเป็นทุก ๆ วัน ทำให้เกิดอาการคันหรือระคายเคืองผิวหนังบริเวณรอบทวารจากการใช้ผ้าอนามัยชั้นเล็กรองรับอยู่นาน เพราะผู้ป่วยจะดูแลตนเองด้วยการใส่ผ้าอนามัยรองรับไว้ทุกวันและล้างทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ทุกครั้งหลังขับถ่าย และรับประทานยาตามคำแนะนำและผู้ป่วยบางรายคิดว่าอาการคันรอบทวารนี้เป็นสัญญาณที่แสดงถึงการหายของแผลผ่าตัด

“ช่วงนั้นจะมีหยดเลือดออกเหมือนหยดเลือดหน้อยๆสีคล้ำๆบางช่วงไม่ได้ตลอด บวม ออกมาเบื่อนกางเกงอยู่พักหนึ่งจน 2 อาทิตย์ก็ไม่มีแล้วค่ะ หลังตรวจตามนัดแล้วยังมีเลือดออกมาอีกนิดหน้อยแล้วก็คันนิดหน้อย เพราะเบื่อนทุกวัน แต่ไม่มีหนองก็เลยไม่ได้ไปหาหมอ ก็รองผ้าอนามัยไว้ทุกวันเบื่อนหน้อยๆประมาณ 2 อาทิตย์”

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ค. 2550)

“ แล้วก็ก็มีเลือดซึมเม็ดๆหน่อยๆ ใช้ผ้าอนามัยชิ้นเล็กรองไว้ตลอด 2-3 วัน
แต่มันก็มีปัญหาที่ผ้ารองมันบาดกันเอง กังวล ถ้าใช้ทิชชูเช็ดแล้วมีเลือด
ติดออกมากก็จะเสียวคันหนึ่ง แต่ก็ไม่มีอะไร”

(รหัส ID 10701 สัมภาษณ์วันที่ 6 พ.ค. 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 3 “กลัว”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลนั้น
พบปัญหาผู้ป่วยกลัวแผลอักเสบ และกลัวเจ็บแผล

แก่นความคิดย่อยที่ 3.1 “แผลอักเสบ”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล
ผ่าตัดว่าอาจเกิดการอักเสบ คิดเชื่อ เพราะมีน้ำแช่แผลเวลาอาบน้ำจึงพยายามทาด้วยเบตาดีน ซึ่งเหมือน
ยาที่แพทย์ใช้ที่โรงพยาบาล และรับประทานยาแก้อักเสบที่มีอยู่ โดยผู้ป่วยคิดว่าแผลผ่าตัดมีโอกาส
เกิดการติดเชื้อได้ เป็นการป้องกันดีกว่าต้องมาแก้ไขภายหลังถ้าแผลเกิดอักเสบติดเชื้อ

“พอคืนที่บ้านมาตามหลานชายว่ารู้มั๊ยหมอใช้อะไรว่าใช้เบตาดีนทา
เวลาอาบน้ำก็ไม่ค่อยไว้ใจหลอกเวลาอาบน้ำแล้วก็ใช้เบตาดีนทาจับๆ
นิดหนึ่ง กลัวจะ ก็กลัว เดือดมันอักเสบ พยายามน้ำแล้วกลัมน้ำมันเข้าก็
ถ้าสั้หยอดเบตาดีนขวดเหลืองๆเล็กๆอันนั้น หยดๆแล้วก็ประๆลง ไป
ตรงที่เป็นแผลเอ็บทั้งหมด ทั้ง 2 จุด เพราะถือคติกันไว้ดีกว่าแก้จะมียา
กิน มาวันแรกก็ไม่ไว้ใจ ยานี้ก็อักเสบที่อีกข้างเขี้ยวอีกข้างฟ้า 500 กิน
ไว้ก่อน กลัวจะ”

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 23 มี.ค. 2550)

แก่นความคิดย่อยที่ 3.2 “เจ็บแผล”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักพบปัญหาไม่กล้าถ่ายอุจจาระเพราะกลัวเจ็บแผลจึงพยายามไม่
รับประทานอาหารและอดทน ไปถ่ายอุจจาระที่บ้าน

“ หลังผ่าตัดครั้งแรกที่บ้านมีงเพราะป้าไม่กล้าถ่ายหรอกเพราะป้า
กลัวเจ็บ คิดเอง มันยังงัยละ คือตอนแรกก็อดข้าวไปสามมื้อ มันก็ไม่มี
อะไรในท้อง แล้ววันที่พ่อก็ไม่ได้มีอะไรเลย ไปทานรุ่งขึ้นอีกวันก็ทาน
แต่น้ำแก่มันแหละ เลยไปถ่ายที่บ้าน ”

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 6 พฤษภาคม 2550)

แก่นความคิดหลักที่ 4 “ไม่ยอมเป็นอีก”

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักในระยะหลังผ่าตัดแล้วนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยอมกลับมาไป
ซ้ำอีก ผู้ป่วยจึงเกิดความไม่แน่ใจว่าตนเองได้ทราบข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแล เพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำ
อย่างครบถ้วนถูกต้องแล้วหรือยัง เนื่องจากไม่ได้ตามแพทย์หรือพยาบาล เพราะคิดว่าเท่าที่บอกก็น่าจะ

เพียงพอแล้ว ส่วนผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักบางรายมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ด้วยการที่คิดว่าตนเองมีวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อไม่ให้กลับมาเป็นโรคจิตเสีดวงทวารหนักซ้ำด้วยการดูแลสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์ดีขึ้นคู่ไปกับการดูแลโรคจิตเสีดวง โดยเน้นที่ความสะอาดร่างกาย เริ่มจากการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด นอนหลับให้เป็นเวลา และการล้างชำระบริเวณทวารให้สะอาด แล้วใช้แอลกอฮอล์ล้างมือให้แห้งไม่ชื้น ผู้ป่วยอยู่ในท่ามกลางของๆแล้วเช็ดบริเวณข้างๆรอบๆ ปากทวารเช็ดข้างจนเกลี้ยงเป็นประจำทุกครั้งหลังถ่ายหรือก่อนนอนเพื่อไม่ให้สกปรก แล้วใช้สำลีชุบแปะไว้ เพื่อกันอาการน้ำเหลืองจากทวารไม่ให้ไหลมาเนียนได้ ด้วยมีความคิดว่าหากไม่ทำเช่นนี้อาจจะกลับมามีอาการเลือดออกและก้อนยื่นอีก

“ หลังผ่าตัดแล้ว ก็คิดว่าตัวเองก็ต้องดูแลตัวเองแล้ว เพราะว่าจะก็
อยากให้มีอีก ”

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ค. 2550)

“ มนแระถามที่โต๊ะพยาบาลอีกจุดหนึ่ง บางคนถามว่าหายขาดมั๊ย บาง
คนถามด้วยความไม่รู้ เออแล้วมันต้องมาอีกมั๊ย แล้วมันหายมั๊ย ก็ไม่
เหมือนเหมือนกันเพราะเข้าใจว่ารักษาแล้วหายขาด ”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“ แล้วมันจะหายมั๊ย จะกลับมาเป็นอีกมั๊ย ”

(รหัส ID 20601 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

4.3 แนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวทางการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนัก จากผลการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการและระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จากศึกษาของ จุฬารัตน์ ศรีวิจิตตานนท์ (2537) ได้ให้ความหมายของการดูแลอย่างต่อเนื่องว่า หมายถึง กระบวนการรักษาพยาบาลที่สถานบริการทางสุขภาพให้บริการแก่ผู้ป่วยให้ดำเนินต่อไปตามขั้นตอนทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ระหว่างการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยอาศัยพื้นฐานของการติดต่อสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและสถานบริการในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและเกิดขึ้นในโรงพยาบาล จึงประกอบด้วย การวางแผนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผู้ศึกษาได้นำบทสรุปที่ได้จากการศึกษา มาวิเคราะห์ เปรียบเทียบกับการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จนสังเคราะห์เป็น

แนวทางการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด ดังนี้

4.3.1 ระยะเวลาผ่าตัด

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนหนักควรได้รับการดูแลในระยะก่อนผ่าตัดตามระยะของระบบบริการที่สามารถพัฒนาให้เกิดคุณภาพได้ โดยเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยใหม่ การประเมินอาการแรกเริ่ม การเตรียมตรวจทวารหนัก แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และการเตรียมผู้ป่วยส่งห้องผ่าตัด ซึ่งจากการศึกษาของ เสงี่ยม ช้วนชัย (2543) กล่าวว่า ความเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสาเหตุของความเครียดและความวิตกกังวล โดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว เป็นสิ่งเลวร้ายที่สุดของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น จากผลการวิเคราะห์ทำให้ผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเพื่อพัฒนาการดูแลต่อเนื่องโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวทางการรับผู้ป่วยใหม่ จากปัญหาของระบบบริการรักษาพยาบาลที่เน้นการประเมินอาการแรกเริ่มอย่างเร่งเป็นระบบภายใต้การบริหารจัดการของพยาบาล ซึ่งเป็นผู้คัดกรองตามอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่จำนวนมากส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกในการรับใหม่ไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยจึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ไม่สามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาและการผ่าตัด ได้ตามลักษณะอาการและอาการแสดง ขาดความรู้ในการเตรียมผ่าตัด จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาได้เสนอแนะว่า การนัดหมายในการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก และควรให้คำแนะนำในการรักษาแบบประคับประคองไปปฏิบัติ คือ

“ดูอาการเป็นหลักถ้าไม่มเจ็บๆคันๆก็นัดมาวันหลัง จะดูจากสถานการณ์จำนวน คนไข้และความสามารถในการตรวจได้ด้วย”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“การซักถามถึงอาการที่คลื่นไส้หรือปวดจะสอบถามตามใบแจ้งอาการ ว่า มีอาการเจ็บปวดไหม ถ้ามีมูกปนหรือมีเลือดสดๆออกเลยเป็นอาการ ชี้นำ ถ้าจะสมบูรณ์แบบ 100 % ต้องปริมาณผู้ป่วยที่น้อยกว่านี้ คนไข้ที่จะเข้ามาสู่ระบบน้อยกว่านี้ พยาบาลต้องสามารถดูแลได้ละเอียด หลายขั้นตอน”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

จากการศึกษาของ ปริญญา ทวีชัยการ (2544) กล่าวว่า การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง นั้น ประกอบด้วย การซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียด บั้นลือ เฉลยภักดี (2545) กล่าวว่า การรักษาโรค

แนวทางการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด ดังนี้

4.3.1 ระยะก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ควรได้รับการดูแลในระยะก่อนผ่าตัดตามระยะของระบบบริการที่สามารถพัฒนาให้เกิดคุณภาพได้ โดยเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยใหม่ การประเมินอาการแรกเริ่ม การเตรียมตรวจหาสาเหตุ แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และการเตรียมผู้ป่วยส่งห้องผ่าตัด ซึ่งจากการศึกษาของ เสวียน ช่วยนุ้ย (2543) กล่าวว่า ความเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นสาเหตุของความเครียดและความวิตกกังวล โดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว เป็นสิ่งเลวร้ายที่สุดของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น จากผลการวิเคราะห์ทำให้ผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดเพื่อพัฒนาการดูแลต่อเนื่องโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวทางการรับผู้ป่วยใหม่ จากปัญหาของระบบบริการรักษาพยาบาลที่เน้นการประเมินอาการแรกเริ่มอย่างจริงจังเป็นระบบภายใต้การบริหารจัดการของพยาบาล ซึ่งเป็นผู้คัดกรองตามอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่จำนวนมากส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกในการรับใหม่ไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยจึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ไม่สามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาและการผ่าตัดได้ตามลักษณะอาการและอาการแสดง ขาดความรู้ในการเตรียมผ่าตัด จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาได้เสนอแนะว่า การนัดหมายในการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก และควรให้คำแนะนำในการรักษาแบบประคับประคองไปปฏิบัติ คือ

