สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน

ยุวดี บุญเนาว์

2 ธ.ค. 2555 TH 001805 9
301272
เริ่มบริการ
28 พ.ค. 2555

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กันยายน 2554
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ ยุวดี บุญเนาว์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภนกนุช ชื่นเลิศสกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.สุวดี สกุลคู)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชื่น ชีวพูนผล)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภนกนุช ชื่นเลิศสกุล)

..... กรรมการ
(ดร.สุวดี สกุลคู)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ด้วงแพง)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)
วันที่ 7 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2554

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา
จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำภาคต้น ปีการศึกษา 2553

ประกาศคุณูปการ

ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกนุช ชื่นเลิศสกุล และดร. สุวดี สกุลคู กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ให้กำลังใจจนวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณเป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชื่น ชีวพูนผล ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ ด้วงแพง กรรมการสอบปากเปล่า ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชัยภูมิ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูล ที่เสียสละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ขอกุศลที่ท่านได้กระทำบันดาลให้ท่านและครอบครัวมีสุขภาพกายและใจดีและมีความสุขในชีวิต

ขอขอบพระคุณหัวหน้าห้องผ่าตัด เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดทุกท่าน ที่ให้โอกาสและส่งเสริมผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่พิจารณาให้ทุนอุดหนุนการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ พ.ต.ท. อดุลย์ บุญเนาว์ ที่ให้กำลังใจ ปลูกฝังความมานะอดทนบากบั่นแก่ผู้วิจัย ขอบคุณพี่สาว อาจารย์อรุณี กันชัย ที่เป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นผู้กระตุ้นเตือนสติ ให้ผู้วิจัยมีความใส่ใจ พยายามใฝ่หาความรู้อยู่เสมอ ขอบคุณน้องสาว ทันตแพทย์หญิงสุทธิรัตน์ คนสมบูรณ์ ที่ช่วยดูแลบุตรสาวขณะที่ผู้วิจัยมาศึกษาครั้งนี้

ยุวดี บุญเนาว์

51910254: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (พยาบาลศาสตรบัณฑิต)
คำสำคัญ: ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก/ การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

ยุวดี บุญเนาว์: ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน (EXPERIENCES OF PATIENTS UNDERGOING EMERGENCY HEMORRHOIDECTOMY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, พย.ด., สุวดี สกุลดู, Ph.D. 85 หน้า. ปี พ.ศ. 2554.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยในที่ผ่านการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน โดยได้รับการฉีดยาชาทางไขสันหลัง ซึ่งได้ออกจากห้องผ่าตัดไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วย 8 ชั่วโมงเป็นต้นไป (ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน) ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคล หยุดเก็บข้อมูลเมื่อเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล นับจำนวนผู้ให้ข้อมูลได้ทั้งสิ้น 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการให้รหัสและจัดหมวดหมู่ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลตามระยะของการผ่าตัด

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1 ประสบการณ์ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด** ผู้ป่วยประสบกับความเจ็บปวดริดสีดวงทวารหนัก **ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ขณะ ได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด** ผู้ป่วยประสบกับ 1) ความกลัว ได้แก่ กลัววิธีการให้ยาชาทางไขสันหลัง กลัวกระบวนการออกฤทธิ์-การหมดฤทธิ์ของยาชาก่อนการผ่าตัดสิ้นสุด กลัวความไม่ปลอดภัยจากเครื่องมือ อุปกรณ์ และสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด 2) ความอายที่ต้องเปิดเผยตำแหน่งที่เป็นริดสีดวงทวารหนักและอวัยวะเพศ 3) ความรู้สึกไม่สุขสบายกายในกระบวนการผ่าตัด ได้แก่ เจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก ปวดเมื่อยคอและลำตัว **ส่วนที่ 3 ประสบการณ์สิ้นสุดการผ่าตัด** ผู้ป่วยสบายใจที่รู้สึกว่าได้ขจัดริดสีดวงทวารหนักออกไปจากร่างกายแล้ว

ผลการวิจัยบ่งชี้ความจำเป็นที่พยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องดำเนินการประเมินความรู้สึกและปัญหาของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงแต่ละระยะของกระบวนการผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินระดับความปวดของริดสีดวงทวารหนักก่อนการผ่าตัด การประเมินระดับความกลัวในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกและในขณะผ่าตัด เพื่อพยาบาลจะได้สร้างและทดสอบรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ความกลัว ความอายและความไม่สุขสบายกายให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญของการยกระดับคุณภาพการพยาบาลห้องผ่าตัดที่มุ่งการดูแลบุคคลอย่างเป็นองค์รวมสืบไป

51910254: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)
KEYWORDS: PATIENT'S EXPERIENCES/ HEMORRHOIDECTOMY/ EMERGENCY SURGERY

YUWADEE BOONNAO: EXPERIENCES OF PATIENTS UNDERGOING EMERGENCY HEMORRHOIDECTOMY. THESIS ADVISERS: KANOKNUCH CHUNLESTSKUL, D.N.S., SUWADEE SAKULKOO, Ph.D. 85 P. 2011.

This research aimed to describe experiences of the patients undergoing emergency hemorrhoidectomy. The informants were the patients undergoing emergency hemorrhoidectomy, with receiving spinal anesthesia. They had been recovering from surgery at the ward for 8 hours or more (before discharging home). Qualitative research design was adopted; and the in-depth-individual interviews were used for the data collections. After the data saturation, there were 10 participated patients in this study. The obtained data were then coded and categorized into theme and sub-theme based on 3 different operative phases.

The findings revealed that the experiences of the patients undergoing emergency hemorrhoidectomy were divided into 3 categories. Experience 1: before receiving the spinal block and the surgery, the participants had hemorrhoid pain. Experience 2: receiving the spinal block and the surgery, they presented 1) fear of the spinal block procedure; the loss of effect of the spinal block before the surgery came to an end; and hazard from equipments and environment in the operating room, 2) embarrassment of being exposed the genital area, 3) having physical discomfort during the surgery. Experience 3: at the end of the surgery, the participated patients felt relieved after knowing that the hemorrhoid had been removed.

The findings indicated the necessity for operating room nurses to evaluate the patients' feelings and problems regarding each phase of the surgical process, especially the assessment on the level of hemorrhoid pain before the surgery, the level of fear during receiving the spinal block and the surgery in order to develop and test the nursing interventions for the case of emergency hemorrhoidectomy to reduce the pain, the fear, the embarrassment, and the physical discomfort. This would lead to the quality enhancement of the operation rooms nursing that emphasis on holistic individual cares.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... จ

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

บทที่

1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

ฐานแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย 4

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

คำถามการวิจัย 5

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย 5

ขอบเขตของการวิจัย 5

นิยามศัพท์ 6

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 7

การพยาบาลในห้องผ่าตัดและบทบาทพยาบาลผ่าตัด 7

การผ่าตัดแบบฉุกเฉินและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน 11

ริดสีดวงทวารหนัก การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินและการพยาบาล 15

3 วิธีดำเนินการวิจัย 24

ผู้ให้ข้อมูล 24

สถานที่ศึกษา 24

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัย 26

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย 27

ระยะที่ 3 การเขียนรายงานการวิจัย 32

สรุปกระบวนการดำเนินการวิจัย 33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	ผลการวิจัย	34
	ส่วนที่ 1 ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล	34
	ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน	37
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	55
	สรุปผลการวิจัย	55
	อภิปรายผลการวิจัย	56
	ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้ผลการวิจัย	64
บรรณานุกรม		67
ภาคผนวก		71
	ภาคผนวก ก	72
	ภาคผนวก ข	77
	ภาคผนวก ค	79
ประวัติย่อของผู้วิจัย		85

