

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์  
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว ( ด้านการพยาบาล )

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคริสติดวงทวารหนัก
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง จัดทำสื่อการสอน เรื่องการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดคริสติดวงทวารหนัก

เสนอโดย

นางจิรพรรณ ภควัตศิदानนท์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

( ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 366 )

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 7 วัน(ตั้งแต่วันที่ 26 เมษายน 2550 ถึงวันที่ 3 พฤษภาคม 2550)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

### 3.1 ความรู้ทางวิชาการ

#### 3.1.1 กายวิภาคศาสตร์และพยาธิสภาพของโรคริดสีดวงทวารหนัก

ทวารหนัก (anus) หมายถึงช่องทวารหนัก(anal canal) และ perianal skin โดยเริ่มจาก anorectal ring ถึง anal verge ซึ่งมีความยาวประมาณ 4 เซนติเมตรและ perianal skin คือส่วนที่อยู่ด้านข้างโดยรอบของ anal verge โดยอยู่ห่างจาก anal verge ประมาณ 5 เซนติเมตร ช่องทวารหนักจะมีความยาวประมาณ 4 เซนติเมตร ช่องทวารหนักจะประกอบด้วยผนัง 2 ชั้น ซึ่งจะซ้อนกันอยู่โดยผนังด้านในจะเป็น Visceral muscle tube ซึ่งเป็น smooth muscle ส่วนผนังด้านนอกจะเป็น striated muscle ซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

บริเวณทวารหนักมีกลุ่มหลอดเลือดดำ 2 กลุ่ม คือ Internal hemorrhoidal venous plexus และ External hemorrhoidal venous plexus ซึ่งแยกกันอยู่เหนือและต่ำกว่า Pectinate line ตามลำดับ แต่ก็มีการติดต่อกันได้ภายใต้ผิวหนังของทวารหนัก เมื่อ Internal hemorrhoidal venous plexus มีการโป่งพองใหญ่ขึ้นพร้อมกับเนื้อเยื่อที่ห่อหุ้ม มีลักษณะเป็นก้อนเรียกว่า ริดสีดวงทวารหนักชั้นใน (Internal hemorrhoid ) ผิวหุ้มเป็น mucosa เห็นด้วยตาเปล่าเป็นสีชมพูหรือแดง และถ้าการโป่งพองนี้เกิดขึ้นกับ External hemorrhoidal venous plexus ก็เรียกว่าริดสีดวงทวารหนักชั้นนอก (External hemorrhoid) ผิวหุ้มมีลักษณะเหมือนผิวหนังที่บริเวณรอบทวารหนักเนื่องจากมีช่องทางติดต่อกัน ริดสีดวงทั้งสองชนิดจึงมักเกิดร่วมกัน

ริดสีดวงทวารหนักชั้นในมีการแสดงของโรคที่สำคัญสองอย่าง คือ เลือดออกและเป็นก้อนยื่นออกมาทางทวารหนัก ลักษณะของการมีเลือดออกจากริดสีดวงทวารหนัก ได้แก่ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด โดยมีเลือดสีแดงติดบนผิวของก้อนอุจจาระ หรือมีเลือดพุ่งออกขณะเบ่งอุจจาระ หรือหยุดเมื่อก้อนอุจจาระผ่านออกไปแล้ว หรือมีเลือดสีแดงติดกระดากชำระ การมีเลือดออกบ่อยๆ อาจทำให้เกิดภาวะโลหิตจางแบบขาดธาตุได้ ในกรณีที่ริดสีดวงยื่นออกมาแรก ๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีก้อนยื่นออกมาในขณะที่ถ่ายอุจจาระ เมื่อเลิกถ่ายก็หดรัดกลับได้ ระยะต่อมาจำเป็นต้องใช้นิ้วคั้นกลับเข้าไปและต่อมาในขณะที่เดิน ไอหรือออกแรงอาจจะยื่นออกมาได้ ในระยะหลังไม่สามารถคั้นกลับเข้าไปได้ ขณะเดียวกันก็มีเมือกซึมซับผ่านออกมาทำให้ประอะเปื้อน รำคาญ และมีอาการคันตามมาภายหลังซึ่งถือว่าไม่ใช่เป็นอาการของริดสีดวงแต่เกิดจากการประอะเปื้อนเท่านั้น ริดสีดวงทวารหนักชั้นในปกติไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวด ยกเว้นในกรณีที่

เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดตันของหลอดเลือด (Thrombosis) หรือริดสีดวงทวารหนักยื่นออกมาอย่างกะทันหัน (Sudden prolapse) เป็นต้น

มีการแบ่งริดสีดวงทวารหนักชั้นในตามความรุนแรงเป็น 4 ระดับ คือ

1. ระดับหนึ่ง ริดสีดวงอยู่ภายในทวารหนัก มีอาการเลือดออกเพียงอย่างเดียว
2. ระดับสอง ริดสีดวงยื่นออกมาในขณะถ่ายอุจจาระและหดกลับได้เอง
3. ระดับสาม ริดสีดวงยื่นออกมาในขณะถ่ายอุจจาระ ต้องช่วยดันให้กลับเข้าข้างใน
4. ระดับสี่ ริดสีดวงยื่นออกมา ไม่สามารถดันให้กลับเข้าข้างในได้