"ดูอาการเป็นหลักถ้าไม่มากเจ็บๆคันๆก็ไม่ต้องมาวันหลัง จะดูจากสถานการณ์จำนวน คนไข้และความสามารถในการตรวจได้ด้วย"

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

"การซักถามถึงอาการที่ตัดสินใจรับตรวจจะสอบถามคนไข้อย่างอาการว่ามีอาการเจ็บปวดมั๊ย ถ้ามีมีผูกปนมหรือมีเลือดสดๆออกเลยเป็นอาการขึ้นมา ถ้าจะสมบูรณ์แบบ 100 % ต้องปริมาณผู้ป่วยที่น้อยกว่านี้ คนไข้ที่จะเข้ามาสู่ระบบน้อยกว่านี้ พยาบาลต้องสามารถดูได้ละเอียด หลายขั้นตอน"

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

จากการศึกษาของ ปริญญา ทวีชัยการ (2544) กล่าวว่า การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้องนั้น ประกอบด้วย การซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียด บันทึก เจลยทิกคิ (2545) กล่าวว่า การรักษาโรค

โรคสีดวงทวารหนักไม่ได้ขึ้นกับอาการที่ตรวจพบ แต่ขึ้นกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการที่ทำให้ต้องเสียเวลา หรือปฏิบัติงานตามปกติไม่ได้ และจากการศึกษาของ ชนิด วัชรพุกก์ (2534) กล่าวว่า โรคโรคสีดวงทวารหนักจะต้องประกอบด้วยวิธีการผ่าตัดโรคสีดวงทวาร กับวิธีการป้องกันและการรักษาแบบประคับประคอง

ดังนั้น แนวทางการรับผู้ป่วยใหม่ ณ การพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงควรมีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมดังนี้

1. พิจารณาจากความรุนแรงของอาการและอาการแสดงเป็นหลัก โดยทำการซักถามอาการเจ็บปวด ถ่ายมีมูกปนหรือมีเลือดสด ให้รับการตรวจทันที ถ้าผู้ป่วยมีอาการ หรือความรู้สึกรบกวนเจ็บหรือคันควรทำการนัดหมายเพื่อตรวจและติดตามอาการต่อไป
2. พิจารณาจากจำนวนนัดหมายของผู้รับบริการ ซึ่งควรมีการกำหนดอัตราผู้ป่วยที่คลินิกสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ โดยคำนึงถึงจำนวนศัลยแพทย์ที่ออกตรวจ และความพร้อมของสถานที่ตรวจ
3. พิจารณาอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ทั้งพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล ในการให้บริการได้สอดคล้องกับอัตราของผู้ป่วยที่มารับบริการต่อวัน
4. ให้การรักษาแบบประคับประคอง ด้วยการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยโรคสีดวงทวารหนักที่อยู่ในระยะที่ไม่รุนแรงไปปฏิบัติ เพื่อรักษาอาการท้องผูก และเป็นการรักษาโดยไม่ใช้ยา โดยแนะนำว่าควรรับประทานอาหารที่มีกากมากขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอ พักผ่อนให้มากขึ้น ลดความเครียด ความวิตกกังวล ปรับปรุงนิสัยการถ่ายให้ถ่ายบ่อยครั้งขึ้น และเวลาถ่ายก็ไม่ควรรีบร้อน หากเป็นรายที่ต้องรับประทานยาระบาย ถึงจะถ่ายได้ ควรหยุดยาแล้วปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแทน หากมีอาชีพที่ต้องนั่งอยู่กับที่นาน ๆ ควรออกกำลังกาย เพื่อบริหารกล้ามเนื้อท้อง ทำให้เกิดความแข็งแรงให้กับผนังหน้าท้อง

2. แนวทางการประเมินผู้ป่วยแรกรับ จากปัญหาของระบบบริการรักษาพยาบาลที่พยาบาลเน้นการประเมินผู้ป่วยแรกรับจากแฟ้มประวัติในผู้ป่วยรายเก่า และจากใบแจ้งอาการในผู้ป่วยรายใหม่ส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ทำให้การซักประวัติเพื่อประเมินผู้ป่วยแรกรับไม่ครบถ้วนจนส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย ผลการศึกษาเสนอแนะว่า การประเมินผู้ป่วยแรกรับที่แผนกผู้ป่วยนอกนั้น ควรเน้นการซักประวัติอาการที่มี อุปนิสัยการขับถ่าย การรับประทาน อาหาร ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษาโรคโรคสีดวงทวารหนัก และแหล่งสนับสนุนผู้ป่วย

“ ถ้าผู้ป่วยมาด้วยอาการถ่ายเป็นเลือดควรต้องถามเพิ่มเติมอีก เช่น ปริมาณเลือดที่ออกเยอะหรือน้อย เลือดออกมาตอนช่วงไหนของการถ่าย เช่น มาพร้อมๆกับอุจจาระเหลวหรือว่าหอคตามมาที่ดังและที่สำคัญประวัติที่ต้องซักทุกครั้งคือนิสัยการขับถ่าย เช่น ถ่ายเป็นก้อนดี

หรือไม่ หรือมีลักษณะการจับถ่ายที่ผิดปกติไปจากเดิมแล้วจึงมามี
เลือดออกหรือถ่ายมีลักษณะที่ดำเสีกลงจากเดิมเพื่อจะต้องการดูกลุ่มที่
เป็นความเกี่ยวข้องมะเร็งทวารหนักและลำไส้ใหญ่ -

(รหัส ID 2010) สัมภาษณ์วันที่ 1 มี.ค. 2550)

“ถามว่าเป็นอะไรมา เกี่ยวกับการจับถ่าย มีถ่ายเหลว อุจจาระ ไม่ออก
หรือมีถ่ายกระปริกระปรอยมึน แล้วก็เรื่องสุขภาพทั่วไป โรค
ประจำตัว “

(รหัส ID 20701) สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

จากการศึกษาของ วีรวัฒน์ เหลืองชนะ (2544) กล่าวว่า การซักประวัติและการตรวจร่างกาย
อย่างถี่ถ้วนเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้น แนวทางการประเมินผู้ป่วยแรกรับ ณ การพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรม
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรม จึงควรมีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม
ที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้

1. การซักประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียด ได้แก่ อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ อาการที่อาจ
เกิดขึ้นได้ ลักษณะนิสัยการถ่ายอุจจาระ ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร และการดื่มน้ำ ลักษณะ
นิสัยการออกกำลังกาย ลักษณะนิสัยการใช้ยาระบาย สุขภาพทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยบางอย่าง การ
แพ้ยาและประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว
2. การประเมินประสบการณ์ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคทั้งสาเหตุ การรักษาที่เคยได้รับ
และแหล่งสนับสนุนที่ได้รับทั้งสถานพยาบาลร้านขายยาหรือญาติสนิท
3. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเมื่อแรกรับด้านร่างกาย เช่น อาการ
เลือดออก อาการคัน เป็นต้น
4. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเมื่อแรกรับด้านจิตใจ เช่น ความกลัว
ความวิตกกังวล

3. แนวทางการเตรียมผู้ป่วยตรวจทวารหนัก จากปัญหาของระบบบริการรักษาพยาบาลที่เน้น
การตรวจทวารหนักเพื่อการวินิจฉัยโรคริดสีดวงทวารหนักอย่างเป็นขั้นตอน ภายใต้การดูแลจัดการของ
พยาบาล ซึ่งเป็นผู้เตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่จำนวนมาก ส่งผลต่อประสิทธิภาพการ
ให้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยจึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ
ตรวจทวารหนัก มีความรู้สึกอายจากการถูกตรวจ และส่งผลกระทบต่อศรัทธาสนใจเข้ารับการรักษา
ของผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่า การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการตรวจทวารหนัก ควรมีการแนะนำการปฏิบัติ
ตนของผู้ป่วยระหว่างตรวจ การจัดทำ การไม่เปิดเผยผู้ป่วย การลดความวิตกกังวล การป้องกันการตก
เตียง และการบอกผลการตรวจ

“ โดยขณะเตรียมก่อนตรวจเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลจะอธิบายคนไข้ว่าจะทำอะไร และนำให้เขามองลงกันคอนใส่เครื่องมือ เราก็มีชดชดนะ เราก็จะมีม่านปิดแล้วก็ผ้าคลุมตัว ในรายที่เป็นผู้หญิง ถ้าหมอบเป็นผู้ชาย เราก็จะมีผู้ช่วยที่เป็นผู้หญิงเข้าไปทุกครั้ง กรณีคนไข้ผู้ชายถ้าเขาเงินมากๆ เราก็ไม่เข้า ขณะนั้นพยาบาลก็ยืนอยู่ด้วย”

(รหัส ID 20601 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“ อธิบายเรื่องของการจัดทำตรวจในการนอน โดยที่ในห้องตรวจจะมีแผ่นติดข้างฝาเป็นรูปภาพเพื่อให้คนไข้ได้ทราบ ถึงจะอธิบายให้ถอดรองเท้าขึ้นเตียงนอนในท่าหงายก่อนแล้วเอาผ้าคลุมปิดให้แล้วถึงจะเปิดเตียงกันแล้วอยู่กัน 2 คนแล้วถึงจะคอยบอกกว่าขอขมกลืนให้ถวมนหรือกระโปรง โดยออกทั้งกางเกงในไปให้พินกัน ในท่านอนหงายแล้วให้นอนตะแคงหันหน้าเข้าข้างฝา ทำตัวเหมือนในภาพก็จะช่วยลดชั้นคอนขึ้นแล้วช่วยกันมาให้ชดชดเตียงเพื่อความสะดวกในการตรวจของหมอบแล้วก็คอยจัดไฟ แต่สิ่งที่เรามุ่งเน้นที่สุดก็คือต้องไม่เปิดแยกคนไข้ด้วยได้เข้าไปช่วยดูตรงนี้ก็ทุกรายบอกว่าจะใจเย็นๆจะเอานิ้วใส่กัน กรณีใส่เครื่องมือก็จะรู้สึกตุงๆนะ ให้หายใจลึกๆยาวๆ ตรวจเสร็จเราก็ก็กลัวคนไข้ตกเตียงเหมือนกัน เราต้องยืนกันให้ขยับตัวไปด้านในก่อนแล้วค่อยแต่งตัว ช่วยลูกนั่ง แล้วแพทย์จะประเมินเป็นคนอธิบายตรงนั้น บอกว่าพออะไรบ้าง อย่างไร จะมีผู้ช่วยช่วยแพทย์ตรวจ คนช่วยตรวจก็ช่วยฟังและอธิบายที่ไม่เข้าใจช่วย”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“ ในระหว่างตรวจทวารก็คอยไปตรวจไป ถ้าสมมุติว่าเป็นจะถามว่าเป็นมากี่วันแล้ว ระยะเวลาที่เป็น อาการที่เป็นครั้งสุดท้ายเป็นอย่างไร ที่มารวันนี่เพราะอาการอะไร”

(รหัส ID 20701 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

จากการศึกษาของ สุตา รุ่งอรุณ (2542) กล่าวว่า การเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจ การช่วยแพทย์ขณะตรวจ พยาบาลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยจะต้องดูแลให้คำแนะนำและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาและจากการศึกษาของ อุบล จัวงพานิช (2536) กล่าวว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเป็นแนวทางใหม่ของพยาบาลในการให้ข้อมูลโดยใช้หลักของการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความจริง และจำเป็นสำหรับการตรวจที่จะได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจได้ถูกต้องชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจลดลง

ดังนั้น แนวทางการเตรียมผู้ป่วยตรวจทวารหนัก งานพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิก วิทยาลัยการแพทย์ให้ใหญ่และทวารหนัก จึงควรมีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติมดังนี้

1. เตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการตรวจทวารหนัก มีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรค และการวางแผนการรักษาของแพทย์ การตรวจจะไม่ใช่สักเจ็บปวดมากนัก เพราะแพทย์จะมีความชำนาญทางด้านนี้โดยเฉพาะ และนำเครื่องมือที่เตรียมไว้มาให้ดูพร้อมกับอธิบายเกี่ยวกับวิธีการตรวจของแพทย์ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยระหว่างการตรวจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาที่ยังกังวลใจอยู่เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ

2. เตรียมท่าตรวจในห้องตรวจที่มีคติด ปิดม่านให้เรียบร้อย แล้วจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายงอเข่าขึ้นมาชิดอก ให้สะโพกยื่นออกมาพ้นขอบเตียงเล็กน้อย แล้วคลุมตัวผู้ป่วยให้เรียบร้อย สามารถที่จะเปิดเฉพาะส่วนที่แพทย์ทำการตรวจได้ ในขณะที่เดียวกันพยาบาลควรชวนผู้ป่วยพูดคุยให้คลายความวิตกกังวลลง

3. การดูแลผู้ป่วยในขณะที่ตรวจ เมื่อแพทย์เข้ามาในห้องตรวจ พยายามจับมือผู้ป่วยเบาๆ และบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า ขณะนี้แพทย์ได้เข้ามาตรวจแล้ว เมื่อแพทย์สวมถุงมือเสร็จ พยาบาลช่วยเปิดผ้าคลุมส่วนที่จะตรวจ ในระหว่างที่ทำการตรวจพยาบาลควรจะช่วยแพทย์ และอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในขณะที่ตรวจ

4. หลังจากนั้นพยาบาลจะช่วยส่งลูบิเคท เจลลี่ ให้แพทย์ป้ายลงบนเครื่องมือตรวจ ในขณะที่พยาบาลควรบอกผู้ป่วยให้อ้าปากหายใจเข้าลึก ๆ ยาว ๆ แพทย์จะเริ่มดันนิ้วชี้ป้ายลูบิเคท เจลลี่ แล้วสอดเข้าทวารหนักนำไปก่อน เพื่อตรวจหาเนื้องอก แผลในทวารหนักรวมทั้งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณทวารหนักด้วย จากนั้นแพทย์นำเครื่องมือที่ป้ายลูบิเคท เจลลี่ ไว้สอดเข้าไปในทวารหนัก ภายหลังที่ดึงแกนตัวในออก แพทย์จะสังเกตว่ามีอะไรติดออกมาบ้าง เช่น มูก เลือด และอุจจาระ ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะช่วยส่องไฟเข้าไปในช่องส่วนล่างส่อง ซึ่งแพทย์จะใส่สำลีเข้าไปเช็ดทำความสะอาด ก่อนตรวจดูเยื่อภายในทวารหนัก เพื่อที่จะสังเกตตำแหน่งที่มีก้อนริดสีดวงทวารได้ชัดเจน ต่อมาแพทย์จะค่อย ๆ ดอนกลิ้งออกมา และใช้สำลีเช็ดลูบิเคท เจลลี่ บริเวณทวารหนัก พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยให้นอนพักสักครู่ก่อนออกมาพบแพทย์

5. ดูแลผู้ป่วยภายหลังการตรวจ โดยแพทย์จะให้คำวินิจฉัยผู้ป่วย และให้การรักษาตามอาการและระยะความรุนแรงของโรค พยาบาล ควรจะมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

4. แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จากปัญหาของระบบบริการรักษาพยาบาล ที่เน้นการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษาอย่างเป็นระบบ ภายใต้การบริหารจัดการของพยาบาลเพียงคนเดียว ซึ่งเป็นผู้ให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีอยู่จำนวนมาก ความไม่สะดวกทั้งสถานที่ และเวลาส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการ ๗ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยจึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สิทธิการรักษา และค่าใช้จ่าย อีกทั้ง

จากแนวทางปฏิบัติไม่เหมือนกัน ในการสวนล้างทวาร การรงค้ำึงคอาหาร การแช่ก้นหลังผ่าตัด จนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านจิตใจ และร่างกาย ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ผลการศึกษา พบว่า แพทย์ แนะนำผู้ป่วยให้รับการผ่าตัด ตรวจประเมินผู้ป่วย พยาบาลสรุปผลให้ทราบทั้งเรื่องการผ่าตัด จำนวน วันนอน การใช้สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่าย และการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

“ ในกรณีที่ต้องผ่าตัด หมอก็จะบอกว่าจะทำอะไรบ้าง ถามว่านอน โรงพยาบาลกี่วัน หลังพบแพทย์แล้วพบพยาบาลบอกว่าจะผ่าตัดวันไหนนอน กี่วัน / คืนวันรุ่งขึ้นกลับ ค่าใช้จ่ายเท่าไร ด้านค่าใช้จ่าย หมอก็จะบอก ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ ”

(รหัส ID 20601 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

“ ต้องการข้อมูลเรื่องโรคก็อยากทราบว่าผ่าไปแล้วอาการเป็นอย่างไร มีผลข้างเคียงอะไรหรือปล่าผ่าแล้วคิดว่าไม่ผ่าดีใจ แนะนำให้เตรียม ค่าใช้จ่ายมาประมาณ 6,000 บาทหรือเอกสารรับรองสิทธิ ใบส่งตัวที่มี มาด้วย แล้วก็หลังผ่าตัดก็จะปวดมากก็ทานยาแก้ปวดที่หมอให้ได้ทุก 4 ชั่วโมง ก็บอกว่าอย่าเพิ่งกังวล หลังผ่าตัดแล้วหมอจะให้มิวซิลิน ไปกิน ทำให้อุจจาระมันนุ่ม เพราะว่ามันจะทำให้ถ่ายคล่องขึ้นแล้วก็พยายาม ทานอาหารที่อ่อนๆ ไปก่อน ให้ดื่มน้ำมากๆ วิธีการดูแลก็คือเวลาถ่ายทุกครั้งก็ต้องล้างกัน ฟอกสบู่แล้วก็ล้างให้แห้งอย่าให้มีการอับชื้น เวลา หลังผ่าตัดก็ให้อาการงในมาด้วย ถ้ามีแผ่นรองก็ให้อามาด้วยเพราะ บางทีมันจะต้องเลอะเทอะ ”

(รหัส ID 20801 สัมภาษณ์วันที่ 20 พ.ค. 2550)

“ ในการตัดสินใจผ่าตัดพยาบาลที่ฟังอยู่ตรงนั้นก็จะมีบทบาทในการฟัง ในฐานะที่ญาติด้วย เพื่อหากำพูดอะไรก็ได้ที่คนไข้เข้าใจมากขึ้น โดย ที่เราประเมินคนไข้ก่อนว่ามันเนื่องมาจากเขากลัว หรือไม่เข้าใจกันแน่ ซึ่งถึงผลเสีย คุณมีสิทธิ์อะไร จะได้รับรู้แก่ใจความเข้าใจใช้สิทธิได้ ด้วยหรือ ส่วนใหญ่จะถามเสียดังทำไร ”

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

จากการศึกษาของ อรุณ โรจนสกุล (2549) กล่าวว่า ก่อนที่จะเลือกการรักษาโรคไส้ติ่งทวารด้วยการผ่าตัดควรให้ข้อมูลกับผู้ป่วยให้พอเพียงที่จะตัดสินใจได้ จากการศึกษาของ อุบล จ่างพานิช (2536) กล่าวว่า การให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับการรักษา ควรใช้หลักของการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความจริง และจำเป็นสำหรับการรักษาที่จะได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาได้ถูกต้องชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจลดลง จากการศึกษาของ อุรวาดิ เจริญไชย และคณะ (2543) กล่าวว่า เมื่อนักศึกษาได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ซึ่งอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และเหตุผลของการเตรียม

ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจะประสบก่อนและหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และเตรียมเผชิญเหตุการณ์นั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสม และจากการศึกษาของ เสงี่ยม ชัยนุ้ย และ ชวนพิศ มีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูง ผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความต้องการข้อมูลแตกต่างกัน และความต้องการข้อมูลเพิ่มขึ้นเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น

ดังนั้น แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิก ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หน่วยบริการเตรียมผู้ป่วยก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล และงานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรม จึงควรมีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม โดยสามารถพิจารณานำมาใช้ปฏิบัติได้ตามความเหมาะสมของระบบบริการและกิจกรรมการพยาบาล

1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ รายละเอียดด้านโรคและขั้นตอนการรักษาโดยการผ่าตัด โดยเฉพาะเรื่องผลการผ่าตัดอย่างสมบูรณ์แบบ โดยคำนึงถึงอาชีพและระดับการศึกษาของผู้ป่วย
2. การให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก โดยอธิบายความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้น ได้ ทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด เช่น ความรู้สึกเจ็บปวด
3. การให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ อธิบายเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติขณะได้รับการรักษาโดยเน้นด้านการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพจนสามารถทำงานได้ตามปกติ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หรือตั้งแต่วางแผนว่าจะรักษาโดยการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
4. ประเมินทักษะในการเผชิญความเครียด สอนเทคนิคการผ่อนคลายและวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์อย่างเหมาะสม
5. แพทย์และพยาบาลเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้ระบายความรู้สึก ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือข้อข้องใจเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อขจัดความวิตกกังวลที่ไม่ถูกต้อง
6. ควรจัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ที่บ้าน การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาลให้ผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางการสอนและปฏิบัติเดียวกัน
7. ควรจัดทำเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาลหรือเมื่อกลับไปอยู่บ้านด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายไว้ประจำหอผู้ป่วย เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติจะค้นหาเพิ่มเติมได้
8. เสนอแผนการปฏิบัติร่วมกัน (Care Map) ในเรื่องการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

4.3.2 ระยะผ่าตัด

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักควรได้รับการดูแลในระยะผ่าตัด ตั้งแต่การรับผู้ป่วยจากแผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและจากหอผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การประเมินด้านจิตใจและร่างกาย การแนะนำการปฏิบัติตนระหว่างผ่าตัด และการจำหน่ายผู้ป่วย

จากงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูง (เสงี่ยม ช่วษัญญ์ และ ชวนพิศ มีสวัสดิ์. 2543) กลยุทธ์ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด การช่วยบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลห้องผ่าตัดที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดควรตระหนักถึงบทบาท และความรับผิดชอบในการพยาบาลทางด้านจิตใจ (กันยา ออประเสริฐ. 2541) และการสอนก่อนการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญในการลดความกลัวของผู้ป่วย และยังช่วยในการเตรียมผู้ป่วยสำหรับช่วงหลังผ่าตัดด้วย ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูล โดยทั่วไปที่เกี่ยวกับชนิดของการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น และสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทันทีหลังการผ่าตัด (อุมาวดี อัครวิเศษ. 2545) ดังนั้น จากผลการวิเคราะห์ทำให้ผู้ศึกษาสามารถสังเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

5. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด จากปัญหาของระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งพบว่า ขาดการเตรียมผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยมีความรู้สึกเจ็บมากขณะฉีดยาชา และขอเปลี่ยนยาชาเป็นดมยา ผู้ป่วยไม่สะดวกสบายจากท่านอนคว่ำ ส่งผลให้การบริการ ณ ห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการขณะทำผ่าตัด เกิดความกลัว และวิตกกังวลมาก ปัญหาดังกล่าวพยาบาลได้เสนอให้มีการประเมินความวิตกกังวล การอธิบายขั้นตอนผ่าตัด การประเมินร่างกาย ชักประวัติการแพ้ยา สัญญาณชีพ และการดูแลขณะจัดท่านอนคว่ำ

"พยาบาลต้องไปประเมินคนไข้ทุกอย่างก่อนถ้าคนไข้ยังไม่มีความเข้าใจก็อธิบายคนไข้ให้เข้าใจทุกขั้นตอน เคี้ยวมันเลย เพราะว่าเราจะลดความวิตกกังวลคนไข้ในขณะที่คนไข้อยู่บนเตียงผ่าตัดคือแรกเราก็ประเมินคนไข้ทุกด้าน ดูความพร้อมทางด้านจิตใจ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเข้าใจในเรื่องของการมาทำผ่าตัดริดสีดวง อธิบายกระบวนการผ่าตัดอย่างละเอียด ประเมินด้านร่างกายเพื่อดูความพร้อมทางด้านร่างกายของคนไข้ ดูประวัติการผ่าตัด การวัดสัญญาณชีพ ดูเรื่องของอาการแพ้ต่างๆ ประวัติการแพ้ยา และ PRE MED ที่ได้รับตามประวัติการฉีดยาชาหรือการถอนฟัน ด้วยอธิบายว่าขณะทำผ่าตัดต้องนอนคว่ำ กอดหมอนจะมีเพียงหมอนใหญ่ๆกอดข้างบน และรองปลายเท้า ก็พยายามจะให้คนไข้ผ่อนคลายที่สุด อาจจะให้หายใจลึกๆหรือตรงไหนไม่สุขสบายอาจจะใช้หมอนเสริมให้ขณะทำผ่าตัดต้องวัด

ความดันและชีพจรเป็นระยะๆ ถ้าคิดปกติรายงานแพทย์ทันที จะมีการใส่ เครื่องมือคอตมนั้นอาจจะรู้สึกอึดอัดแน่นที่กินในขณะที่ผ่าตัดพยาบาลก็จะ ทบทวนทุกขั้นตอนให้คนไข้ฟังอีกว่าคุณหมอบอกทำอะไรอยู่ค่ะ ถ้าเจ็บปวดบอก ได้ไม่ต้องทน "

(รหัส ID 20201 สัมภาษณ์วันที่ 15 พ.ค. 2550)

" พยาบาลเข้าไปหาทุกชั่วโมงเลย เขาบอกว่าป้าไม่เจ็บหรือจะเจ็บ หน่อยก็ตอนที่ฉีดยาและก็บอกว่าป้าไม่ต้องกลัว แล้วเขาก็วัดความดันประ จันเลย แล้วก็หมอบอกหนึ่งบอกไม่ต้องกลัวจะเจ็บตอนฉีดยา มันเจ็บตอน ที่ฉีดยานั่นแหละ "

(รหัส ID 10601 สัมภาษณ์วันที่ 23 มีนาคม 2550)

จากการศึกษาของ อนุชาติ อัครวิเศษ และ กัญญา ออประเสริฐ (2545) กล่าวว่า แนวทางปฏิบัติ ในการจัดทำผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดเป็นอีกแนวทางปฏิบัติพยาบาล สำหรับพยาบาล เพื่อนำไปเป็นแนวทาง ปฏิบัติ ตลอดจนวางแผนในการให้คำแนะนำผู้ป่วย หรือวางแผนเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ได้และ กรกรมท วิระวัณย์ (2541) กล่าวว่า การจัดทำในท่านอนคว่ำสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมีความสำคัญ อย่างยิ่ง เนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึก หรือบางส่วนของร่างกายไม่สามารถ เคลื่อนไหวและรับความรู้สึกได้ ไม่สามารถป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระบบ ต่าง ๆ ได้

ดังนั้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด จึงควรมีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้

1. ระบบการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด โดยมอบหมายให้พยาบาลห้องผ่าตัด รับผิดชอบเป็นรายบุคคลและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและควรจัดระบบการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด
2. ประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมเพื่อที่จะนำไปใช้ในการ วางแผนการพยาบาลในห้องผ่าตัดได้
3. พยาบาลควรทำการสัมภาษณ์ก่อนผ่าตัด เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยจะสามารถทนต่อท่าที่ วางแผนได้หรือไม่ การประเมินควรประเมินทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยในระยะผ่าตัด
4. พยาบาลที่ให้การดูแลในระหว่างผ่าตัดจัดทำท่านอนคว่ำแบบมาตรฐาน ควรเฝ้าระวังและ ติดตามการจัดท่าให้อยู่ในท่าผู้ป่วยที่เหมาะสมและคงไว้ซึ่งความสมดุลของเนื้อเยื่อ
5. เลือกใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการดู เช่น ดูโทรทัศน์ ด้านการฟัง เช่น ฟังเสียงสวดมนต์ ฟังดนตรีหรือเรื่องขำขัน
6. พยาบาลประจำห้องพักรักษาประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ และก่อนจำหน่ายออกจากห้องพักรักษา เพื่อวางแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดจากยาชา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้

4.3.3 ระยะเวลาหลังผ่าตัด : ที่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักควรได้รับการดูแลในระยะหลังผ่าตัดตามระยะของระบบบริการที่สามารถพัฒนาให้เกิดคุณภาพได้ โดยเริ่มตั้งแต่ การเตรียมรับผู้ป่วย การประเมินอาการแรกเริ่ม การแนะนำการดูแลตนเอง ได้แก่ วิธีการทำความสะอาดแผลผ่าตัด การสังเกตเลือดจากแผล การสังเกตการขับถ่ายปัสสาวะ การรับประทานอาหาร คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ได้แก่ ยาที่ควรรับประทาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลแผล อาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ และการป้องกันการเป็นซ้ำจากงานวิจัย พบว่า คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (เบญจวรรณ ชีระเทิดตระกูล และ จุฬามาศ ก้าแพรตี, 2546) และการเรียนรู้ว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยๆ เกิดจากสาเหตุใดบ้างจะช่วยอย่างมากในการระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้น (ปริชญ์ ทวีชัยการ และ สหพล อนันต์น้ำเจริญ 2546) ดังนั้น จากผลการวิเคราะห์ทำให้ผู้ศึกษาสามารถสังเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัด ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล เป็น 2 แนวทาง คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วย

6. แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จากระบบบริการรักษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการปวดแผล ปัสสาวะไม่ออก และความกลัว วิตกกังวล ซึ่งจากการศึกษาของ พรชัย ขอดวิศิษฏ์ศักดิ์ (2544) กล่าวว่า ภาวะแทรกซ้อนบางอย่างสามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือสามารถป้องกันได้โดยการประเมินผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดว่ามีความเสี่ยงอย่างไร ซึ่งการป้องกันและบรรเทาภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดนั้น สามารถจำแนกออกเป็นรายด้าน ทั้งด้านการป้องกันและบรรเทาปวด ด้านการป้องกันและบรรเทาอาการปัสสาวะไม่ออก และด้านการป้องกันและบรรเทาอาการกลัว วิตกกังวล ดังนี้

1) ด้านการป้องกันและบรรเทาปวด จากปัญหาระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกรดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในระยะหลังผ่าตัด ที่เน้นการประเมินอาการแรกเริ่มจากห้องผ่าตัดอย่างเป็นระบบภายใต้การบริหารจัดการของพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ประเมินอาการและดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยร่วมกับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยอื่นส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยจึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล และบรรเทาอาการเจ็บปวดแผลผ่าตัดบริเวณทวารหนัก จึงสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกเจ็บปวด ทรมานแผลหลังผ่าตัด

" หลังผ่าตัดถึงจะเป็นแผลเล็กๆ แต่ก็ทรมานมาก "

(รหัส ID 20301 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

" 2 วันแรก ทรมาณนิดๆ โยมนั้นเจ็บ ปวดจนคันแขนเนื้อกระดูก ตอนปวดมากๆ ความดันขึ้นพอกกลับมาห้องก็เหลือ 130 เท่าเดิม ตอนแรกก็ไว้วายหน่อยว่าหมอยทำเจ็บ"

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 23 มี.ค. 2550)

จากการศึกษาของ ลดา ไชยแก้ว (2547) กล่าวว่า ในการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องประเมินความปวดของผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้อย่างถูกต้อง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสามารถทำให้ระดับความปวดหลังผ่าตัดลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและบรรเทาปวด ในระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรม จึงควรมีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้

1.1 แนะนำผู้ป่วยให้มีความรู้ถึงปัญหาความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น การบรรเทาอาการอาการปวดและมีทักษะที่จำเป็น สามารถเฝ้าระวัง สังเกตอาการของตนเอง และสามารถรายงานอาการให้พยาบาลทราบได้

1.2 มีการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ด้วยการประเมินความปวดโดยคำบอกเล่าของผู้ป่วย การสังเกตพฤติกรรม พฤติกรรมการแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

1.3 พิจารณาบรรเทาความปวดชนิดต่างๆ รวมถึงผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เพื่อที่จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ และเที่ยงพอกับความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากความต้องการยาแก้ปวดของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน

1.4 ใช้แนวทางในการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดที่มีในปัจจุบัน โดยเน้นการใช้วิธีบรรเทาปวดหลายวิธีร่วมกัน คือ การใช้เทคนิคการลดปวดมากกว่า 1 วิธี เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนว่าการรักษาแบบนี้มีประสิทธิภาพกว่า และมีผลข้างเคียงน้อยกว่าใช้วิธีเดียว วิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกระทำได้ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ

1.5 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นวิธีการควบคุมความปวดขั้นพื้นฐานที่ดีที่สุด สามารถกระทำได้โดยพยาบาลก่อนการควบคุมด้วยวิธีอื่น โดยการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดให้กำลังใจ สร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

1.6 ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการดู เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ด้านการฟัง เช่น ฟังดนตรีหรือเรื่องขำขัน ฟังเสียงสวดมนต์ ฟังนิทาน การใช้ความคิด เช่น การเล่นเกมส์ ทำงานที่ใช้ความคิด

2) ด้านการป้องกันและบรรเทาอาการปัสสาวะไม่ออก จากปัญหาระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคโรคิตติดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในระยะหลังผ่าตัด ที่เน้นการประเมินอาการแรกรับจากห้องผ่าตัด ส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

หอผู้ป่วยศัลยกรรมไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยจึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตการตั้งของปัสสาวะ จึงสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า มีการเตรียม ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการปัสสาวะแต่ไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

" กลับมาดีไม่เหมือนธรรมดา รู้สึกฉีกๆ ต้องแบ่ง ดีเหมือนเดิมธรรมดา"

(รหัส ID 10501 สัมภาษณ์วันที่ 30 มีนาคม 2550)

" เรื่องปวด กับเรื่องฉี่พบมากที่สุดเพราะ ว่ากลัวปวดก็ไม่ยอมลุกนั่งหรือ ขยับเดินก็ไม่ได้ก็ทำให้ฉี่ไม่ออก บางทีไม่เขยนอนฉี่บนเตียง น้ำก็ไม่กิน เพราะ ไม่อยากลุกฉี่กลัวเจ็บ "