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล 35

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลห้องผ่าตัดในบริบทปัจจุบัน ได้มีจุดเริ่มมาจากการให้ความสำคัญและมุ่งเน้นที่เทคนิคการทำผ่าตัด จากนั้นจึงพัฒนามาสู่การดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งพยาบาลผ่าตัดจำเป็นต้องพัฒนาบทบาทของตนเองไปให้ทันกับการพัฒนาดังกล่าว เมื่อประกอบกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการผ่าตัดมีความรุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว แพทย์สามารถคิดค้นการทำผ่าตัดที่มีความทันสมัย และให้บริการผ่าตัดโรคหรือความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนได้อย่างประสบความสำเร็จ รวมทั้งมีแรงผลักดันจากความต้องการของสังคม รวมถึงผู้รับบริการที่มีความต้องการการบริการพยาบาลเฉพาะทางหรือพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีคุณภาพมากขึ้น ได้ส่งผลทำให้การพยาบาลในห้องผ่าตัด จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาตามความคาดหวังของสังคมและความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เข้าถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น (McGarvey, Chambers, & Boore, 2004)

สืบเนื่องจากความเป็นจริงและธรรมชาติของการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีเวลาอยู่ในห้องผ่าตัดเพียงระยะสั้นและพยาบาลผ่าตัดจะต้องกระจายกันออกไปทำหน้าที่อื่น ๆ ของตนเอง พยาบาลผ่าตัดจึงมีเวลาในการอยู่ดูแลผู้ป่วยในช่วงก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเพียงแค่ 5-10 นาทีต่อบุคคล ซึ่งจะไม่ค่อยได้พบว่ามีพยาบาลผ่าตัดมากกว่าหนึ่งคนร่วมกันดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงที่กำลังได้รับการทำผ่าตัดอยู่ก็ตาม และจากการที่การพยาบาลผ่าตัดมีพื้นฐานมาจากการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านการแพทย์ พยาบาลผ่าตัดส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่การทำงานให้สำเร็จลุล่วงอย่างปลอดภัยด้วยความรวดเร็วและรีบเร่ง ซึ่งอาจส่งผลให้พยาบาลผ่าตัดใช้เวลาน้อยกับผู้ป่วยที่รู้สึกตัว เพราะผู้ป่วยที่รู้สึกตัวมักต้องการพูดคุยและจะใช้เวลาของพยาบาลผ่าตัดมาก ทำให้พยาบาลผ่าตัดไปทำงานเอกสารหรือตระเตรียมงานอื่น ๆ ล่าช้า ส่งผลกระทบสืบเนื่องให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณค่าการดูแลและสิทธิของผู้ป่วย ยังไม่เกิดขึ้นจริง (McGarvey et al., 2004)

ที่สำคัญ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในช่วงของการผ่าตัด มักจะอยู่ภายใต้มุมมอง การตัดสิน และการบันทึกการพยาบาลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วม (Westerling & Bergbom, 2008) เป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแลเป็นรายบุคคลแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นเหตุให้กิจกรรมการพยาบาลเกือบทั้งหมด ถูกจำกัดอยู่เพียงระดับการปฏิบัติการทางเทคนิค และอาจเป็นส่วนหนึ่ง

ของสาเหตุที่ทำให้ความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองอย่างครอบคลุม (McGarvey et al., 2004)

ต่อมา เมื่อมีนโยบายให้มีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ประเมินความต้องการ ให้ข้อมูล ให้ความมั่นใจและความสุขสบายกับผู้ป่วย โดยเชื่อว่าการเยี่ยมก่อนผ่าตัดเป็นกลยุทธ์สำคัญ สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัด เพราะเป็นการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดกับปัจจัยเงื่อนไขหลังผ่าตัด เช่น การเยี่ยมก่อนผ่าตัดช่วยลดระยะเวลาการพักฟื้นและการบรรเทาความเจ็บปวดเป็นต้น แต่ก็พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 25 ที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ทั้งนี้เพราะภาระงานของพยาบาลผ่าตัดที่มีมาก นำไปสู่ความอ่อนล้าและมีแรงจูงใจไม่เพียงพอ กล่าวคือ ภาระงานที่มีมากทำให้ไม่สามารถไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้ พยาบาลรู้สึกติดขัดอยู่กับการปฏิบัติงานในหน้าที่หลักของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีผู้ป่วยจำนวนมากอยู่ในตารางการผ่าตัด และหากประกอบกับการมีเจ้าหน้าที่ลาป่วย ลากิจก็จะเหลือเฉพาะเจ้าหน้าที่หลักอยู่ปฏิบัติงานเท่านั้น ทำให้การไปเยี่ยมผู้ป่วยเป็นไปอย่างจำกัด เพราะมีงานการผ่าตัดที่มีความสำคัญและเร่งด่วนมากกว่า (McGarvey et al., 2004)

โดยเฉพาะในกรณีของการทำผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ได้เตรียมร่างกายและจิตใจตนเองมาล่วงหน้า ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัวทั้งกับโรคที่ได้รับการวินิจฉัย และการตัดสินใจรับการรักษาด้วยการผ่าตัดไปพร้อมกันภายใต้เวลาที่จำกัด ผู้ป่วยจึงมักตกใจ กังวลใจ กลัว และอาจจะไม่พร้อมที่จะรับฟังคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยถูกรุมเร้าด้วยปัญหาและความรู้สึกกดดันรอบด้าน ซึ่งมีรายงานการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกทรมานจากความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดถึงร้อยละ 62 (Malek, Ctrnaeto, & Kurzova, 2004) เมื่อประกอบกับความจริงที่ว่า ตัวของผู้ป่วยเท่านั้นที่จะเป็นผู้ควบคุมความคิด ความรู้สึกกลัว และหวาดวิตกของตนเอง (Westerling & Bergbom, 2008) ดังนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินขาดข้อมูลก่อนผ่าตัดหรือได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัดและไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด (Demir, Donmez, Ozsaker, & Diramali, 2008; Gilmartin & Wright, 2008) นำไปสู่การเกิดปัญหาและอุปสรรคภายในระหว่างการผ่าตัดในห้องผ่าตัดได้มากกว่าผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดตามกำหนดนัด

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน อาจทำให้ผู้ป่วยมีความตึงเครียดสูงกว่าการผ่าตัดอื่นที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เพราะการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักเป็นการผ่าตัดที่ใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวดี สามารถรับรู้เหตุการณ์แวดล้อมและเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความหวาดวิตกและทุกข์ใจกับขั้นตอนและกิจกรรมการผ่าตัด และการที่จะต้องอยู่ในสภาพที่ไม่คุ้นเคยของห้องผ่าตัด บุคลากรที่แปลกหน้า ตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมถึงอุณหภูมิภายในห้องผ่าตัด เสียงและเรื่องราว

การพูดคุยระหว่างบุคคลากร ตลอดจนกลิ่นไหม้ที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า (Mauleon et al., 2007)

นอกจากนี้ การได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ด้วยการฉีดยาชาเข้าที่ไขสันหลังเพื่อจัดการกับความรู้สึกเจ็บปวดขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด (O'Sullivan & Dexter, 2006) จะส่งผลให้ร่างกายส่วนท่อนบนตั้งแต่เอวขึ้นไปถึงศีรษะสามารถเคลื่อนไหวได้ ส่วนร่างกายท่อนล่างตั้งแต่เอวลงไปถึงปลายเท้าทั้งสองข้าง เกิดอาการชา หนัก ไม่สามารถยกหรือขยับได้ คล้ายขาทั้งสองข้างหายไปจากความรู้สึก ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกกลัวการเป็นอัมพาต อาจมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม อาการคลื่นไส้และอาเจียนร่วมด้วย (Gilmartin & Wright, 2008) เนื่องจากผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ

อนึ่ง ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก จะต้องนอนคว่ำอยู่บนเตียงผ่าตัดที่แคบ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัยและไม่สุขสบาย อีกทั้งการนอนคว่ำในท่าเดียวเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการกดทับหน้าอก (Mauleon et al., 2007) ทำให้หายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอายุมากและมีโรคของระบบทางเดินหายใจอยู่ก่อน