การแบ่งระดับเช่นนี้เพื่อใช้ในการเลือกวิธีการรักษา

ริดสีดวงทวารหนักชั้นนอก ในกรณีที่เกิดร่วมกับริดสีดวงทวารหนักชั้นใน ลักษณะมักเป็นก้อนนิ่ม ๆ ไม่มีอาการ อาจเกิดได้โดยไม่จำเป็นต้องมีริดสีดวงภายในร่วมด้วย สาเหตุเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดภายในกลุ่มหลอดเลือดดำชั้นนอก(Thrombosed external hemorrhoid) มีอาการปวดเป็นสำคัญ เพราะก้อนโตเร็วได้ผิวหนัง ที่ขอบทวารหนักจะเห็นเป็นก้อนสีน้ำเงิน กดเจ็บ ตำแหน่งของการอุดตันหลอดเลือดตรงกับระดับหูรูดทวารหนัก การหดตัวรุนแรงของหูรูดทวารหนักทำให้ถ่ายอุจจาระลำบากและเจ็บ

### 3.1.2 สาเหตุของการเกิดริดสีดวงทวารหนัก

#### สาเหตุหลัก

1. การทรงตัวของมนุษย์ ตามทฤษฎีวิวัฒนาการของมนุษย์ ที่กล่าวว่ามนุษย์มีวิวัฒนาการจากสัตว์สี่เท้ามาเป็นสัตว์ที่ยืนตรงได้ และจากการที่มนุษย์มีโอกาสดูในทำยืนตั้งตรงได้นี้เองทำให้แรงดันของเลือดในหลอดเลือดดำที่ทวารหนักเพิ่มขึ้นและหลอดเลือดดำขยายตัวเนื่องจากเลือดดำจากทวารหนักไหลกลับสู่หัวใจทางหลอดเลือด portal vein ซึ่งไม่มีลิ้นคอยกั้นการไหลย้อนกลับของเลือดเป็นสาเหตุของการเกิดริดสีดวงทวารหนักได้

2. อาชีพ พบอัตราการเป็นริดสีดวงทวารหนักและมีอาการมากในคนที่ออกกำลังกายหนัก ในคนที่มืออาชีพต้องยืนนาน หรือนั่งทำไคท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ และในนักกีฬา

#### สาเหตุเสริม

ได้แก่ภาวะใดก็ตามที่เกิดมีเลือดคั่งใน hemorrhoidal plexus อันเนื่องมาจากความดันในช่องท้องหรือในทวารหนักเพิ่มมากกว่าปกติ ซึ่งจะเป็นอย่างถาวรหรือชั่วคราวก็ตามซึ่งพบได้ใน

1. ท้องผูกหรือท้องเดิน การเบ่งถ่ายอุจจาระในรายท้องผูกหรือถ่ายบ่อย มีการเพิ่มความดันในทวารหนักอย่างมาก

2. การไอ การจาม การอาเจียน หรือออกกำลังมาก ๆ เป็นการเพิ่มความดันในช่องท้อง

3. หญิงที่ตั้งครรภ์ ผู้ที่มีเนื้องอกกดในช่องเชิงกราน

#### 4. ความดันเลือดในตับสูง การทำงานของหัวใจล้มเหลว

##### 3.1.3 อาการและอาการแสดง

1. มีเลือดออกจากช่องทวารหนัก มักจะมีอาการเลือดออกจากช่องทวารหนักโดยไม่มีอาการเจ็บปวดและเลือดที่ออกจะเป็นสีแดงสดและมักจะออกหลังจากถ่ายอุจจาระ อาการเลือดออกอาจจะมองไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่าก็ได้ (occult blood) และอาจจะออกมาจนมีอาการของโลหิตจาง

2. มีก้อนยื่นออกจากช่องทวารหนัก แล้วแต่จะเป็นระยะไหน

3. คันรอบช่องทวารหนัก เป็นอาการคันรอบช่องทวารหนักและมีผื่นรอบช่องทวารหนัก มักจะเกิดจากริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในระยะที่ 4 โผล่ออกมาแล้วไม่เข้าไปในช่องทวารหนักเอง ทำให้เกิดมีเมือกและอุจจาระเล็ดลอดออกมา

4. ปวดบริเวณช่องทวารหนัก ปกติริดสีดวงทวารหนักไม่มีอาการปวด จะมีอาการปวดต่อเมื่อมีโรคแทรกซ้อน คือมีก้อนเลือดหรือมีริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในที่โผล่ออกมาภายนอกแล้วถูกกดรัดจนเลือดไม่ไหลเวียน ซึ่งจะมีอาการปวดร่วมด้วยกับอาการบวมและมีน้ำเหลืองซึมรอบช่องทวารหนัก ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะเน่าและหลุดออกกลายเป็นแผลติดเชื้อได้ในที่สุด