(รหัส ID 20401 สัมภาษณ์วันที่ 17 พ.ค. 2550)

" ก็แยกไม่ออกนะละ วันป็นจากปวดปัสสาวะหรือเครื่องมือที่ใส่เข้าไปมัน ไปคันท้องน้อยหรือเปล่า อันนี้เห็นเอาเพราะ ไม่มีความรู้ "

(รหัส ID 10301 สัมภาษณ์วันที่ 16 มี.ค. 2550)

"ให้ตั้งคิดว่าถ้าปวดปัสสาวะมากแล้วปัสสาวะ ไม่ออกต้องให้บอก กระจุนให้ ดื่มน้ำ หรือให้ลูกพาไปเข้าห้องน้ำ "

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

จากการศึกษาของ บันลือ เฉลยภักดี (2545) กล่าวว่า ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักที่พบบ่อยที่สุด คือ ปัสสาวะกั่ง และพูนทรัพย์ โสภารัตน์ (2548) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายของการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัสสาวะกั่ง คือ เพื่อป้องกันการขยายตัวมากเกินไปของกระเพาะปัสสาวะจากการมีน้ำปัสสาวะกั่งกั่งจำนวนมาก และป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

ดังนั้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน และบรรเทาอาการปัสสาวะไม่ออก ในระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรม จึงควรมีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้

2.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้มีทัศนคติ อยู่คนเดียวความลำพัง เหมาะสมกับการถ่ายปัสสาวะและให้เวลาผู้ป่วยในการขับถ่ายปัสสาวะ ไม่ควรเร่งผู้ป่วย

2.2 การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะตามปกติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ถูกได้ พาผู้ป่วยไปห้องน้ำ ให้ปัสสาวะในท่าที่เป็นธรรมชาติ ถ้าถูกไม่ได้ให้ปัสสาวะในเตียง โดยใช้หมอนหนุนหรือขวดรองรับปัสสาวะ

2.3 กระจุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลอยๆถ่ายปัสสาวะโดย แนะนำผู้ป่วยกดบริเวณท้องน้อยเบา ๆ

2.4 ลดการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำให้มากที่สุดทั้งก่อนและหลังผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง

2.5 การประเมินบริเวณเหนือหัวหน้า ว่ามีการโป่งพองเนื่องจากมีการกั่งของปัสสาวะหรือไม่

2.6 ทำการบันทึกการปัสสาวะครั้งสุดท้ายถึงเวลาและจำนวนของน้ำปัสสาวะ จำนวนสารน้ำที่ผู้ป่วยดื่มเข้าไป และวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยจนกระทั่งปัสสาวะออก

2.7 ถ้าปัสสาวะไม่ออกต้องสวนปัสสาวะทิ้ง โดยไม่ต้องรอกกระเพาะปัสสาวะโป่งมาก ๆ ก่อน ถ้าสวนได้ปัสสาวะมากกว่า 500 ซีซี ให้คาสายสวนปัสสาวะไว้เนื่องจากมีโอกาสเกิดปัสสาวะกั่งขึ้นอีกสูง

3. ด้านการป้องกัน และบรรเทาอาการกลัว วิดกกังวล จากปัญหาระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในระยะหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยเกิดความกลัว ตกใจ ไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง และเปลี่ยนใจไม่อยากรนอนโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า ผู้ป่วยตกใจ กลัว กังวล เกี่ยวกับการสังเกตอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การมีเลือดออก และการหายของแผล

"ตอนคิดผ่าตัดขอยก คนไข้อาจตกใจนะ เลือดคั่งมันไหลซึมออกมาเลย ผ่าตัดเขม่วนเป็นกลมๆ แล้วอัดเข้าไป พอดึงออกปั๊บเลือดมันจะไหลออกมาเลยก็ตกใจ คนไข้อาจจะกลัวได้ เพราะว่าเลือดสีแดงสดทำให้เราเข้าใจว่าเป็นเลือดคั่งค้างไม่มีปัญหา"

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 23 มี.ค. 2550)

" ส่วนใหญ่บางคนเห็นผ้ากอซมีเลือด เขาก็จะกลัวว่าเลือดจะออกมากมายน"

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

"อยากจะถามจึงเลยว่า วันเคียวมันหายเจ็บแล้วหรือ แล้วกลับไปบ้านไม่ เป็นไร แผลหายแล้วหรือ สงสัยยาดีก็โอเค แล้วก็วันถึงกลับมารองอีก หรือไม่ต้อง ทำไมถึงนอนวันเดียว ถ้ากลับไปบ้านจะมีปัญหาหรือเปล่า แพทย์ไม่ได้อธิบายเรื่องการผ่าตัด แต่เข้าใจว่าคงนิดเดียว"

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 12 มีนาคม 2550)

จากการศึกษาของ วีรวัฒน์ เหลืองชนะ (2544) กล่าวว่า ศัลยแพทย์ต้องหาโอกาสสร้างความมั่นใจและขจัดความกลัวให้กับผู้ป่วย บอกผู้ป่วยถึงสิ่งที่เขาต้องพบในขั้นตอนก่อนการผ่าตัดและขจัดความสงสัยและความกลัว ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดไม่ว่าการผ่าตัดนั้นจะได้ทำอย่างไรระมัดระวังหรืออย่างตีเพียงใดก็ตาม แต่ไม่ควรทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว

ดังนั้น แนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการกลัว วิดกกังวล ในระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรม จึงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดความวิตกกังวล จึงควรมีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้

3.1 อธิบายกระบวนการหายของแผลหลังผ่าตัดบริเวณทวารหนัก

3.2 พยายามอย่าให้ท้องผูก โดยรับประทานอาหารที่มีกากมาก ๆ เช่น ข้าวซ้อมมือ ผัก และผลไม้มากขึ้น ดื่มน้ำมาก ๆ เช่น ช่วงเช้าตื่นนอน 2 แก้ว หลังอาหารทุกมื้อ ๆ ละ 2 แก้ว เป็นอย่างน้อย ไม่ควรกินอาหารประเภทเนื้อสัตว์มาก ๆ เพราะจะทำให้ก้อนอุจจาระมีขนาดเล็กลง

3.3 การจัดการขับถ่ายให้เป็นปกติ นอกจากรับประทานอาหารที่มีกากแล้ว อาจใช้ยาช่วยเพิ่มกากอาหาร ไม่พยายามเบ่งถ่ายทั้ง ๆ ที่อุจจาระส่วนใหญ่ได้ถูกขับออกมาแล้ว

3.4 งดรับประทานอาหารที่กินแล้วแพ้ งาดำ เห็ด เหง้า เบียร์ ของมีเนมา อาจทำแผลอักเสบ และหัวริดสีดวงพองมากขึ้น

3.5 หลีกเลี่ยงการนั่งถ่ายอุจจาระเป็นเวลานานๆ จะทำให้เส้นเลือดขอดที่ทวารหนักเกิดเร็วขึ้น ไม่ควรอ่านหนังสือพิมพ์ขณะนั่งถ่ายอุจจาระ เปลี่ยนพฤติกรรมถ่ายอุจจาระใหม่ โดยจะถ่ายเมื่อปวดท้องถ่ายเท่านั้น

3.6 เน้นเรื่องการรักษาความสะอาดของทวารหนัก หลังถ่ายอุจจาระทุกครั้งให้ใช้น้ำล้างให้สะอาด และซับให้แห้งเพื่อไม่ให้เศษอุจจาระติดค้าง และก่อความระคายเคืองบริเวณนี้

3.7 แนะนำการใช้ยา ในรายที่ต้องใช้ยาทาและยาเหน็บทวารหนัก ยาทาให้ทาทวารหนักวันละ 1-2 ครั้ง ส่วนยาเหน็บทวารหนัก จะมีลักษณะเป็นแท่ง มีความสั้นเหนียวอยู่ในตัว และละลายด้วยความร้อนภายในทวารหนัก ต้องเก็บในตู้เย็นถ้าไม่มีตู้เย็น ก่อนเหน็บควรแช่น้ำแข็งก่อนประมาณชั่วโมง ใช้โดยสอดด้านปลายมนของยาเข้าไปในทวารแล้วดันเข้าไปเบา ๆ จนหมดแท่ง

3.8 ไม่ควรซื้อยามาเชื่อมารับประทานเองเพราะอาจเสี่ยงต่อการแพ้ยา หรือคือยาได้

3.9 อย่าซื้อยาเหน็บทวารหรือยากัดริดสีดวงทวารมาใช้เอง อาจเกิดอันตรายได้ ควรมาตรวจตามแพทย์นัด หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ

3.10 ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ทำให้ถ่ายอุจจาระได้สะดวกขึ้น

3.11 ผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยหางานอดิเรกที่ชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ดูทีวี ทำขนม พยายามทำจิตใจให้สดชื่นอยู่เสมอ

7. แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วย จากปัญหาของระบบบริการรักษาพยาบาลที่เน้นการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นทางการได้การบริหารจัดการของพยาบาล ซึ่งเป็นผู้เตรียมวางแผนและจำหน่ายผู้ป่วยท่ามกลางภาระงานมากส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย สัตยกรรม ในการจำหน่ายไม่ครอบคลุมความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับ จึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด การถูกจำหน่ายเร็วเมื่อแพทย์ต้องการเตียง ขาดการเตรียมก่อนกลับบ้าน ต้องรอยาเนื่องจากสั่งยาแก้ปวดเพิ่ม หรือต้องรอรองานการพยาบาลให้เสร็จ จนส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจ

ของผู้ป่วยจากการจำหน่ายที่ล่าช้า ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลพบผู้ป่วยพูดคุยเรื่องการจำหน่าย ย้ำเพิ่มเติมก่อนผู้ป่วยกลับ และแนะนำข้อมูลที่จำเป็นเพื่อดูแลตนเอง

"ก่อนที่จะกลับบ้านพยาบาลอาจจะมาคุยๆ หรืออะไรก็ได้เพิ่มเติมเพื่อจะเป็นการย้ำก่อนกลับบ้านว่าคุณจะมีอาการแบบนี้ๆ คุณต้องทำอย่างนั้นๆ พยาบาลก็บอกอยู่แล้วว่าให้ทำอย่างไรแต่ถ้ามาซ้ำอีกก็ได้"

(รหัส ID 10701 สัมภาษณ์วันที่ 6 พ.ค. 2550)

"บางคนอาจจะอยากฟังหรือว่ารู้ก่อน ถ้าเราดีเหมือนๆกันทั้งหมดเพราะคนไข้อาจจะรับได้แตกต่างกันอาจมีบางจุดที่เขาจับฟัง เพราะถ้าทุกจุดเขาก็จะทำให้คนไข้เข้าใจในช่วงที่จะเกิดขึ้นได้"

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

"มักถามอีกทีวันจะหาย จะดีขึ้น จะขับรถได้มั้ย จะเดินทางไปไหนได้มั้ย จะไปทำงานได้มั้ย ก็เป็นเรื่องของการกลับไปใช้ชีวิตต่อไป"

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

"เวลากลับไปแล้วห้ามไปยุ่งกับส่วนนั้นอย่าไปแกะ อย่าไปแกะ ถัดขณะนั้นก็งใช้ฟีกบิวฉินๆเอาได้แต่อย่าฉีกแรงนักเคี้ยวรอยเย็บมันจะแตก เราคงไม่กล้าแกะแล้วแหละเพราะกลัวเรื่องอะไร"

(รหัส ID 10401 สัมภาษณ์วันที่ 23 มี.ค. 2550)