ยิ่งกว่านั้น ท่าผ่าตัดที่นอนคว่ำอยู่นี้ ยังต้องได้รับการจัดให้ศีรษะและขาทั้งสองข้างของผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่าลำตัว เพื่อยกตำแหน่งทวารหนักให้เห็นได้ชัด ผู้ป่วยมักรู้สึกอับอายที่ต้องเปิดเผยอวัยวะที่อยู่ในที่ลับของตนเองให้แพทย์และพยาบาลเห็น และในขั้นตอนการฟอกทำความสะอาดตำแหน่งผ่าตัด ที่ต้องทำมีการขัดถูแรงและนานกว่าธรรมดา (ปริญญา ทวีชัยการ, 2544) ตลอดจนการฉีดยาชาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดในช่วงก่อนที่ยาชาจะออกฤทธิ์ และการดึงรั้งต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกแน่นอึดอัดเหล่านี้ อาจเพิ่มความตึงเครียดทางจิตใจให้กับผู้ป่วยให้มากขึ้นไปอีกได้ (Mauleon et al., 2007)

อย่างไรก็ตาม จากวรรณกรรมได้พบว่ามีข้อมูลที่ขัดแย้งกัน กล่าวคือ ในขณะที่มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งประสบกับความรู้สึกหวาดกลัวอย่างมากจากการผ่าตัด แต่กลับพบว่ามีผู้ป่วยบางคนรู้สึกเสมือนหนึ่งว่าตนเองได้รับการต้อนรับ การเอาใจใส่ ปลอดภัยและประทับใจ เนื่องจากรู้สึกว่าตนได้รับการดูแลอย่างมีส่วนร่วมในกระบวนการผ่าตัด อย่างไม่ได้รู้สึกว่าตนได้รับการปฏิบัติราวกับเป็นเพียงแค่วัตถุเท่านั้น ซึ่งหมายถึงว่าความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลากหลายประการและการผ่าตัดไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทุกคนในลักษณะเดียวกัน (Westerling & Bergbom, 2008)

การที่พยาบาลผ่าตัดจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพสูงนั้น เป็นงานที่มีความซับซ้อน ซึ่งนอกจากพยาบาลผ่าตัดจะต้องพัฒนาสมรรถนะของตนในด้านการดูแลเครื่องมือให้รุดหน้าเท่าทันเทคโนโลยีการทำผ่าตัดของแพทย์แล้ว (McGarvey et al., 2004) ก็ยังจำเป็นต้องคำนึงถึง

ประสบการณ์การผ่าตัดของผู้ป่วย เพื่อพยาบาลผ่าตัดจะได้มีความเข้าใจประสบการณ์ขณะผ่าตัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในบริบทสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาในผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ยังไม่ได้มีการศึกษาไว้

ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินตามมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง โดยเริ่มจากช่วงที่ผู้ป่วยเข้าสู่ประตูห้องผ่าตัด คือ ผู้ป่วยย้ายจากรถนอนรับ-ส่งผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมเปลี่ยนถ่ายสู่รถนอนของห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นจุดเริ่มของการที่ผู้ป่วยต้องแยกตัวจากญาติและสภาพแวดล้อมภายนอก เพื่อเข้าสู่สภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคย ได้รับการเตรียมผ่าตัดและรับการผ่าตัดจนกระทั่งสิ้นสุดผ่าตัดและเตรียมส่งผู้ป่วยออกจากห้องที่ใช้ทำผ่าตัดเพื่อไปยังห้องพักฟื้น โดยการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยนี้ คาดว่าจะได้ข้อมูลเบื้องต้นที่ช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินในบริบทไทย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการนำไปเป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินให้สอดคล้องกับประสบการณ์การผ่าตัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่แท้จริงของผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลที่ได้ยังสามารถเป็นองค์ความรู้ในการสอนและการฝึกอบรมพยาบาลผ่าตัดให้มีความเข้าใจผู้ป่วย เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารการพยาบาลในการบริหารทรัพยากรให้เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ที่มารับการผ่าตัดให้เหมาะสมกับความเป็นปัจเจกบุคคลและความเป็นมนุษย์องค์รวม ตลอดจนเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจในการทำวิจัยต่อยอด เพื่อปกป้องศักดิ์ศรี บรรเทาความทุกข์และส่งเสริมสุขภาวะของผู้ป่วยขณะรับการผ่าตัดอยู่ในห้องผ่าตัดร่วมด้วย

ฐานแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยมีความไวเชิงทฤษฎีในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 แนวคิด ได้แก่ 1) การพยาบาลในห้องผ่าตัดและบทบาทพยาบาลผ่าตัด 2) การผ่าตัดแบบฉุกเฉินและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน 3) ริดสีดวงทวารหนัก การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินและการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน มีอะไรบ้างอย่างไร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่จะทำให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

ด้านการบริการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการออกแบบการพยาบาลผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักในระหว่างที่เข้ารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

ด้านการศึกษา ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นสาระสำหรับการสอนให้แก่นักศึกษาพยาบาล การอบรมพยาบาลประจำห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักในระหว่างที่เข้ารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

ด้านการวิจัย ผลการวิจัยสามารถนำมาเป็นแนวทางในการวิจัยต่อยอดเพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักในระหว่างที่เข้ารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

ด้านการบริหาร ผลการวิจัยสามารถนำมาเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการจัดสรรทรัพยากรสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักในระหว่างที่เข้ารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินโดยได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง เริ่มจากช่วงที่ผู้ป่วยเข้าสู่ประตูห้องผ่าตัด คือ ผู้ป่วยย้ายจากรถนอนรับ-ส่งผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมเปลี่ยนถ่ายสู่รถนอนของห้องผ่าตัดจนกระทั่งออกจากห้องผ่าตัด เพื่อไปที่ห้องพักฟื้นโดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นวิธีการหลักในการรวบรวมข้อมูล คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลครั้งแรก ด้วยวิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) หลังจากนั้นคัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลทำการให้รหัสเชิงทฤษฎี จนกระทั่งได้ข้อมูลที่อิ่มตัว โดยเริ่มทำการเก็บข้อมูลครั้งแรก เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2554 นับจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 คน

นิยามศัพท์

ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน หมายถึง ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ การกระทำที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักในสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด โดยเริ่มจากช่วงที่ผู้ป่วยเข้าสู่ประตูห้องผ่าตัด ย้ายจากรถนอนภายนอกห้องผ่าตัด เพื่อเปลี่ยนถ่ายสู่รถนอนของห้องผ่าตัดและย้ายสู่เตียงผ่าตัด ได้รับการเตรียมผ่าตัดและรับการผ่าตัดจนกระทั่งสิ้นสุดผ่าตัดและเตรียมส่งผู้ป่วยออกจากห้องที่ใช้ทำผ่าตัด เพื่อไปยังห้องพักฟื้น ซึ่งสามารถสืบค้นได้โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นรายบุคคล ด้วยแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้ป่วยจะได้รับการทาบทามเพื่อขอความร่วมมือให้เป็นผู้ให้ข้อมูล ภายหลังออกจากห้องผ่าตัดและได้พักฟื้นที่หอผู้ป่วยเป็นเวลานาน 8 ชั่วโมงเป็นต้นไปก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเพื่อเป็นฐานความไวเชิงทฤษฎีในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการทำวิจัยเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ดังนี้

1. การพยาบาลในห้องผ่าตัดและบทบาทพยาบาลผ่าตัด
2. การผ่าตัดแบบฉุกเฉินและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน
3. ริดสีดวงทวารหนัก การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินและการพยาบาล

การพยาบาลในห้องผ่าตัดและบทบาทพยาบาลผ่าตัด

การพยาบาลในห้องผ่าตัด (Perioperative Nursing)

การพยาบาลในห้องผ่าตัดเป็นการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ตึกผ่าตัด ตั้งแต่รับผู้ป่วยมาจากหอผู้ป่วยและส่งกลับหอผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเสร็จเรียบร้อย การพยาบาลผ่าตัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งทุกระยะของการผ่าตัดมีการพยาบาลผู้ป่วยที่แตกต่างกันและมีส่วนร่วมในการทำงานของทีมสุขภาพ (เรณู อาจสาลี, 2550) รวมทั้งพยาบาลผ่าตัดต้องดูแลสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดให้ปลอดภัยและป้องกันผู้ป่วยจากอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น (McGarvey et al., 2004)

1. การพยาบาลแรกรับผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด

เมื่อแรกรับผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดแล้ว พยาบาลผ่าตัดต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยดังต่อไปนี้ (เรณู อาจสาลี, 2550)

1.1 โดยให้การต้อนรับ ทักทายอย่างเป็นกันเอง ซักถาม พูดคุย เพื่อประเมินสภาพจิตใจและความวิตกกังวล อธิบายให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยให้เข้าใจ ด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส

1.2 ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถนอนที่ไปรับมาจากหอผู้ป่วยมาที่รถนอนของห้องผ่าตัด

1.3 ตรวจดูชื่อ นามสกุลผู้ป่วย ประเภทการผ่าตัด เวลาที่ผ่าตัด ศัลยแพทย์ให้ถูกต้องตามตารางการผ่าตัด รายงานประจำตัวผู้ป่วยและผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกัน เพื่อความถูกต้องและป้องกันความผิดพลาดอันอาจจะเกิดขึ้น

1.4 ตรวจใบเซนต์อนุญาตยินยอมให้ทำผ่าตัด

1.5 สำรวจสิ่งที่ต้องนำมาพร้อมกับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยให้ครบถ้วนตามต้องการ

1.6 ประเมินสภาพความพร้อมที่จะผ่าตัดของผู้ป่วย ดังนี้

1.6.1 การงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด

1.6.2 การปัสสาวะก่อนมาห้องผ่าตัด

1.6.3 ความสะอาดของร่างกายทั่วไปและการเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัด

1.6.4 ตรวจดูสิ่งที่ไม่ควรติดตัวผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด ถ้าตรวจพบต้องเอาออก เช่น ฟันปลอม อวัยวะเทียม แว่นตาและของมีค่าต่าง ๆ

1.7 นำผู้ป่วยไปนอนรอที่รถนอนของห้องผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด (Waiting Room)

2. การพยาบาลผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด

ขณะผู้ป่วยรอผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังต่อไปนี้ (เรณู อาจสาลี, 2550)

2.1 ไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง จัดสภาพแวดล้อมบริเวณห้องรอทำผ่าตัดให้เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน พยาบาลผ่าตัดไม่พูดคุยกันเสียงดังบริเวณที่ผู้ป่วยนอนรอทำผ่าตัด

2.2 ปรับอุณหภูมิภายในห้องให้เหมาะสม ห่มผ้าให้ผู้ป่วยทุกราย

2.3 ให้ข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึก วิธีการผ่าตัด ท่าที่ทำผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผ่อนคลาย (Westerling & Bergbom, 2008)

2.4 ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประวัติส่วนตัวผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยจากแฟ้มรายงานของผู้ป่วย และจากการซักประวัติผู้ป่วยโดยตรง

2.5 พยาบาลผ่าตัดมีส่วนร่วมในการจัดท่าเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลัง (Spinal Block) โดยวิสัญญีแพทย์ ซึ่งจะจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนตะแคงข้างใดข้างหนึ่ง ก้มศีรษะลงชิดหน้าอก ขาทั้งสองข้างงอชิดหน้าอก นอนนิ่ง มีเจ้าหน้าที่หนึ่งคนจับศีรษะไว้ เมื่อวิสัญญีแพทย์ฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังเสร็จแล้วจะจัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย วิสัญญีแพทย์จะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยว่ายาชาจะทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกส่วนท่อนล่างของร่างกายตั้งแต่เอวถึงปลายเท้าทั้งสองข้าง จะเริ่มมีความรู้สึกว่าขาทั้งสองข้างชา หนัก ยกไม่ขึ้น ปราศจากความเจ็บปวดขณะทำผ่าตัด แต่ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลา ขณะที่ทำผ่าตัดและยาชาที่ฉีดจะออกฤทธิ์อยู่นานประมาณ 2 ชั่วโมง (O'Sullivan & Dexter, 2006) เมื่อห้องที่ใช้ทำผ่าตัดว่างจึงนำผู้ป่วยเข้าห้องที่ใช้ทำผ่าตัดเพื่อทำผ่าตัดต่อไป

3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด

เมื่อย้ายผู้ป่วยเข้าห้องที่ใช้ทำผ่าตัด การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถนอนมาที่เตียงผ่าตัดจะต้องระมัดระวังไม่ให้สายเลื่อนหลุด

การสัมผัสกับบรรยากาศอุณหภูมิภายในห้องผ่าตัดที่ต่ำ ทำให้รู้สึกหนาวเย็นมาก พยาบาลผ่าตัดต้องดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยหรือปรับอุณหภูมิภายในห้องที่ใช้ทำผ่าตัดให้อบอุ่น เพื่อร่างกายผู้ป่วยจะได้สามารถปรับสภาพก่อนเริ่มทำผ่าตัด ความเงียบภายในห้องที่ใช้ทำผ่าตัดทำให้ได้ยินเสียงสภาพแวดล้อมรอบตัว (Ying, Levy, Shan, Hung, & Wah, 2001) ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่อยู่นั้น ผู้ป่วยจะมีอาการชา หนัก คล้ายขาทั้งสองข้างหายไปจากความรู้สึก แต่ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลา พยาบาลผ่าตัดจำเป็นต้องอยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยตลอดเวลาขณะที่ผู้ป่วยอยู่ภายในห้องที่ใช้ทำผ่าตัด ให้การพยาบาลแบบสัมผัสจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและใจสงบเย็น (Westerling & Bergbom, 2008) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการจัดท่าและการทำผ่าตัด เพื่อลดการเกิดปัญหาและอุปสรรคภายในระหว่างการทำผ่าตัดได้

พยาบาลผ่าตัดมิใช่บุคคลที่เพียงแต่จะส่งเครื่องมือผ่าตัดเป็นและดูแลรักษาเครื่องมือให้มีพร้อมใช้เท่านั้น แต่มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างเสมอภาคทั่วถึงและมีหน้าที่ช่วยทำให้การผ่าตัดสำเร็จ บรรลุเป้าหมายได้ผลดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ฟื้นหายอย่างรวดเร็วและคุ้มค่าคุ้มเวลาตั้งแต่เริ่มเข้ามาในห้องผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายออกจากห้องผ่าตัด บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผ่าตัดมีดังนี้

บทบาทพยาบาลผ่าตัด (Roles of Perioperative Nurse)

1. พยาบาลช่วยรอบนอก (Circulating Nurse)

บทบาทพยาบาลช่วยรอบนอก เป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลผ่าตัด ที่จะต้องประเมินผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด วางแผนสำหรับให้การดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุดระหว่างการทำผ่าตัด ประสานงานกับบุคลากรทุกคนในห้องผ่าตัด ตรวจสอบอย่างถี่ถ้วนในเรื่องของการเซ็นยินยอมผ่าตัด เป็นผู้ควบคุมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในห้องผ่าตัด พยาบาลช่วยรอบนอกไม่ต้องสวมเสื้อคลุมปลอดเชื้อ สามารถเข้า-ออกในห้องที่ใช้ทำผ่าตัดได้ ดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด และเป็นผู้มีบทบาทในระหว่างผ่าตัด (เรณู อาจสาลี, 2550)

1.1 ระยะก่อนผ่าตัด

ทำการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย มีการประเมินความต้องการ การให้ข้อมูล การให้ความมั่นใจ และความสุขสบายกับผู้ป่วย ที่สำคัญการเยี่ยมเป็นการเตรียมผู้ป่วยรายบุคคลก่อนที่จะทำการผ่าตัด รวมทั้งเป็นกิจกรรม การพยาบาลที่สร้างความประทับใจต่อผู้ป่วย เพราะส่งผลทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและความยุ่งยากต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในช่วงก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ตลอดจนช่วยให้เกิดความผาสุกหลังผ่าตัดและฟื้นหายเหมือนเดิมได้อย่างรวดเร็ว (Westerling & Bergbom, 2008)