##### 3.1.4 การตรวจและการวินิจฉัย

การวินิจฉัยริดสีดวงทวารหนัก ทำได้จากประวัติและการตรวจทางทวารหนักซึ่งประกอบด้วย

1. การดู ริดสีดวงทวารหนักภายนอกและริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในที่โผล่อื่นออกมา มองเห็นได้ ถ้ามีการกดรัดหรือมีก้อนเลือดร่วมด้วยจะเห็นเป็นก้อนเนื้อบวมสีคล้ำลักษณะด้าน คลำดูค่อนข้างแข็งและอาจเห็นแผลหรือการอักเสบร่วมด้วย

2. การตรวจด้วยนิ้วมือ โดยปกติการตรวจด้วยนิ้วมือนี้นี้ไม่สามารถให้การวินิจฉัยริดสีดวงทวารหนักได้ ยกเว้นแต่รายที่มีก้อนเลือดร่วมด้วย แต่การตรวจนี้มีความจำเป็นเพราะสามารถบอกถึงพยาธิสภาพอย่างอื่นได้ เช่นมีก้อนเนื้อที่ผิดปกติในทวารหนัก แผลที่ทวารหนัก บอกได้ถึงสภาพของกล้ามเนื้อหูรูดและเยื่อเมือกที่บุลำไส้ส่วนทวารหนัก

3. การตรวจด้วยเครื่องถ่ายทวารหนัก เป็นการตรวจที่จำเป็นที่สุดในการให้การวินิจฉัยริดสีดวงทวารหนักชนิดภายใน ผู้ตรวจสามารถมองเห็นส่วนของทวารหนัก รอยต่อของทวารหนักกับลำไส้ตรงและลำไส้ตรงส่วนล่างได้ ลักษณะของริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในจะปลิ้นให้เห็นได้เป็นก้อนนูน มีสีค่อนข้างคล้ำ ในขณะที่ดึงเครื่องถ่ายทวารหนักถอยออกมาทีละน้อย อาจจะมองเห็นจุดที่เลือดออกได้

4. การตรวจด้วยเครื่องส่องตรวจทางลำไส้ใหญ่ส่วน sigmoid เป็นการตรวจเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีโรคหรือพยาธิสภาพอื่นร่วมกับริดสีดวงทวารหนัก เช่น ตึงเนื้ออก มะเร็ง หรือการอักเสบ เช่น ลำไส้ตรงและทวารหนักอักเสบ ( proctitis )

### 3.1.5 การรักษา

ริดสีดวงทวารหนักส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีแต่เพียงเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องให้การรักษา จะรักษาต่อเมื่อมีอาการเท่านั้น

พอจะแบ่งวิธีการรักษาออกได้ 3 อย่างด้วยกันคือ

1. การรักษาด้วยยา
2. การรักษาโดยการฉีดยา
3. การรักษาโดยวิธีศัลยกรรม

การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาตามอาการใช้ในรายที่มีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น เลือดออกเล็กน้อย เวลาถ่ายอุจจาระนาน ๆ ครั้ง ในขณะที่มีท้องผูกหรือต้องเบ่งถ่ายมาก ในรายหญิงตั้งครรภ์ (ทุเลาลงได้เองหลังคลอด)

การรักษาโดยการฉีดยา เป็นการรักษาโดยการฉีดสารจำพวกที่ทำให้เกิดการแข็ง (sclerosing agents) เข้าไปในช่องเล็ก ๆ ของเนื้อเยื่อชั้นใต้เยื่อบุเมื่อกรอบ ๆ เส้นเลือด hemorrhoidal vessels เพื่อทำให้เกิดมีกระบวนการอักเสบ แล้วเกิดการสร้างเนื้อเส้นใยอย่างผิดปกติรื้อรอบ ๆ เส้นเลือด hemorrhoidal ทำให้หลอดเลือดดำตีบแคบหรือตัน เป็นการลดการคั่งของเลือดในหลอดเลือดดำ

สารที่ใช้ฉีด นิยมใช้สารละลาย 5% phenol in oil เพราะราคาถูกและเตรียมได้ง่าย

การรักษาโดยวิธีศัลยกรรม

วิธีรักษาทางศัลยกรรมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีต่าง ๆ คือ

1. การผ่าตัดเอาหัวริดสีดวงทวารหนักออก (hemorrhoidectomy)
2. การผูกหัวริดสีดวงทวารหนัก (ligation)
3. การถ่างขยายทวารหนัก (forcible dilatation of anus and lower rectum)
4. การจี้ริดสีดวงทวารหนักด้วยความร้อน (clamp and cautery)
5. การจี้ริดสีดวงทวารหนักด้วยความเย็น