ก่อนกลับจะแนะนำกิจวัตรประจำวันที่เขาควรละเว้น เช่น บางคนเคยยกของหนักก็ห้ามยกของหนักประมาณ 6 ตีปอนด์ ก็หลีกเลี่ยง บางคนอยู่คอนโดต้องขึ้น 2-3 ชั้นก็ค่อยๆเดินขึ้นลงอย่าทำเหมือนปกติในช่วงนี้เพราะมีแผลอยู่ ถ้าเกิดชีวิตประจำวันเขาต้องนั่งรถนานๆหรืออะไรที่มันต้องกระแทกก็บอกให้เลี่ยง เช่น จักรยาน ไม่ให้นั่งทับแผลนานๆ ก็แนะนำหลีกเลี่ยง หรือไม่รุนแรง"

(รหัส ID 20401 สัมภาษณ์วันที่ 17 พ.ค. 2550)

จากการศึกษาของ นวลชนิษฐ์ ลิขิตลีธิตา (2542) กล่าวว่า กระบวนการวางแผนการจำหน่ายเริ่มตั้งแต่แรกรับ โดยการประเมินปัญหา และความต้องการการดูแลแบบองค์รวมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สัมภาษณ์และทักษะการฟัง สังเกต

ดังนั้น แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วย ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรม จึงควรมีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้

1. วินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลในภาวะปัจจุบัน การคาดการณ์ล่วงหน้าเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ระยะยาวเกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่บ้านภายหลังการจำหน่าย
2. ให้ความรู้ฝึกทักษะอย่างมีแบบแผนให้กับผู้ป่วยทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นฟูสภาพและการดูแลด้านจิตใจ

3. พยาบาลต้องมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้านอย่างเป็นระบบ ให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการฟื้นสภาพได้อย่างถูกต้อง

4. มีการกำหนดแบบแผนการสอนอย่างชัดเจน ทั้งเรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เป็นซ้ำ

5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการสังเกตอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ในบางรายอาจมีอาการเลือดออกได้บ้างในขณะที่ขยับถ่ายหลังจากผ่าตัดได้ 7-8 วัน เกิดจากไหมที่เย็บไว้ละลายทำให้แผลแยกเล็กน้อยขณะขยับถ่าย แต่จะออกไม่มากและไม่ควมเกิน 2-3 วัน ถ้าออกมากหรือนานกว่า 3 วัน ควรพบแพทย์ทันที ถ้ามีเลือดออกหลังผ่าตัดต้องดูลักษณะเลือดที่ออก ถ้าเป็นเลือดสด ๆ สีแดง แสดงว่าออกมาจากแผลผ่าตัดที่อาจมีปัญหา ให้ไปพบแพทย์ที่ผ่าตัดเร็วที่สุด แต่ถ้าเป็นเลือดสีจาง ๆ หรือคล้ำ ๆ หรือน้ำเหลืองจะออกมาได้จากแผลผ่าตัดที่เปิดเอาไว้ไม่ได้เย็บปิด และยังคงมีเลือดสีจาง ๆ หรือคล้ำ ๆ หรือน้ำเหลืองจะออกมาต่อไปจนแผลหายสนิท ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์ ให้ล้างน้ำทำความสะอาดทันทีที่หายเจ็บหรือเจ็บน้อยลงและถ่ายอุจจาระได้สะดวก

6. เน้นย้ำการมาตรวจตามนัด และการมาตรวจก่อนนัด หากพบอาการผิดปกติ เช่น มีหนองไหลหรือมีเลือดสดออกทางทวารหนักหลังถ่ายอุจจาระ รู้สึกไม่สบายบริเวณทวารหนัก

4.3.4 ระยะเวลาหลังผ่าตัด : ที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักควรได้รับการดูแลในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านตามระยะของระบบบริการที่สามารถพัฒนาให้เกิดคุณภาพได้ โดยเริ่มการติดตามเยี่ยมที่บ้านด้วยโครงการห่วงใยออนไลน์ จากหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เฉพาะกรณีที่นอนโรงพยาบาลแบบนอนโรงพยาบาลวันเดียวต่อเนื้อที่บ้าน โดยการติดตามโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยในระยะ 3 วันหลังผ่าตัดเพื่อช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งจากงานวิจัย พบว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านจะเกิดประสิทธิผลได้พยาบาลจะต้องประเมินผู้ป่วย และครอบครัวให้ครอบคลุมทั้งด้านจิตสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (ณัฐชา ผลาชีวะ. 2542) ดังนั้น จากผลการวิเคราะห์ทำให้ผู้ศึกษาสามารถสังเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดโดยมีรายละเอียด

8. แนวทางการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน จากปัญหาของระบบบริการรักษาพยาบาลที่เน้นการบริการผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ๗ หอผู้ป่วยศัลยกรรมไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจึงขาดความรู้ความเข้าใจผลข้างเคียงของยา การดูแลแผล การบรรเทาอาการ

ปวดแผล การสังเกตเลือดออก และแผลอักเสบเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จนส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จึงสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า เมื่อโทรศัพท์ไปถามในวันที่ 3 หลังผ่าตัดพบ ปัญหาผู้ป่วยทั้งที่อาจเกิดขึ้นได้และที่เกิดขึ้นใหม่ ซึ่งต้องการคำแนะนำ

“โทรไปถาม 3 วันแรกก็มีปัญหาทั้งที่จะเกิดขึ้น ได้และที่พบได้ใหม่ แล้วก็มีน้ำ โหลซึม มันบวมมากขึ้น ก็อินฮันเขาอีกครึ่งหนึ่งว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ไม่ คิดปกติ ส่วนใหญ่จะเป็นข้อซักถามว่าเดี๋ยวจะไปต่างจังหวัดนี้จะนั่งรถไฟ ได้มัย ไปนั่งทำงานเจ็บเป็นอะ ไรมัย ที่อึ้งก็อะแนะนำเรื่องอาหารเด้อก็อ่า ไม่ควรเบ่งมากจะมีเลือดออก ก็แนะนำเขาให้ขมิบกัน ”

(รหัส 2090) วันที่ 22 พ.ค. 2550)

จากการศึกษาของ ลลิตา อาชานุกาฬ และ ประภาพรณ ประถมบุตร (2548) กล่าวว่า แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะ ไม่มีปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน แต่ก็มีผู้ป่วย บางรายยังต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องไปถึงบ้าน เพราะขณะไปอยู่บ้านผู้ป่วยจะมีข้อสงสัย เกี่ยวกับอาการและปัญหาที่เกิดขึ้น ต้องการผู้มีความรู้ให้คำปรึกษา แม้ว่าก่อนกลับบ้านผู้ป่วยและ ครอบครัวจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวพร้อมเอกสารคำแนะนำจากโรงพยาบาลแล้วก็ตาม

ดังนั้น แนวทางการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยสัลยกรรม จึงควรมีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้

1. จัดทำแผนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ตลอดจนช่วย จัดระเบียบความเป็นอยู่ของชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของแต่ละครอบครัว

2. ผู้ป่วยต้องเข้าใจความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลาและสถานที่ ในกรณีฉุกเฉิน ควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใคร

3. ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จะช่วยให้ทราบปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังจำหน่าย ผู้ป่วย ได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมสร้างความมั่นใจคลายความวิตกกังวล เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ที่บ้านและแก้ไข เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ

4.3.5 ระยะหลังผ่าตัด : ที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักควรได้รับการดูแลในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลตามระยะของระบบบริการที่สามารถพัฒนาให้เกิดคุณภาพได้ โดยเริ่มตั้งแต่พยาบาล กักครองเพิ่มประวัติแพทย์ ประเมินอาการแรกรับ ซักประวัติ ตรวจทวาร เช่นเดียวกับระบบบริการ ในระยะก่อนผ่าตัด และการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดเป็นซ้ำ ซึ่งจากงานวิจัย พบว่า

การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการเชิงรุกจากสถานบริการไปสู่บ้านแบบผสมผสานที่ต่อเนื่อง และยังเป็น การส่งเสริมในการดูแลตนเองของบุคคล และครอบครัวตามสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ (นัทธมนต์ สายสอน, 2544) ดังนั้น จากผลการวิเคราะห์ทำให้ผู้ศึกษาสามารถสังเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเสี้ยวทวารหนักที่ได้รับการรักษา

9. แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากปัญหาของระบบบริการรักษาพยาบาลที่ไม่เน้น การประเมินอาการแรกรับภายใต้การบริหารจัดการของพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายเก่าจำนวนมากและ ในขณะที่เดียวกับมีผู้ป่วยรายใหม่มารับบริการร่วมด้วยส่งผลให้ประสิทธิภาพการให้บริการ ณ แผนกงาน การพยาบาลผู้ป่วยนอกในการดูแลแนะนำผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยจึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเสี้ยวทวารหนัก ไม่สามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตามวัตรประจำวัน ที่เหมาะสมได้จนส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย กลัว วิตกกังวล มาตรวจก่อนนัด และกลับ เป็นซ้ำ จึงสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบการให้ความรู้การดูแลตนเองหลังผ่าตัด และการสังเกตอาการ ผิดปกติและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

"พอหลังผ่าตัดก็นัดมาก่อน ส่วนใหญ่ก็เห็นถึง 2 หนัดัดแล้วก็ไม่ค่อยมา หมอ ก็ถามว่าเป็นอย่างไร หลังจากผ่า มีปัญหาที่รบกวนเขาอีกเปล่า หมอบอกว่ามัน จะคอยดูดีขึ้นแล้วทานยาหม้อถ้าหายก็ทานไป พยาบาลก็จะย้ำว่าอย่าลืมกิน ผัก ผลไม้ แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ ก็บอกให้เขาดื่มน้ำ ตามช่อกๆ บางคนต้องเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอย่าปล่อยให้ท้องผูกและให้ ยาไปรับประทานด้วย พวกมิวซิลิน แล้วหมอก็ให้ยาไปแล้วหมอก็แนะนำว่าถ้า มีอาการอะไรให้กลับมาพบอีกเช่นถ้าเกิดมันมีขึ้นมาใหม่ถ้าไม่เปลี่ยน พฤติกรรมมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ้าง"

(รหัส ID 20601 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

"ตรวจเสร็จก็แนะนำในท้องแล้วออกเลข ว่าอย่าให้ท้องผูกเหมือนครั้งก่อน อย่างนี้ มันกลับมาเป็นได้อีกไม่ใช่ว่าหายเลย"

(รหัส ID 20701 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

"หลังผ่าตัดแล้ว ก็คิดว่าตัวเองก็ต้องดูแลตัวเองแล้ว เพราะว่ามันไม่อยากให้ เป็นอีก ตอนนั้นก็มั่นใจว่าทราบหมดทุกอย่างเกี่ยวกับการดูแลเพื่อไม่ให้ กลับเป็นซ้ำ"

(รหัส ID 10801 สัมภาษณ์วันที่ 1 พ.ค. 2550)

"มาแวะถามที่โต๊ะพยาบาลอีกจุดหนึ่ง บางคนถามว่าหายขาดมั๊ย บางคนถาม ด้วยความไม่รู้ เออแล้วมันต้องมาอีกมั๊ย แล้วมันหายมั๊ย ก็ไม่เยอะเหมือนกัน เพราะเข้าใจว่ารักษาแล้วหายขาด"

(รหัส ID 20501 สัมภาษณ์วันที่ 18 พ.ค. 2550)

จากการศึกษาของ นัทธมนต์ สายสอน (2544) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบันและเป็นที่ต้องการของผู้ป่วย และจากการศึกษาของ บันลือ เฉลยภักดี (2545) กล่าวว่า เนื่องจากหลังการรักษาผู้ป่วยสามารถกลับมามีอาการได้อีกซึ่งโรคสีดวงทวารจะพบได้มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นการรักษาที่ดีที่สุด คือ การป้องกัน