1.2 ระยะผ่าตัด

พยาบาลช่วยรอบนอกจะให้ความช่วยเหลือ โดยช่วยเปิดอุปกรณ์เพิ่มเติม เมื่อพยาบาลส่งเครื่องมือต้องการ รับผิดชอบอยู่ภายในห้องที่ใช้ทำผ่าตัด อยู่รอบนอกเขตปลอดเชื้อตลอดเวลา (เรณู อาจสาลี, 2550) เพื่อส่งเสริมให้การทำผ่าตัดดำเนินไปอย่างเรียบร้อย ขณะดำเนินการผ่าตัดดูแลห้องที่ใช้ทำผ่าตัดและสมาชิกในทีมให้มีเวลาสำหรับหยุดพักชั่วคราวโดยยึดหลักปลอดเชื้อ

1.3 ระยะหลังผ่าตัด

ร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ ตรวจนับจำนวนเครื่องมือ ผ้าก๊อส อีกครั้งเมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดว่าครบถ้วนหรือไม่ พยาบาลช่วยรอบนอกจะทำการบันทึกทางการพยาบาลของห้องผ่าตัด พร้อมส่งต่อผู้ป่วยไปที่ห้องพักฟื้น เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลดูแลต่อ (เรณู อาจสาลี, 2550)

2. พยาบาลส่งเครื่องมือ (Scrub nurse)

พยาบาลผ่าตัดที่ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัดในระยะผ่าตัด จะไปล้างทำความสะอาดแขนและมือทั้งสองข้างให้สะอาด เพื่อลดจำนวนเชื้อจุลชีพ ก่อนสวมเสื้อกาวน์และสวมถุงมือปลอดเชื้ออย่างถูกวิธี จัดเตรียมเครื่องมือบนโต๊ะ Mayo โดยปูผ้าคลุมปลอดเชื้อที่โต๊ะให้หนา 3-4 ชั้นก่อนที่จะนำเครื่องมือเครื่องใช้มาจัดเรียงตามลำดับการใช้งาน ให้เป็นระเบียบและสะดวกในการหยิบส่งเครื่องมือให้ศัลยแพทย์ตามขั้นตอนการผ่าตัด ก่อนเริ่มทำผ่าตัดพยาบาลส่งเครื่องมือตรวจนับจำนวนเครื่องมือ ผ้าก๊อส ที่จัดเตรียมไว้ทั้งหมด กล่าวบอกจำนวนด้วยน้ำเสียงที่ดังฟังชัด เพื่อให้พยาบาลช่วยรอบนอก จดบันทึกไว้บนกระดานพร้อมตรวจสอบอีกครั้งเมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดว่าครบถ้วนหรือไม่ ขณะดำเนินการผ่าตัดพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดจะทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัดปลอดเชื้อและรับผิดชอบให้บริเวณการผ่าตัดคงสภาพการปลอดเชื้อจนสิ้นสุดการผ่าตัด (เรณู อาจสาลี, 2550)

เมื่อก่อนจะสิ้นสุดการทำผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลช่วยรอบนอกจะร่วมกันตรวจสอบนับเครื่องมือ ผ้าก๊อส ด้วยน้ำเสียงที่ดังฟังชัด ให้ครบตามจำนวนที่จดบันทึกไว้ก่อนผ่าตัดเมื่อทำผ่าตัดเสร็จสิ้นแล้ว พยาบาลส่งเครื่องมือเก็บทำความสะอาดเครื่องมือ เก็บใส่ภาชนะที่ปิดมิดชิดเพื่อส่งไปล้างทำความสะอาดอีกต่อไป

3. พยาบาลผู้ช่วยผ่าตัด (Registered Nurse First Assistant)

พยาบาลผ่าตัดที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัด จะร่วมทำการปูผ้าปลอดเชื้อปิดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วยกับศัลยแพทย์ เปิดช่องไว้เฉพาะบริเวณที่จะทำผ่าตัด ดูแลบริเวณที่ทำผ่าตัดให้ปลอดเชื้อตลอดเวลาการผ่าตัด สามารถใช้เครื่องมือยึดถือ ตัด แยก และจับเนื้อเยื่อ ช่วยห้ามเลือดร่วมกับศัลยแพทย์ (เรณู อาจสาลี, 2550) หลังทำผ่าตัดเสร็จสิ้นพยาบาลช่วยแพทย์ทำผ่าตัดจะเป็นคนอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยให้สะอาด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจ

การพยาบาลในห้องผ่าตัดในบริบทปัจจุบัน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในระหว่างช่วงระยะต่าง ๆ ของการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผ่าตัด เพราะข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความตระหนัก และความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดน้อยลง และการฟื้นหายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดรวดเร็วขึ้น ตลอดจนการสื่อสารช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าตนได้รับการต้อนรับและเป็นผู้ที่มีความสำคัญในระหว่างที่ได้รับการผ่าตัด และรู้สึกว่าได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา เป็นความรู้สึกที่ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เพราะพยาบาลที่อยู่ที่ห้องผ่าตัดได้คอยอยู่ เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอีกทั้งการดูแลอย่างเอื้ออาทรจะช่วยให้ผู้ป่วยประจักษ์ ว่าเขาได้รับการปฏิบัติโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ซึ่งจะช่วยเอื้อให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการผ่าตัดที่กำลังเกิดขึ้น (Westerling & Bergbom, 2008) และทำให้การพยาบาลผ่าตัดผู้ป่วยมีคุณภาพสูง (McGarvey et al., 2004) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ามารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินภายในห้องผ่าตัด

การผ่าตัดแบบฉุกเฉินและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

1. เกณฑ์การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

1.1 โรคที่ทำให้เกิดการปวดท้องอย่างรุนแรงและการอักเสบในช่องท้องอย่างรุนแรง เช่น ไส้ติ่งอักเสบ แผลโรคกระเพาะอาหารทะลุ โรคไส้เลื่อนที่เกิดการอุดตัน โรคริดสีดวงทวารหนักที่ยื่นออกมาปวดและดันกลับไม่ได้ โรคฝีหนองอักเสบต่าง ๆ ที่ต้องได้รับการผ่าตัดระบาย (Lobayashi & Coimbra, 2011)

1.2 การบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง ที่มีภาวะเลือดออกเป็นก้อนอยู่ในกะโหลกศีรษะมากกว่า 5 มม.ร่วมกับมีอาการเลวลงจากการพูดคุยได้เป็นไม่รู้สึกตัว (Harrigan et al., 2011)

1.3 การบาดเจ็บที่ทรวงอก เช่น ถูกยิง ถูกแทง (Kenned, Green, & Henteleff, 2006)

1.4 การบาดเจ็บที่ช่องท้อง เช่น ถูกยิง ถูกแทง สภาวะติดเชื้อในช่องท้อง (Butt, Zacharias, & Velmahos, 2009)

1.5 การบาดเจ็บต่อกระดูกและข้อและเอ็น เช่น กระดูกหักที่มีแผลเปิดที่ผิวหนัง (Open Fracture) (Philip, Mobash, & Osemogie, 2006)

2. ลักษณะการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะรอนานไม่ได้ การรอต่อไปอาจก่อให้

เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย สำหรับกรณีที่ฉุกเฉินมาก ๆ เช่น ถูกแทง ถูกยิง หรืออวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมีการเสียเลือดมาก ๆ จนช็อค (Shock) ผู้ป่วยเหล่านี้แพทย์ส่วนใหญ่จะนำผู้ป่วยไปเข้าห้องผ่าตัดทันที (Kenned et al., 2006; Lobayashi & Coimbra, 2011)

นอกจากนี้ การผ่าตัดแบบฉุกเฉินเป็นวิธีการรักษาที่มีการตัดหรือแก้ไขพยาธิสภาพความผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยให้อวัยวะของร่างกายสามารถทำหน้าที่และกลับคืนสู่สภาพปกติมากที่สุด (Nisar & Scholefield, 2003; Potter & Perry, 2007) ถ้ารอการทำผ่าตัดอีกต่อไป อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย หรือเกิดการคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Karanci & Dirik, 2003)