การผ่าตัดเอาหัวริดสีดวงทวารหนักออก

เป็นการรักษาที่ให้ผลหายขาด ใช้ในรายริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 2 ที่มีติ่งเนื้อยื่นออกมานอกทวารหนักหรือในรายริดสีดวงทวารหนักระยะที่ 3 และ 4

การผูกหัวริดสีดวงทวารหนัก

วิธีการผูกหัวริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการดัดแปลงจนเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลาย ในปัจจุบันเป็นวิธีของบารรอน (Barron) โดยการใช้ยางรัดที่ขั้วของริดสีดวงทวารหนักทำให้เลือดไม่ไหลเวียน เกิดแผลตายเน่าและหลุดไปเอง โดยการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นภายในช่องทวารหนัก

การรักษาโดยวิธีนี้ได้ผลดีในรายที่เริ่มมีการโผล่ขึ้นของหัวริดสีดวงทวารหนัก ผู้ป่วยไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล แม้ว่าอาจจะต้องผูกหลายครั้งก็ตาม

การถ่างขยายทวารหนัก

เชื่อว่าริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในมีสาเหตุเนื่องจากมีการพันของเนื้อเยื่อที่หดตัวที่ผนังของลำไส้ตรงส่วนล่าง หรือที่ช่องทวารหนักทำให้การขับถ่ายเป็นไปไม่ปกติ ทำให้เกิดแรงดันเลือดในลำไส้ตรงสูงกว่าปกติในขณะที่เบ่งถ่าย ทำให้เกิดการคั่งของเลือดในหลอดเลือดดำเชื่อว่าการทำลายการพันของเนื้อเยื่อที่หดตัวนี้เสียโดยการถ่างขยายทวารหนักจะเป็นการช่วยรักษาริดสีดวงทวารหนักได้

การจี้ด้วยความร้อน

เป็นวิธีที่ใช้กันมาแต่โบราณกาลและได้รับการดัดแปลงเรื่อยมา ปัจจุบันนี้ได้รับความนิยมน้อยลง แม้ว่าจะมีผู้ใช้กันอยู่และอ้างว่าได้ผลดีก็ตาม

การจี้ด้วยความเย็น

การจี้ริดสีดวงทวารหนักด้วยความเย็นจัดเป็นวิธีล่าสุดที่ใช้กันอยู่โดยอาศัยหลักการใช้ความเย็นจัดจี้ที่หัวริดสีดวงทวารหนัก ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ

### 3.2 แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวความคิดของกอร์ดอน
2. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็ม (Orem)

## 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปผลการศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 39 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร อาชีพค้าขาย ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 ให้ประวัติว่า 4 ปี ก่อนมาโรงพยาบาลมีก้อนเนื้อยื่นออกจากทวารหนักเวลาถ่ายอุจจาระไม่เจ็บที่ก้อน ก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ ช้าๆ จนเวลาถ่ายเสร็จจะดันกลับเข้าไปได้ ถ่ายอุจจาระแล้วมีเลือดสีแดงสดหยดตามหลัง ไม่เจ็บที่ทวารหนัก ไม่มีท้องผูกสลับท้องเสีย 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลรู้สึกปวดบริเวณก้อนที่ทวารหนัก เป็นตลอดเวลา จึงมาพบแพทย์ แพทย์ทำการตรวจทวารหนักด้วยเครื่องถ่างขยายทวารหนัก (proctoscope) พบก้อนเนื้อขนาดใหญ่อยู่บริเวณขอบช่องทวารหนัก แพทย์จึงรับไว้เป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในวันที่ 26 เมษายน 2550 ( HN:19869-50 , AN:9468-50 ) และวางแผนทำการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก (hemorrhoidectomy) ในวันที่ 30 เมษายน 2550 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรงและโรคทางพันธุกรรมใดๆ การตรวจร่างกายผู้ป่วย รูปร่างสมส่วน ผิวขาว พบก้อนเนื้อโผล่ยื่นออกมาจากทวารหนักเห็นก้อนเนื้อชัดเจนมากขึ้น อยู่บริเวณขอบช่องทวารหนัก การตรวจ

ร่างกายในระบบอื่น ๆ ไม่พบความผิดปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ คือ ค่าความเข้มข้นของเลือด 36%(เกณฑ์ปกติ 36 – 42%) เม็ดเลือดขาว 10,000 cells/cumm(เกณฑ์ปกติ 5,000 – 10,000 cells/cumm) เกล็ดเลือด 361 THSD/cumm (เกณฑ์ปกติ 140 – 450 THSD/cumm) ผลการตรวจเคมีคลินิกปกติ BUN 8 mg/dl(เกณฑ์ปกติ 8 – 20 mg/dl) Creatinine 0.9 mg/dl (เกณฑ์ปกติ 0.8 – 2 mg/dl) anti HIV non-reactive

จากการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล จากการพูดคุยผู้ป่วยกลัวการผ่าตัดและไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน ได้แนะนำตนเองแก่ผู้ป่วย แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานที่ในหอผู้ป่วย กฎระเบียบต่าง เช่น การเยี่ยมของญาติ ค่ารักษาพยาบาล พูดคุยอย่างเป็นกันเองและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาข้อใจและระบายความรู้สึกที่มีต่อการรักษาพยาบาลและการผ่าตัดเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวลในการอยู่โรงพยาบาล อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการผ่าตัด อธิบายขั้นตอนการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และวิธีการผ่าตัดพอสังเขป เช่น การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความสะอาดบริเวณฝีเย็บและทวารหนัก โดยการขลิบขนรอบทวารหนักเย็นวันก่อนผ่าตัด และทำความสะอาดบริเวณทวารหนักด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหลังขลิบขนรอบทวารหนักและเข้าวันก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยต้องงดน้ำ อาหารทางปาก ทุกชนิดหลังเวลา 24.00 น. เข้าวันผ่าตัดพยาบาลจะสวนล้างทวารหนักให้โดยใช้ลูกสวนอุจจาระ (unema fleet) เพื่อเตรียมลำไส้ส่วนปลายให้สะอาดและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักวันจันทร์ที่ 30 เมษายน 2550 เวลา 8.00น. ให้ยาระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง(spinal block) ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวแต่จะชาตั้งแต่ระดับเอวถึงเท้า จะใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 1 ชั่วโมง หลังจากผ่าตัดเสร็จจะย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดมานอนเพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดประมาณ 1-2 ชั่วโมง ถ้าสัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีก็จะย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยเดิม หลังผ่าตัดในระยะแรกผู้ป่วยจะรู้สึกขาที่ชา ให้ผู้ป่วยนอนราบหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการรั่วจากรอยที่เกิดจากการให้ยาระงับความรู้สึกเข้าไขสันหลัง ผู้ป่วยอาจเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะได้เป็นอาการข้างเคียงของยาระงับความรู้สึกแล้วเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้ป่วยเข้าใจในคำอธิบายและมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยมีอาการปวดทวารหนัก หลังถ่ายอุจจาระจะปวดมากขึ้นเนื่องจากริดสีดวงบวมเป็นก้อนใหญ่ ปวดระดับ 7 ผู้ป่วยมีหน้ามืดวิงเวียน นอนงอตัว ได้พูดคุยปลอบประโลม ให้แช่ก้นด้วยน้ำอุ่น 10 – 15 นาที เข้าและเย็น ให้ยาบรรเทาปวดชนิดฉีดตามแผนการรักษาคือ เพทิดิน 50 มิลลิกรัมเข้ากล้ามเนื้อ หลังจากให้ยาบรรเทา 1 ชั่วโมงผู้ป่วยมีอาการปวดทุเลาลงเป็นระดับ 3

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักในวันที่ 30 เมษายน 2550 เข้าห้องผ่าตัดเวลา 8.30 น. ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยมีความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/70 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท เสียเลือดในการผ่าตัด 20 มิลลิตรแผลผ่าตัดที่ทวารหนักเป็นแผลเย็บ ซึ่งเย็บด้วยไหมละลาย ปิดด้วยก๊อชหุ้มสำลีไว้ ใ้รับยาระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง ในระหว่างที่ใช้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ใช้เวลาผ่าตัดประมาณ 30 นาที ผ่าตัดเสร็จเวลา 9.20น. ออกจากห้องผ่าตัดเวลา 9.30น. ระหว่างอยู่ในห้องพักฟื้น

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ขำยังขาทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนและเวียนศีรษะ แผลที่ทวารหนักไม่มีเลือดซึม ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 119/56 – 125/67 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 62 – 64 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาทีและย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดมาหผู้ป่วยเวลา 10.30น. สัญญาณชีพหลังจากกลับมาถึงหอผู้ป่วยอุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 50 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129/70 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี ขำขาทั้ง 2 ข้าง ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Ringer Lactate Solution 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันแรก วันที่ 30 เมษายน 2550 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/77 มิลลิเมตรปรอท ขาทั้งสองข้างหายชา ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอยู่ในระหว่างนอนราบหลังผ่าตัด รู้สึกปวดปัสสาวะแต่ปัสสาวะไม่ออกเพราะไม่เคยชินกับการนอนถ่ายปัสสาวะบนหมอนอนและเป็นผลข้างเคียงของยาระงับความเจ็บปวดที่ได้รับ จึงให้ผู้ป่วยลุกนั่งปัสสาวะและใช้น้ำเย็นบริเวณต้นขา ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้แต่ยังลำบากให้ผู้ป่วยนอนราบต่อ มีแผลที่ทวารหนักลักษณะแผลบวมแดง มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1.5 เซนติเมตร มีเลือดซึมเล็กน้อย ได้ทำความสะอาดแผลโดยเช็ดรอบ ๆ แผลด้วย 70% แอลกอฮอล์และเช็ดแผลด้วย 0.9% Normal saline จนสะอาดแล้วปิดด้วยผ้าก๊อชหุ้มสำลี ผู้ป่วยมีอาการปวดแผล ประเมินระดับความปวดโดยการซักถาม วัดระดับความปวดโดยใช้มาตรฐานของความปวดเป็นตัวเลข (Numeric rating scale) ได้ระดับ 8 และหน้านิ้วนิ้วขมวด ให้การพยาบาลด้วยการพูดคุยให้กำลังใจและให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดชนิดฉีด คือ เพทริดีน 50 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อตามแผนการรักษา และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ประเมินอาการหลังให้ยาบรรเทาความเจ็บปวด 1 ชั่วโมง อาการปวดลดลงเป็นระดับ 6 หลังจากให้ยาบรรเทาปวด 3 ชั่วโมงผู้ป่วยมีอาการปวดแผลระดับ 7 มีอาการหน้านิ้วนิ้วขมวดและร้องไห้ ได้พูดคุยปลอบประโลม พูดคุยให้กำลังใจ และให้ยาบรรเทาปวดชนิดฉีดคือ ทรามอล 50 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อตามแผนการรักษา หลังฉีดยา 1 ชั่วโมงอาการปวดลดลงเป็นระดับ 5 ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/67 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังให้ยา