ดังนั้น แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จึงควรมีแนวทางการปฏิบัติเพิ่มเติม ดังนี้

1. พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการผ่าตัดนั้นจะตัดเฉพาะริดสีดวงทวารหนักหัวใหญ่ ๆ ที่มีอาการหรือมีปัญหาออกไป ยังคงเหลือหัวริดสีดวงเล็ก ๆ ถ้าผู้ป่วยยังมีอุปนิสัยเบ่งถ่ายอุจจาระอยู่มีโอกาสที่หัวเล็ก ๆ จะโตขึ้นมาอีก จึงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย แต่ถ้าริดสีดวงทวารหนักที่เกิดขึ้นใหม่มีอาการจนก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยก็ควรมาปรึกษาแพทย์ทันที เพราะมีหลายวิธีที่สามารถจัดการอาการหรือปัญหาออกไปได้โดยไม่ต้องผ่าตัดซ้ำ อย่าปล่อยทิ้งไว้นานเพราะอาจจะเป็นมากจนวิธีการรักษาอย่างอื่นไม่ได้ผลอีกต่อไป

2. พยาบาลประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3. พยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

4. พยาบาลแนะนำแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมใกล้บ้าน

10. แนวทางการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ จากปัญหาของระบบบริการรักษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเกี่ยวกับเวลา และโอกาสการให้บริการน้อยภายใต้การบริหารจัดการ ทั้งในส่วนของแพทย์ซึ่งเป็นผู้กำหนดการรักษา วันและเวลาผ่าตัด พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อแรกรับ และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องส่งผลให้การสื่อสารข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพทั้งการให้บริการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรม และห้องผ่าตัด ดังนั้น ผู้ป่วยจึงขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการเตรียมผ่าตัด ไม่ได้ได้รับความสะดวกจากการเข้ารับการรักษาและการผ่าตัด ห้องผ่าตัดไม่ได้โทรแจ้งก่อนมารับ ถูกเลื่อนผ่าตัด ไม่รู้กำหนดเวลาผ่าตัด หิวอาหาร เนื่องจากรอนานจนส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย จึงสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า กรณีแพทย์ยกเลิกการผ่าตัดผู้ป่วยรายใดควรแจ้งศูนย์บรรจผู้ป่วยให้ทราบด้วย อีกทั้งการประสานงานจากพยาบาลห้องผ่าตัด ทั้งการมารับ และส่งกลับหอผู้ป่วย

“เรื่องการประสานงาน ก็อยากให้มีการประสานงานระหว่างหมอกับ admit คือผ่าตัดที่จะเรียกคนไข้ เช่น ถ้าหมอจะยกเลิกใครก็ควรแจ้ง admit ด้วย ทีนี้เราก็ต้องคิดต่อไปทาง admit หน้อยว่ายังไม่ผ่า ก็ให้ประสานงานห้องผ่าตัด ถ้าทำได้ทุกรายก็โทรมาก่อนเราก็จะได้มีเวลา

เตรียมตัว เตรียมคนไข้ ถ้ากลับเราจะ ได้เตรียมไว้ ถ้าโทรจะบอกว่า
คนไข้รู้ตัวดี มีแผลผ่าตัดที่กิน อาจจะไม่ต้องละเอียดมาก”

(รหัส 20901 สัมภาษณ์วันที่ 22 พ.ค. 2550)

“ แพทย์เขาจะเรียกคิวผ่าตัด พยาบาลหัวหน้าเวรห้องผ่าตัดจะโทรไป
เพื่อให้ไปปรับคนไข้มาก่อนล่วงหน้าประมาณ ครึ่งถึง 1 ชั่วโมงเพื่อมา
ประเมินคนไข้ก่อน เจ้าหน้าที่ไปปรับคนไข้จากตึกมา จะประสานงาน
โทรไปที่ตึกบอกว่าจะไปปรับคนไข้รายนี้ให้เตรียมคนไข้ให้ด้วยถ้ากรณี
คนไข้ที่มีปัญหาเฉพาะเช่น ผู้ป่วยที่ทานยา ASA หรือผลเลือดบางตัวที่ยัง
ไม่ครบให้รพาคม พยาบาลที่ตึกจะโทรมาส่งเวรห้องผ่าตัดเอง ก่อน
พยาบาลที่ห้องผ่าตัดจะต้องเขียนบันทึกในแฟ้มประวัติและรวบรวม
เอกสารของผู้ป่วยให้ครบถ้วนแล้วโทรส่งเวรที่ตึกว่าทำอะไรไปมีการ
ผ่าตัดอื่นร่วมด้วยหรือเปล่า สัญญาณชีพตั้งแต่อยู่ห้องผ่าตัด ครั้งสุดท้าย
เป็นอย่างไร คนไข้ปวดมึน แผลผ่าตัดเป็นอย่างไร มีเลือดออกมึน แผล
ปิดผ้าก๊อชไว้ตามปกติ และเรื่องของการที่ ได้รับ และบางคนมีส่งหรือไม่
ส่งขึ้นเนื้อเพิ่มหรือเปล่า ”

(รหัส ID 20201 สัมภาษณ์วันที่ 15 พ.ค. 2550)

จากการศึกษาของ อรพรรณ ไคสิงห์ (2546) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการการดูแล
อย่างต่อเนื่อง สามารถจำแนกได้เป็นปัจจัยหลัก ๆ 2 ปัจจัย คือ การติดต่อสื่อสารซึ่งประกอบด้วย 1) การ
ติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน สิ่งที่เป็นจุดบกพร่องในกระบวนการติดต่อสื่อสาร คือ การส่งต่อ
ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ส่วนการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนที่สำคัญ
มาก และ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบ ได้แก่ การประสานงานระหว่างบุคคลในทีม

ดังนั้น แนวทางการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด
และงานการพยาบาลผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยศัลยกรรม จึงควรมีแนวทางปฏิบัติเพิ่มเติม โดยสามารถพิจารณา
นำมาใช้ปฏิบัติได้ตามความเหมาะสมของระบบบริการและกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

1. พัฒนาการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานโดยการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนเป็นลายลักษณ์
อักษรเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยบันทึกเดียวกันต่อเนื่อง
ตั้งแต่แรกรับจนกลับบ้านและมีการสื่อสาร โดยตรงทางโทรศัพท์ในบางข้อมูลที่สำคัญ
2. พัฒนาการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวมีประสิทธิภาพมาก
ขึ้น ด้วยการจัดทำเอกสารประกอบการให้คำแนะนำ และการวางแผนการให้คำแนะนำทางสุขภาพ
ล่วงหน้าก่อนที่ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล

3. พัฒนาการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรที่มีการมอบหมายงานและการระบุบทบาทหน้าที่ของบุคคลในทีมที่ชัดเจนและการสื่อสารจนเกิดการยอมรับ และความเข้าใจในบทบาทของแต่ละคน ในทีม

4.4 รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดนี้เป็นผลการศึกษาจากแนวทางการแก้ปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยได้นำบทสรุปที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกรอบทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จนสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ แล้วนำเสนอความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 3 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลวันเดียว (ONE DAY SURGERY)
2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบนอนก่อน 1 วัน
3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก (SAME DAY SURGERY)

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในแต่ละรูปแบบ มีรายละเอียด ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด แบบนอนโรงพยาบาลวันเดียว (ONE DAY SURGERY) จากปัญหากระบวนการ และจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดดังกล่าวข้างต้นนั้น ผู้วิจัยขอนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบนอนโรงพยาบาลวันเดียว (ONE DAY SURGERY) แบบใหม่ ภายใต้กระบวนการขั้นตอนของระบบบริการเดิม แต่มีความแตกต่างกัน โดยได้พัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล ดังนี้

1.1 ความหมาย

การดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในวันกำหนดผ่าตัดโดยพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing) รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ใน

โรงพยาบาล และตลอด 24 ชั่วโมง แม้จะมีการมอบหมายให้บุคลากรผู้อื่นดูแลผู้ป่วยขณะพยาบาล
 เข้าของไข้ไม่ขึ้นปฏิบัติงานแต่ความรับผิดชอบจะยังมีอยู่ (รัชณี สุจิจันทร์รัตน์, 2546 : 67) ซึ่งผู้ป่วยมา
 เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลในวันกำหนดผ่าตัด ช่วงเวลา 06.30-08.00 น. รอเรียกผ่าตัด และหลังเข้ารับ
 การผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยนอนพัก 1 คืน และสามารถกลับบ้านได้ในเวลา ก่อน 12.00 น. ของวันต่อไป
 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาได้ เป็นแบบที่แพทย์นิยมเลือก เนื่องจากสามารถหมุนเวียน
 เตียงผู้ป่วยได้เร็ว ทั้งนี้ บริการที่ผู้ป่วยโรคไตเชิงหวางทวารหนักจะได้รับเน้นเรื่องการสื่อสาร โดยตรง
 ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจ
 ต่อเนื่องที่โรงพยาบาล

1.2 วัตถุประสงค์

- 1) มุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล โดยเน้นถึงการวางแผนในการ
 ดูแลผู้ป่วยให้ครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
- 2) มุ่งให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะ ได้รับการดูแล
 จากพยาบาลเจ้าของคนไข้คนเดียวตลอด พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรอื่นตาม
 แผนการพยาบาลที่วางไว้ จะลดความซ้ำซ้อน ความล่าช้าในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี
- 3) เพื่อการบริการที่รวดเร็วและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

1.3 กลยุทธ์ในการจัดบริการรูปแบบนอนโรงพยาบาลวันเดียว

1) พยาบาลเจ้าของไข้ การดูแลผู้ป่วยในระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการดูแลที่
 ต่อเนื่องสมบูรณ์แบบโดยพยาบาลคนเดียวที่รับผิดชอบในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยอย่าง
 ต่อเนื่อง และเป็นระบบที่มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลา

2) เทคนิคการสื่อสาร โดยตรง จะช่วยให้ข้อมูลที่ได้รับมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้น
 การที่พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ติดต่อประสานงานเอง จะยังเพิ่มการยอมรับในบทบาทจากบุคลากรใน
 ทีมสุขภาพมากขึ้น พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ทำหน้าที่ประสานงานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่
 อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นศูนย์กลางของการติดต่อสื่อสาร โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ
 ตลอดระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาล และการวางแผนการจำหน่าย

3) แผนการพยาบาล โดยมีแผนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่พัฒนาโดยพยาบาล
 เจ้าของไข้ในการสื่อสาร ไปยังผู้เกี่ยวข้องในการให้การดูแล ซึ่งส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน
 ของพยาบาลและความพึงพอใจในบริการที่ได้รับของผู้ป่วย

1.4 การออกแบบระบบการดูแลต่อเนื่อง

ระบบการดูแลต่อเนื่องแบบนอนโรงพยาบาลวันเดียว เน้นการจัดการระบบพยาบาล
 เจ้าของไข้ที่บริหารจัดการในการส่งต่อทุกระยะของระบบบริการผู้ป่วยโรคไตเชิงหวางทวารหนักที่ได้รับ