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมร่างกายและจิตใจมาก่อนเพื่อรับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมผ่าตัดแล้วที่ตึกผู้ป่วย แต่ก็ยังมีความตื่นเต้นตกใจเกี่ยวกับอาการเจ็บปวดที่รุนแรงซึ่งเกิดขึ้นกับตนเอง อาจจะไม่พร้อมที่จะรับฟังคำแนะนำจากพยาบาลที่ตึกได้อย่างเต็มที่ จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยยังมีปัญหาอยู่ เมื่อเข้ามาอยู่ในสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด (Atkinson & Kohn, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความวิตกกังวลและประสบการณ์การมารับบริการการผ่าตัดของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกทรมานกับความวิตกกังวล กลัวก่อนผ่าตัดร้อยละ 62 (Malek, Ctrnaeto, & Kurzova, 2004)

3. การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

ผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน จำเป็นต้องปรับตัวทั้งกับโรคที่ได้รับการวินิจฉัยและการตัดสินใจรับการรักษาด้วยการผ่าตัดไปพร้อมกันภายใต้เวลาที่จำกัด ต้องแยกตัวจากญาติเข้าสู่สภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคย (Mauleon et al., 2007) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล กลัวการผ่าตัด (Westerling & Bergbom, 2008) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวล กลัวในระดับที่มากขึ้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบในร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีอัตราการเต้นของหัวใจแรงและเร็ว มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้นและคลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจจะเปลี่ยนแปลงได้ ระบบทางเดินหายใจ อัตราการหายใจเร็วขึ้น หน้ามืด เวียนศีรษะ ส่วนระบบผิวหนัง เกิดเหงื่อออก ปากแห้ง ผิวหนังเย็นชื้น (จำลอง ดิษยวณิช, 2545; Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2004) ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข ก็อาจนำไปสู่การต้องใช้ปรับยาที่เพิ่มสูงขึ้นและโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาสูง

4. การพยาบาล/ การดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

การดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินขณะอยู่ภายในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจ การซักประวัติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี และข้อจำกัดของการให้ยาชาระงับความรู้สึก และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ร่วมกับการได้รับการยืนยันว่ามีแพทย์ที่มีความชำนาญให้การดูแลอย่างใกล้ชิด การดูแลโดยการสัมผัสจากพยาบาลด้วยความ

นุ่มนวล เอาใจใส่ พูดคุย อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและสำคัญมาก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจถึงความปลอดภัย สบายใจและคลายความกลัวลงได้ (Westerling & Bergbom, 2008) สำหรับกรณีที่ฉุกเฉินมาก ๆ เช่น ถูกแทง ถูกยิง หรืออวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมีการเสียเลือดมาก ๆ จนช็อค (Shock) ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือโดยการผ่าตัดทันทีภายใต้ความรับผิดชอบของศัลยแพทย์ผู้ดูแล (Kenned et al., 2006)

ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินจะไม่ได้เตรียมร่างกายและจิตใจตนเองมาล่วงหน้า ผู้ป่วยต้องปรับตัวทั้งกับโรคที่ได้รับการวินิจฉัย และการตัดสินใจรับการรักษาด้วยการผ่าตัดไปพร้อมกันภายใต้เวลาที่จำกัด ผู้ป่วยจึงมักตกใจ กังวลใจ กลัว (Mauleon et al., 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยภายในสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัดพบดังต่อไปนี้

ประสบการณ์เมื่อผู้ป่วยเข้ามาอยู่ภายในห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ ต้องแยกจากบุคคลใกล้ชิด (Mauleon et al., 2007) ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของห้องผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดจากพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่ ในช่วงก่อนให้ยาระงับความรู้สึกจะมีความวิตกกังวล กลัว เพราะความไม่รู้ กลัวถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น กลัวการดมยาสลบ และกลัวเครื่องมือแพทย์ (Westerling & Bergbom, 2008) เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวล กลัวที่เกิดมากขึ้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เกิดการกระสับกระส่าย ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออก ปากแห้ง ผิวหนังเย็นชื้น ความดันโลหิตเพิ่มและคลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจจะเปลี่ยนแปลงได้ (Lewis et al., 2004) อาการดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อน ขณะและหลังผ่าตัดได้

ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องการความปลอดภัย ความสุขสบาย การดูแลและการยอมรับ (Atkinson & Kohn, 2010) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเยี่ยมของพยาบาลผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัดนั้นพบว่า ผู้ป่วยต้องการข้อมูลซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผ่าตัดเพราะข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความตระหนักและความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผ่อนคลาย (Westerling & Bergbom, 2008) จากการศึกษาการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด พบว่า การให้ข้อมูลในเรื่องทั่วไปร้อยละ 54.5 ไม่ได้ให้ข้อมูลทุกสิ่งทุกอย่างที่ผู้ป่วยต้องการรู้ร้อยละ 65.9 (Tse & So, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในสภาพแวดล้อมห้องผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดขาดข้อมูลร้อยละ 49 (Haugen et al., 2009) ในเรื่องสถานที่ทำผ่าตัด ขั้นตอนเกี่ยวกับการผ่าตัด วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก (Westerling & Bergbom, 2008) ท่าที่ทำผ่าตัด

ลักษณะบาดแผล การจัดการกับความปวดทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด และการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด (Lewis et al., 2004) ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยขาดข้อมูลก่อนผ่าตัดหรือได้รับไม่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในห้องผ่าตัดและไม่ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด (Demir et al., 2008; Gilmartin & Wright, 2008) นำไปสู่การเกิดปัญหาและอุปสรรคภายในห้องผ่าตัดได้

ประสบการณ์การรอทำผ่าตัดภายในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยกล่าวถึงการรอทำผ่าตัดที่ยาวนาน ทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง ความรู้สึกของการรอคอยเป็นนาทีเหมือนเป็นชั่วโมง เมื่อเกิดมีเวลาทำผ่าตัดที่คลาดเคลื่อน ไม่มีใครแจ้งว่าเป็นเพราะเหตุใด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหงุดหงิดและเบื่อหน่าย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด (Demir et al., 2008; Gilmartin & Wright, 2008)

ประสบการณ์การได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยส่วนใหญ่อธิบายถึงผลกระทบของการให้ยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ โดยภายหลังจากการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังในช่วงแรก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตัว สามารถรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัวและรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายตัวเอง รับรู้ขั้นตอนภายในห้องผ่าตัด ส่วนร่างกายท่อนบนตั้งแต่เอวขึ้นไปถึงศีรษะสามารถเคลื่อนไหวได้ ส่วนร่างกายท่อนล่างตั้งแต่เอวลงไปถึงปลายเท้าทั้งสองข้าง เกิดอาการชา ยกไม่ขึ้น สูญเสียการควบคุมหรือเกิดการไร้ความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวการเป็นอัมพาตและอาจจะมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม อาการคลื่นไส้และอาเจียนร่วมด้วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัวเพิ่มมากขึ้น (Ying et al., 2001; Gilmartin & Wright, 2008)

ประสบการณ์เมื่อผู้ป่วยถูกย้ายเข้าห้องที่ใช้ทำผ่าตัดจะได้สัมผัสกับบรรยากาศอุณหภูมิภายในห้องผ่าตัดที่ต่ำ ทำให้รู้สึกหนาวเย็นมากจนตัวสั่น รวมทั้งความเงียบภายในห้องที่ใช้ทำผ่าตัด ทำให้ได้ยินเสียงคนเดินไปมารอบตัว ได้ยินเสียงแพทย์ พยาบาลพูดคุยกัน ได้เห็นอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด โคมไฟผ่าตัดตัวขนาดใหญ่อยู่ติดเพดานกลางห้องเหนือศีรษะและเครื่องดมยาสลบ (Ying et al., 2001; Mauleon et al., 2007; Palese, Skrap, Fachin, Visioli, & Zannini, 2008; Haugen et al., 2009)