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดครั้งที่ 2 วันที่ 1 พฤษภาคม 2550 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/75 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้ดี แผลที่ทวารหนักบวมเล็กน้อย มีน้ำเหลืองซึมแผลเล็กน้อยและมีอาการปวดแผลระดับ 4 ให้ผู้ป่วยแช่กันด้วยน้ำอุ่น 10 – 15 นาที เช้าและเย็นก่อนทำแผลจะช่วยบรรเทาอาการปวด เพิ่มการไหลเวียนของเลือดบริเวณแผล ช่วยลดอาการบวมและแผลหายเร็วขึ้น ผู้ป่วยสามารถแช่กันด้วยน้ำอุ่นได้ ไม่มีเลือดออกขณะแช่กัน และอาการปวดลดลงเป็นระดับ 3 หลังผู้ป่วยแช่กัน ได้ทำความสะอาดแผลและปิดด้วยผ้าก๊อชหุ้มสำลีไว้และดูแลให้ได้รับประทานยาบรรเทาปวดคือ ทรามอล 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร



การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดครั้งที่ 3 วันที่ 2 พฤษภาคม 2550 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 70 ครั้งต่อนาที แผลของผู้ป่วยบวมเล็กน้อย ยังมีน้ำเหลืองซึม ได้ทำความสะอาดแผลให้หลังจากผู้ป่วยแช่กันด้วยน้ำอุ่น ผู้ป่วยมีอาการอึดอัดท้องเนื่องจากหลังผ่าตัด 2 วัน ยังไม่ถ่ายอุจจาระ รู้สึกอยากถ่ายอุจจาระแต่มีอาการปวดแผลทุกครั้งที่จะถ่าย จึงไม่สามารถถ่ายอุจจาระได้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อย 8 แก้วต่อวัน ให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ซึ่งจะช่วยให้การขับถ่ายดีขึ้น ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามคำแนะนำและให้ผู้ป่วยรับประทานยาช่วยให้อุจจาระนิ่มทำให้ถ่ายอุจจาระได้สะดวกขึ้น คือ อีแอลพี โคล 15 มิลลิกรัม 3 เวลาหลังอาหาร แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดแผลหลังถ่ายอุจจาระโดยล้างและฟอกสบู่ ล้างตามด้วยน้ำจืดสะอาด แล้วซับให้แห้ง ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้ในวันต่อมา

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดครั้งที่ 4 วันที่ 3 พฤษภาคม 2550 สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท แผลของผู้ป่วยยุบบวมลง อาการปวดแผลทุเลาลงมาก สามารถถ่ายอุจจาระได้ปกติ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดมาตรวจ 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายในวันที่ 17 พฤษภาคม 2550 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้ประเมินความรู้ของผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้คำแนะนำที่เหมาะสม พบว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน จึงให้คำแนะนำผู้ป่วยให้แช่กันด้วยน้ำอุ่นวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็นเหมือนขณะอยู่ในโรงพยาบาล สอนวิธีการทำแผลให้ผู้ป่วยและญาติ โดยเมื่อแช่กันเสร็จให้เช็ดด้วยสำลีสะอาดให้แห้งแล้ว เช็ดรอบ ๆ แผลด้วย 70% แอลกอฮอล์ และเช็ดแผลด้วย 0.9 % Normal saline ปิดด้วยผ้าก๊อชหรือจะใช้ผ้าอนามัยก็ได้ แนะนำให้สร้างสุขนิสัยในการขับถ่าย โดยฝึกขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ลดการเบ่งถ่ายอุจจาระ อย่าให้ท้องผูกเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวกล้อง เพื่อเพิ่มกากอาหารและป้องกันท้องผูก ให้ดื่มน้ำขณะท้องว่างในตอนเช้า เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ควรดื่มน้ำเปล่า เบียร์ กาแฟ และถ้าพบว่ามีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีเลือดออกจำนวนมากขณะถ่ายอุจจาระ มีอาการปวดหรือพบว่ามีฝี หนอง ให้รีบมาพบแพทย์โดยเร็ว ให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และมาตรวจตามแพทย์นัดหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยรับทราบและจะปฏิบัติตามคำแนะนำ