การรักษาโดยการผ่าตัด และเน้นการสื่อสารโดยตรงอย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ ระบบมอบหมายงาน ระบบพยาบาลเจ้าของไข้เกิดจากการที่พยาบาลไม่มีโอกาสหรือไม่มีเวลาที่จะใช้ความรู้ในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง การพยาบาลแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นได้ระบบมอบหมายงานจะต้องเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบด้วยตนเองให้มากที่สุด โดยดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาความไว้วางใจจึงจะเกิดขึ้น (เรณู พุกบุญมี, 2544) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาลให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องทั้ง 10 แนวทาง ดังกล่าวข้างต้น โดยพยาบาลเจ้าของไข้มีหน้าที่ ดังนี้

- 1) รับผิดชอบในกรวางแผนการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง
- 2) การประเมินความต้องการการพยาบาล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและบุคลากรในวิชาชีพอื่น ๆ รวบรวมข้อมูลทั้งหมดลงสู่แผนการดูแล ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบเขียนแผนการดูแลขึ้นมา
- 3) ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบตลอดเวลาปฏิบัติงาน ส่วนนอกเหนือเวลาปฏิบัติงานของพยาบาลเจ้าของไข้จะมีพยาบาลคนอื่นที่อยู่ในเวรต่อไปเป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแทนตามแผนการดูแลที่พยาบาลเจ้าของไข้เขียนไว้ หากมีอาการเปลี่ยนแปลงพยาบาลคนอื่นที่ดูแลต้องรายงานให้พยาบาลเจ้าของไข้ทราบ ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้อาจจะทำการเปลี่ยนแปลงแผนการดูแลตามข้อมูลที่ได้รับหรือมาดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง
- 4) พยาบาลเจ้าของไข้ปรึกษาหารือเกี่ยวกับผู้ป่วยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ตรวจการ
- 5) พยาบาลเจ้าของไข้มีอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบและมีอิสระในการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ทั้งนี้ ระบบพยาบาลเจ้าของไข้จะมีการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลา

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด แบบนอนก่อน 1 วัน จากปัญหาระบบบริการ และจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดดังกล่าวข้างต้นนั้น ผู้วิจัยขอนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด แบบนอนก่อน 1 วัน แบบใหม่ ภายใต้กระบวนการขั้นตอนของระบบบริการเดิม แต่มีความแตกต่างกัน โดยได้พัฒนา ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแล ดังนี้

2.1 ความหมาย

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่มารับบริการตามระบบบริการ โดยพยาบาลดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นทีม (Care Management Team) โดยที่ผู้ป่วย

นั้นมานอนโรงพยาบาลก่อนกำหนดผ่าตัด 1 วัน และหลังเข้ารับการผ่าตัดแล้วผู้ป่วยนอนพัก 1 คืน และสามารถกลับบ้านได้ในวันต่อไป ทั้งนี้ บริการที่ผู้ป่วยโรคโรคีตีดวงทวารหนักจะได้รับเน้นกระบวนการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมตามกลุ่มโรค เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยเป็นรายบุคคล ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจค้อนเนื่องที่โรงพยาบาล

2.2 วัตถุประสงค์

- 1) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered)
- 2) ให้บริการดูแลรักษาโรคหรือสภาพความเจ็บป่วยที่เฉพาะเจาะจง (Population Based)
- 3) ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของความเจ็บป่วย (Continuum of Care)
- 4) ประสานการทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- 5) กำกับถึงมาตรฐาน และประสิทธิผลการให้บริการ
- 6) เสริมพลังให้กับผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อสนับสนุนความสามารถในการจัดการดูแลตัวเอง

2.3 กลยุทธ์ในการจัดบริการรูปแบบนอนก่อน 1 วัน

- 1) การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคโรคีตีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตั้งแต่แรกรับจนกลับบ้าน เพื่อลดการทำงานแยกส่วน
- 2) แผนการดูแลผู้ป่วยโรคโรคีตีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหรือแนวทางปฏิบัติในลักษณะทีมสหสาขาวิชา โดยสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์
- 3) การประเมินผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคโรคีตีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง
- 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาระบบให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการ โดยดึงเอาความรู้และประสบการณ์ของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน ทำให้เกิดขุมพลังความรู้ และความรู้สึที่ดีที่จะดำเนินงานได้จนบรรลุความสำเร็จ

2.4 การออกแบบระบบการดูแลต่อเนื่อง

ระบบการดูแลต่อเนื่องแบบนอนก่อน 1 วันเน้นพยาบาลดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคโรคีตีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตามแนวทางปฏิบัติที่ทำไว้ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งการส่งต่อทุกระยะของการผ่าตัด การวางแผนกลับบ้านในระยะ

หลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อนื่องที่โรงพยาบาล และเน้นการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ ระบบมอบหมายงานพยาบาลดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นทีมเกิดจากการทำงานแบบแยกส่วนขาดความเชื่อมโยงในด้านการดูแลรักษาพยาบาล กระบวนการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมตามกลุ่มโรค เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยเป็นรายบุคคล โดยทีมผู้เกี่ยวข้องในการประเมิน วางแผน และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และพัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. 2547) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรให้ความสำคัญที่ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อนื่องที่โรงพยาบาลให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่อง ทั้ง 10 แนวทางดังกล่าวข้างต้น โดยพยาบาลดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็นทีมมีหน้าที่ ดังนี้

1. เริ่มจากการพิจารณาให้บริการตามกลุ่มโรค หรือปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรให้ความสำคัญที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด
2. มีผู้จัดการที่มองเห็นภาพรวมของการดำเนินงาน ตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรให้ความสำคัญที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด
3. มีแผนการดูแลหรือแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรให้ความสำคัญที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ในลักษณะที่มสหสาขาวิชาชีพ โดยหลักฐานเชิงประจักษ์
4. มีการประเมินผลลัพธ์และการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรให้ความสำคัญที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง
5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรให้ความสำคัญที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เช่น เรื่องการรับผู้ป่วย การจำหน่ายผู้ป่วย
6. นำไปดำเนินการ โดยกำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนาระบบตามแต่ละบริบทของแต่ละระยะของการดูแลและลักษณะของโรคเรื้อรังที่ควรให้ความสำคัญที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด
7. กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดร่วมกัน
8. จัดทำ CARE MAP หรือแนวปฏิบัติที่จัดสร้างร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรให้ความสำคัญที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด
9. พัฒนา สมรรถนะความรู้ความสามารถของพยาบาลเพื่อให้มีความรู้ ทักษะที่ถูกต้องในการให้การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ
10. ลงมือปฏิบัติตามแผน ประมวลผลทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์
11. นำแนวทางปฏิบัติหรือวิธีการทำงานแบบใหม่ที่แก้ไขปรับปรุง และจัดทำเป็นมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควรให้ความสำคัญที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก (SAME DAY SURGERY)

จากปัญหาระบบบริการ และจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดดังกล่าวข้างต้นนั้น โดยผู้วิจัยขอนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด แบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ภายใต้กระบวนการขั้นตอนของระบบใหม่ ดังนี้

3.1 ความหมาย

การดูแลผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย (Nurse Case Manager) ซึ่งโดยปกติจะเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกหรือพยาบาลที่มีทักษะ และประสบการณ์ (ปรากฏกัทธิย์ อุจะรัตน. 2541 : 40) รูปแบบการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกเป็นบริการที่ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักก่อนผ่าตัดตรวจแล้วนัดหมายมาวันผ่าตัดหรือผู้ป่วยที่มาตรวจแล้วควรได้รับการผ่าตัดทันทีตามความสมัครใจของผู้ป่วย โดยการให้บริการทั้งก่อนและหลังผ่าตัดแบบการพยาบาลผู้ป่วยนอกเท่านั้น โดยไม่ต้องพักค้างคืน จากการศึกษาของ วิรวัดน์ เหลืองชนะ (2544) กล่าวว่าผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแล้วไม่ต้องพักอยู่ในโรงพยาบาลต้องมีสุขภาพดีและเป็นการผ่าตัดที่ไม่ต้องมีการเตรียมผู้ป่วยมากนัก และจากการศึกษาของ อุฬารัตน์ ศรีวิจิตตานนท์ (2537) กล่าวว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการส่งเสริมรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องภายในองค์กร ทั้งนี้ บริการที่ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักจะได้รับนั้นพยาบาลเน้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยตรง รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นรายกรณี ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล

3.2 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง
- 2) เพิ่มคุณภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้น
- 3) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง
- 4) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นลง
- 5) ค่าใช้จ่ายในการดูแลลดลง
- 6) ผู้ใช้บริการพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

3.3 กลยุทธ์ในการจัดบริการรูปแบบผู้ป่วยนอก

- 1) ความร่วมมือของทีมสุขภาพ จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกรณีที่ผ่าตัดโรคริดสีดวงทวารหนัก

2) แผนการดูแล (Clinical Pathway) การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งเป็นเอกสารย่อ ๆ ที่แสดงถึงกิจกรรมหรือแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของผู้ให้บริการทุกสาขาวิชาชีพ ตามช่วงเวลาต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเขียนไว้เรียบร้อยในรูปแบบมาตรฐาน และผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น

3) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ทำหน้าที่ดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทั้งหมดตั้งแต่แรกรับจนกลับบ้าน

3.4 การออกแบบระบบการดูแลต่อเนื่อง

ระบบการดูแลต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก เน้นการจัดการระบบที่บริหารจัดการ ในการดูแลโดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย ในทุกระยะของการผ่าตัด การวางแผนกลับบ้านในระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ในระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อโรงพยาบาล และเน้นคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นรายกรณีและมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม กล่าวคือ ระบบมอบหมายงานพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเกิดจากการที่พยาบาลมีการทำงานแบบแยกส่วนระบบมอบหมายงานจะต้องเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบด้วยตนเองให้มากที่สุด โดยดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาความไว้วางใจจึงจะเกิดขึ้น (เรณู พุกบุญมี, 2544) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล และระยะหลังผ่าตัดที่บ้านจนมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาลให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องทั้ง 10 แนวทาง ดังกล่าวข้างต้น โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยมีหน้าที่ ดังนี้

- 1) เลือกผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่เหมาะสม สำหรับการเข้าสู่ระบบการจัดการด้านผู้ป่วย
- 2) ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบครัวในเรื่องต่อไปนี้คือ เป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว สภาพร่างกายและจิตใจ สภาพทางอารมณ์ ความสามารถในการคิด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตลอดจนแหล่งสนับสนุน รวมทั้งสถานภาพทางการเงิน
- 3) วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจากข้อมูลที่รวบรวมได้
- 4) พัฒนาแผนการดูแล ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำแผนการดูแลลงสู่การปฏิบัติ ปรับปรุงแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ และเป็นพี่ปรึกษาของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย
- 5) ติดตามประเมินผลการให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในห้องพักฟื้นเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือจนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสัญญาณชีพและ

สภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือคงที่อย่างน้อย 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จึงสามารถจำหน่ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยหรือกลับบ้านได้ ในกรณีจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ต้องมีเกณฑ์การประเมินเพิ่มเติมดังนี้

- (1) ผู้ป่วยต้องสามารถเดินได้ดี ไม่มีอาการเซ
- (2) ผู้ป่วยสามารถดื่มน้ำได้ ไม่สำลัก ไม่อาเจียน
- (3) ผู้ป่วยสามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง
- (4) มีผู้ดูแลและติดตามกลับบ้านด้วย

6) ประสานงานทีมสุขภาพอื่นๆเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรค
โรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทั้งในและนอกโรงพยาบาล

- 7) ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม

8) พยายามติดตาม กำกับการปฏิบัติประเมินผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรค
โรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นรายกรณี

9) พยายามจัดการแก้ไขปัญหาความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
หัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นรายกรณี หากไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ตามแผนการดูแล
รักษา