ประสบการณ์การหาวิธีลดความวิตกกังวล กลัว ผู้ป่วยอธิบายว่า ใช้วิธีการโดยการคิดถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คิดถึงผู้มีพระคุณ ใช้การสวดมนต์ไหว้พระและการทำสมาธิ ฝึกจิต เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและควบคุมอารมณ์ ร่วมกับมีความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นในฝีมือแพทย์ที่ทำผ่าตัดและทีมผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าใจสงบ ผ่อนคลาย (Demir et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในขณะที่มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งประสบกับความรู้สึกหวาดกลัวอย่างมากจากการผ่าตัด แต่มีผู้ป่วยบางคนอธิบายว่า ได้พบใบหน้าของพยาบาลผ่าตัดที่คุ้นเคยและรู้จัก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการจดจำได้ ซึ่งสร้างความรู้สึกสนิทสนม รวมทั้งมีความรู้สึกว่าได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวกับพยาบาลที่คอยรับผู้ป่วยอยู่ภายในห้องผ่าตัด

ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ดีที่ได้พบกับพยาบาลผ่าตัดอีกครั้ง เป็นประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เพราะพยาบาลที่อยู่ในห้องผ่าตัดได้คอยอยู่ เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและได้ตระหนักว่าพยาบาลผ่าตัดได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริงในลักษณะที่เป็นปัจเจกบุคคล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการเป็นคนที่มีความสำคัญสำหรับพยาบาลผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าได้รับความเคารพนับถือและประทับใจในฐานะที่เป็นมนุษย์ พยาบาลผ่าตัดมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่จะปกป้องชีวิตของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และสงบเย็น (Westerling & Bergbom, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยภายในสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัดข้างต้นเป็นการศึกษาไว้ในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นบริบทที่แตกต่างกันกับประเทศไทยทางด้านศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อและความเป็นอยู่ และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินไว้

ริดสีดวงทวารหนัก การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินและการพยาบาล

ริดสีดวงทวารหนัก

ริดสีดวงทวารหนักพบบ่อยทั้งในเพศชายและเพศหญิง มีสาเหตุเนื่องมาจากการมีเลือดคั่งในเส้นเลือดดำใต้ผิวเยื่อบุทวารหนัก ทำให้เส้นเลือดดำมีการขยายใหญ่ ยืด โป่งพอง และมีการยื่นโผล่ออกมาภายนอกรูทวารหนัก (สุมิต วงศ์เกียรติขจร, 2547; Halverson, 2007)

1. กลไกการเกิดริดสีดวงทวารหนัก

ทวารหนักเป็นส่วนที่ต่อออกมาจากลำไส้ตรงและมาเปิดออกนอกร่างกาย มีความยาวประมาณ 4 เซนติเมตรถูกแบ่งครึ่งออกเป็นสองส่วน โดยเส้นรอบวงที่เรียกว่า แนวเส้นประสาทเด็นเตท (Dentate Line) (ปริญญา ทวีชัยการ, 2544; สุมิต วงศ์เกียรติขจร, 2547)

ส่วนที่อยู่สูงกว่าแนวเส้นประสาทเด็นเตทเรียกว่า รูทวารหนัก (Anal Canal) ซึ่งจะไม่มีเส้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดมาเลี้ยง และไม่ทำให้เจ็บปวดที่ผนังของรูทวารหนักจะมีเนื้อเยื่อออกมาเป็นก้อนนูนโดยรอบเรียกว่า เบาะรอง (Cushion) ซึ่งภายในมีกลุ่มเส้นเลือดต่อกับกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักภายใน (Internal anal Sphincter) การเบ่งอุจจาระมาก ภาวะท้องผูก ความดันจากการเบ่งที่สูงขึ้น และอุจจาระก้อนใหญ่จะดันให้เบาะรองเลื่อนลงมาเรียกว่า ริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในพบได้ 3 ตำแหน่ง คือ ที่ตำแหน่งขวาหน้า (Right Anterior) ขวาหลัง (Right Posterior) และซ้ายด้านข้าง (Left Lateral) ของรูทวารหนัก (ปริญญา ทวีชัยการ, 2544; สุมิต วงศ์เกียรติขจร, 2547)

ส่วนของทวารหนักที่อยู่ต่ำกว่าแนวเส้นประสาทเด็นเตท (Dentate Line) เรียกว่า ปากทวารหนัก (Anal Margin) จะมีเส้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดมาเลี้ยงจำนวนมาก เมื่อเบาะรอง

จากรูทวารหนักเลื่อนลงมาเรื่อยจนถึงปากทวารหนัก ก็จะดันกลุ่มเส้นเลือดและเนื้อเยื่อของปากทวารหนักให้ลงต่ำ และเบียดออกด้านข้างจนกลายเป็นก้อนนูนที่ปากทวารหนักเรียกว่า ริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอก (ปริญญา ทวีชัยการ, 2544; สุมิต วงศ์เกียรติขจร, 2547)

2. ริดสีดวงทวารหนักที่มีภาวะแทรกซ้อน

2.1 ริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในระดับ 4 (Internal Hemorrhoid Fourth-degree, Prolapsed Strangulate Hemorrhoid)

หัวริดสีดวงทวารหนักที่มีการ ยื่น โผล่ออกมาภายนอกรูทวารหนักจะถูกหดรัดด้วยกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก ยิ่งกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักภายในหดเกร็งตัว ก็จะทำให้มีการหดรัดเนื้อเยื่อของทวารหนักที่ยื่นออกมาที่ปากทวารหนัก ส่งผลทำให้ระบบเลือดไหลเวียนไม่สะดวกหรือไม่สามารถไหลเวียนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อทวารหนักบริเวณนี้ได้ เกิดการคั่งของเลือด แข็งตัวเป็นก้อนลิ่มเลือดขังอยู่ข้างในเส้นเลือดดำ ทำให้เกิดหัวริดสีดวงทวารหนักบวมอักเสบอย่างรวดเร็ว เนื้อเยื่อทวารหนักอาจมีการเน่าตาย และไม่สามารถดันกลับเข้าไปได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดอย่างรุนแรงมาก ซึ่งเป็นระยะที่รุนแรงที่สุดจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง (ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์, 2546; ปริญญา ทวีชัยการ, 2544)

2.2 ริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกที่มีการอุดตันของหลอดเลือดดำ (Thromboses External Hemorrhoid)

ริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกที่เกิดขึ้นบริเวณปากรอยย่นของทวารหนักต่ำกว่าเส้นประสาทเดนเตท (Dentate Line) ลงมา และมีเส้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดมาเลี้ยงจำนวนมาก เมื่อเกิดเลือดคั่ง แข็งตัวเป็นก้อนลิ่มเลือดใต้ผิวหนังปากทวารหนัก จะเห็นเป็นก้อนนูนดำ และไม่สามารถดันกลับได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดมาก ถ้าก้อนหัวริดสีดวงทวารหนักเกิดแตกเป็นแผลจะมีเลือดซึมไหลออกมาตลอดเวลา ต้องทำการรักษาด้วยการผ่าตัดเอาก้อนลิ่มเลือดออกทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง (ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์, 2546; Halverson, 2007)

2.3 ริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกที่มีการอุดตันของหลอดเลือดดำ และเนื้อเยื่อมีการเน่าตาย (Gangrenous Prolapsed, Edematous Hemorrhoid)

ริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกที่มีการอุดตันของหลอดเลือดดำ มีเลือดคั่ง แข็งตัวเป็นก้อนลิ่มเลือดภายใต้ผิวหนังปากทวารหนัก และขาดเลือดมาเลี้ยง จะเห็นเป็นก้อนนูนดำ คล้ำเขียว ส่งผลทำให้หัวริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกมีการบวมอักเสบอย่างรุนแรง ถ้าก้อนหัวริดสีดวงทวารหนักเกิดแตกเป็นแผลจะมีเลือดซึมไหลออกมาตลอดเวลา มีสารคัดหลั่งกลิ่นเหม็น และไม่สามารถดันกลับได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงมาก ต้องทำการรักษาด้วยการผ่าตัดออกทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง (ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์, 2546; Halverson, 2007)

3. อาการ และอาการแสดง (Symptoms and Signs)