หลังจากได้ดูแลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 5 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยได้รับดูแลแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมระยะเวลาในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล 7 วัน แพทย์นัดมาตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 17 พฤษภาคม 2550 เวลา 9.00น. ที่ห้องตรวจศัลยกรรม เมื่อแพทย์ตรวจพบว่าแผลหายดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

## 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

## 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

## 7. ผลสำเร็จของงาน

การให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักได้ศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 7 วันและติดตามเยี่ยมจำนวน 6 ครั้ง พบว่าปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดคือ ผู้ป่วยวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยปัสสาวะลำบากหลังกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยปวดแผลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยแน่นอึดอัดท้องเนื่องจากไม่ถ่ายอุจจาระ พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทำให้การรักษาสัมฤทธิ์ผล

การผ่าตัดและดูแลหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักได้รับความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่าย คือ ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล พยาบาล รวมถึงตัวผู้ป่วยและญาติโดยพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งปัญหาที่พบคือ ปัญหาการปวดแผลหลังการผ่าตัด รักษาโดยการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ การเบี่ยงเบนความสนใจทำให้อาการปวดทุเลาลง ปัญหาการแน่นท้องอึดอัดท้องไม่ถ่ายอุจจาระหลังผ่าตัดวันที่ 3 ได้แนะนำการรับประทานอาหารกากใยสูง การดื่มน้ำและให้รับประทานยาช่วยให้อุจจาระนิ่ม สะดวกต่อการขับถ่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการท้องผูกหลังผ่าตัด ปัญหาที่อาจจะเกิดคือ การติดเชื้อของบาดแผลได้แนะนำการดูแลทำความสะอาด สอนและสาธิตวิธีการทำแผลให้ผู้ป่วยและญาติ หลังจำหน่ายผู้ป่วยดูแลทำความสะอาดแผลจนแผลหายเป็นปกติไม่มีการติดเชื้อ การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การแช่กัน การทำความสะอาดแผล การรับประทานยาต่อเนื่องและการมาตรวจตามแพทย์นัด

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก
2. เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ


จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่าก่อนผ่าตัดในระหว่างรอผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดทวารหนักมากเนื่องจากเป็นริดสีดวงทวารหนักมานาน 4 ปีและมีก้อนขนาดใหญ่ ทำให้ปวดมากหลังถ่ายอุจจาระ ต้องได้รับยาบรรเทาปวดชนิดฉีดจึงจะทุเลาปวดลง และผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด ซึ่งในระหว่างให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยจึงไม่มีสมาธิในการรับฟังและประเมินความรู้เป็นระยะจนผู้ป่วยเข้าใจในคำอธิบาย ในระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง ผู้ป่วยต้องนอนราบหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง ไม่สะดวกในการนอนถ่ายปัสสาวะและจากผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะลำบากและบริเวณทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดมีเส้นประสาทและหลอดเลือดมาเลี้ยงเป็นจำนวนมากซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยปวดแผลมากในระดับ 8 มีอาการทุเลา

เล็กน้อยหลังได้รับยาบรรเทาปวดชนิดฉีด และมีอาการปวดมากระดับ 7 หลังจากฉีดยาบรรเทาปวด 3 ชั่วโมง ต้องให้ยาบรรเทาปวดชนิดฉีดอีกครั้งอาการปวดจึงทุเลาลงและเนื่องจากอาการปวดแผลทำให้ผู้ป่วยไม่อยากถ่ายอุจจาระกลัวจะปวดแผลจึงทำให้มีอาการแน่นอึดอัดท้องเนื่องจากไม่ถ่ายอุจจาระ 2 วัน จึงต้องกระตุ้นให้มีการถ่ายอุจจาระเพราะถ้าท้องผูกผู้ป่วยต้องเบ่งถ่ายอุจจาระ ซึ่งจะทำให้แผลผ่าตัดมีเลือดออกมากได้ และเมื่อผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ ผู้ป่วยต้องล้างทำความสะอาดบริเวณแผลให้สะอาดด้วยสบู่และซับให้แห้ง ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณแผลจึงไม่กล้าล้างถูบริเวณทวารหนักอาจทำให้เกิดภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดได้

#### 10. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่า การดูแลตนเองหลังผ่าตัดครีโอดีดงทวารหนักเป็นเรื่องสำคัญ ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังผ่าตัด การให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ควรให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดพร้อมทั้งให้ออกสารแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ตั้งแต่ก่อนวันผ่าตัดและจัดให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยที่ผ่าตัดแล้วใกล้กลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....  .....

(นางจิรพรรณ ภควัตศิदानนท์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....24...../..... ธันวาคม...../.....2551.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....  .....

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

วันที่.....24...../..... ธันวาคม...../.....2551.....

ลงชื่อ.....  .....

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

วันที่.....24...../..... ธันวาคม...../.....2551.....

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของนางจิรพรรณ ภวัตติตานนท์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว ด้านการพยาบาล  
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 366) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล  
สำนักการแพทย์  
เรื่อง จัดทำสื่อการสอนเรื่องการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก

**หลักการและเหตุผล**

โรคริดสีดวงทวารหนักเป็นโรคที่พบได้บ่อย ซึ่งเกิดจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การเบ่งถ่ายที่ผิดปกติ เช่นภาวะท้องผูกหรือท้องเดิน ถ่ายอุจจาระลำบาก มีก้อนอุจจาระแข็งต้องเบ่งอยู่นาน ๆ เพื่อจะขับอุจจาระที่แข็งออกมา ทำให้เกิดความดันในหลอดเลือดสูงขึ้นเกิดการโป่งพองของกลุ่มหลอดเลือดและทำให้มีการเลื่อนตัวของกลุ่มหลอดเลือดและเยื่อเบรคเลื่อนต่ำลงมา แสดงอาการให้เห็นเป็นก้อนเนื้อโป่งออกมีเลือดออกได้ การรักษาริดสีดวงทวารหนักมุ่งที่จะระงับอาการพร้อมกับป้องกันการเป็นซ้ำ การผ่าตัดยังเป็นการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่หวัริดสีดวงทวารหนักใหญ่และช้อยมากหรือมีเลือดออกมาก ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักที่กลับบ้านไปแล้ว เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น เลือดออกผิดปกติ ท้องผูก และกลับเป็นริดสีดวงทวารหนักซ้ำเนื่องจากยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัดอีกครั้ง ทำให้เสียเวลาในการรักษา เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความรู้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก จึงได้จัดทำสื่อการสอนเรื่องการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก โดยการจัดทำแผ่นพับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักและจัดการสอนสุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม เรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก

**วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย**

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก

**กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ**

การปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก จะช่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

กับผู้ป่วย จากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม กล่าวว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ จึงจัดทำสื่อการสอนในการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก โดยจัดทำเป็นแผ่นพับ เพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้รับไปดูแลตนเองได้ มีวิธีการดังนี้คือ

1. ศึกษาและรวบรวมความรู้เกี่ยวกับโรคริดสีดวงทวารหนัก ได้แก่ ความหมายของโรค สาเหตุการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้หลังการผ่าตัดถ้าปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง วิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดในระยะแรกและวิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. นำเนื้อหาความรู้ที่จะจัดทำเป็นสื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยและแพทย์ประจำหอผู้ป่วยช่วยตรวจสอบว่ามีเนื้อหาที่เหมาะสมหรือไม่

3. นำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะมาทำเป็นเอกสารแผ่นพับ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

4. จัดทำแบบประเมินความรู้เพื่อใช้ประเมินหลังการสอนสุขศึกษา

5. นำแผ่นพับที่จัดทำขึ้นมาทดลองใช้สอนกับผู้ป่วยและญาติ ว่ามีความเข้าใจเนื้อหาในแผ่นพับที่จัดทำขึ้นมากน้อยเพียงใดและปรับปรุงแก้ไข จนสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยได้

6. สื่อสารกับพยาบาลในหอผู้ป่วยให้ทราบถึงวิธีการให้ความรู้กับผู้ป่วยและสอนสุขศึกษาให้กับผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

7. จัดสอนสุขศึกษาเรื่องโรคริดสีดวงทวารหนัก การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก โดยสอนเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มในวันก่อนผ่าตัด ให้แผ่นพับประกอบการสอนกับผู้ป่วยหรือญาติทุกราย และพยาบาลผู้สอนอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาในแผ่นพับอีกครั้ง

8. ประเมินความรู้ผู้ป่วยหลังการสอน โดยพยาบาลอ่านให้ฟังแล้วให้ผู้ป่วยตอบตามความเข้าใจในแบบประเมินที่ได้รับ

9. ให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอีกครั้งในผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าใจ

10. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยโดยการสังเกตว่าผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้องหรือไม่หลังได้รับการผ่าตัด ถ้าไม่ถูกต้องอธิบายผู้ป่วยอีกครั้ง และให้คำแนะนำซ้ำอีกครั้งเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ พร้อมกับย้ำเตือนผู้ป่วยว่าสามารถอ่านบททวนในแผ่นพับได้

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก

**ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก  $\geq 80\%$

ลงชื่อ..........

(นางจิรพรรณ ภักดีศิตานนท์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....24....../.....ธันวาคม...../.....2551...