หัวริดสีดวงทวารหนักจะมีเลือดคั่ง แข็งเป็นก้อนลิ่มเลือด นูนดำ บวมอักเสบอย่างรวดเร็ว ถ้าก้อนหัวริดสีดวงทวารหนักแตกเป็นแผลจะมีเลือดไหลซึมออกมาตลอดเวลา และมีก้อนลิ่มเลือดหลุดออกมาภายนอกหัวริดสีดวงทวาร อาจมีเนื้อเยื่อทวารหนักเน่าตายร่วมด้วย และไม่สามารถดันกลับเข้าที่ได้ มีสารคัดหลั่งไหลออกมาจากรูทวารหนัก เกิดอาการระคายเคืองบริเวณทวารหนักและส่งกลิ่นเหม็น ส่งผลกระทบด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เจ็บปวดอย่างรุนแรง และทุกข์ทรมานมาก (ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์, 2546; ปริญญา ทวีชัยการ, 2544; สุมิต วงศ์เกียรติขจร, 2547; Halverson, 2007) ส่วนด้านจิตใจเกิดวิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ดังนั้น ริดสีดวงทวารหนักที่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย เจ็บปวดอย่างรุนแรง เกิดความทุกข์ทรมานมาก จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน เพื่อช่วยให้อวัยวะของร่างกายสามารถทำหน้าที่ และกลับคืนสู่สภาพปกติมากที่สุด (Nisar & Scholefield, 2003; Potter & Perry, 2007)

การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน

การรักษาริดสีดวงทวารหนักด้วยการผ่าตัดแบบฉุกเฉินจะทำในผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่มีภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้ (ปริญญา ทวีชัยการ, 2544; Halverson, 2007)

1. ผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักชนิดภายในระดับ 4 (Internal Hemorrhoid Fourth-degree, Prolapsed Strangulate Hemorrhoid)

2. ผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกที่มีการอุดตันของหลอดเลือดดำ (Thromboses External Hemorrhoid)

3. ผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกที่มีการอุดตันของหลอดเลือดดำและมีการเน่าตายของเนื้อเยื่อทวารหนักร่วมด้วย (Gangrenous Prolapsed, Edematous Hemorrhoid)

หลักในการผ่าตัดที่สำคัญก็คือ เลาะเอาหลอดเลือดดำที่ขยายตัวเป็นตะปุ่มกลุ่มก้อนใต้เยื่อบุผิวของทวารหนักออกให้หมดหรือให้มากที่สุด ผูกหลอดเลือดที่นำเลือดมาเลี้ยงหัวริดสีดวงทวารหนักให้หมด และพยายามถนอมเยื่อบุผิวทวารหนักไว้ให้มากที่สุด ซึ่งวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบฉุกเฉินของผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่นิยมทำอยู่มี 2 แบบดังนี้ (สุมิต วงศ์เกียรติขจร, 2547; Gearhart, 2004; Halverson, 2007)

2.1 การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบเปิด Open Hemorrhoidectomy (Miligan-Morgan hemorrhoidectomy)

เป็นวิธีที่ใช้แพร่หลายในยุโรป ซึ่งวิธีนี้จะตัดหลอดเลือดดำในริดสีดวงทวารหนักออกหมด โดยตัดออกเป็นแนวยาวเริ่มจากผิวหนังทวารหนักต่ำกว่าขอบทวารหนักเลาะจนถึงขั้วของ

ริดสีดวงทวารหนักภายใน แล้วเย็บผูกส่วนต้นของเส้นเลือดแดงที่วิ่งเข้ามา ส่วนเนื้อเยื่อบุผิวทวารหนักที่เหลือเปิดไว้ไม่เย็บ รอให้เกิดพังผืดและหายแบบ Secondary healing และสงวนเยื่อบุผิวทวารหนักระหว่างแต่ละเนื้อเยื่อริดสีดวงทวารหนักที่ตัดออก (สุมิต วงศ์เกียรติขจร, 2547; Gearhart, 2004; Halverson, 2007)

2.2 การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบปิด Closed Hemorrhoidectomy (Ferguson Hemorrhoidectomy)

วิธีนี้เป็นที่นิยมในอเมริกา โดยตัดหลอดเลือดดำในริดสีดวงทวารหนักออกเป็นแนวยาว เริ่มจากผิวหนังทวารหนัก เลาะแยกเอาริดสีดวงทวารหนักภายนอกออกและผิวหนังที่ต่อท้าย ผ่านขอบทวารหนักขึ้นไปจนถึงหลอดเลือดดำในริดสีดวงทวารหนักภายใน ตัดเลาะ โดยรักษากล้ามเนื้อหูรูดภายในและภายนอก แล้วเย็บผูกส่วนต้นของเส้นเลือดแดงที่วิ่งเข้ามา เย็บปิดเนื้อเยื่อทวารหนักแบบรันต่อเนื่องจนถึงผิวหนังทวารหนักด้วยเส้นด้ายที่ละลาย (สุมิต วงศ์เกียรติขจร, 2547; Gearhart, 2004; Halverson, 2007)

การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินเป็นวิธีการรักษาที่มีการตัดหรือแก้ไขพยาธิสภาพความผิดปกติที่เกิดขึ้น (Nisar & Scholefield, 2003; Potter & Perry, 2007) ถ้ารอการทำผ่าตัดอีกต่อไป อาจเกิดการลุกลามติดเชื้อแบคทีเรีย นำไปสู่การเน่าตายของเนื้อเยื่อทวารหนักลุกลามไปบริเวณรอบข้างทวารหนักและเกิดแผลชอนทะลุ (Nisar & Scholefield, 2003) อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย หรือเกิดการคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Karanci & Dirik, 2003) ดังนั้นการผ่าตัดแบบฉุกเฉินจึงเป็นวิธีการรักษาริดสีดวงทวารหนักที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้ผลดีที่สุด (Lohsiriwat & Lohsiriwat, 2007) เป้าหมายของการรักษา เพื่อช่วยให้อวัยวะของร่างกายสามารถทำหน้าที่กลับคืนสู่สภาพปกติมากที่สุดและปราศจากภาวะแทรกซ้อน (Nisar & Scholefield, 2003)

ในบริบทของห้องผ่าตัดศัลยกรรมฉุกเฉินที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ศัลยแพทย์จะทำผ่าตัดผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินด้วยวิธีการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบปิดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพสูงนั้น นอกจากจะต้องพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผ่าตัดให้รู้ดหน้าเท่าทันเทคโนโลยีการทำผ่าตัดของศัลยแพทย์แล้ว ก็ยังจำเป็นต้องคำนึงถึงประสบการณ์ของผู้ป่วย เพื่อพยาบาลจะได้มีความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วยในบริบทห้องผ่าตัด ใช้เป็นข้อมูลประกอบการออกแบบการพยาบาลผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักในระหว่างที่เข้ารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

การพยาบาลผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

1. การพยาบาลระยะรอผ่าตัด

เมื่อแรกรับผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักมาถึงห้องผ่าตัด พยาบาลให้การต้อนรับ ซักถาม พูดคุย เพื่อประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ อธิบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด ตรวจดูชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย ประเภทการผ่าตัด เวลาที่ผ่าตัด ศัลยแพทย์ให้ถูกต้อง รายงานประจำตัวผู้ป่วยและผู้ป่วยให้ถูกต้องตรงกัน ตรวจใบเซนต์อนุญาตยินยอมให้ทำผ่าตัด สำรวจสิ่งที่ต้องนำมาพร้อมกับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยให้ครบถ้วนตามต้องการ ประเมินสภาพความพร้อมที่จะผ่าตัดของผู้ป่วย ได้แก่ การงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด การปัสสาวะก่อนมาห้องผ่าตัด ความสะอาดของร่างกายทั่วไปและการเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัด ตรวจดูว่ามีฟันปลอม อวัยวะเทียม แว่นตาและของมีค่าต่าง ๆ มากับผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าตรวจพบต้องเอาออก

ย้ายผู้ป่วยไปนอนรอที่รถนอนของห้องผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด (Waiting Room) เมื่อใกล้ถึงเวลาทำผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง (Spinal Block) จากวิสัญญีแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการจัดท่าให้นอนตะแคงข้างใดข้างหนึ่ง ก้มศีรษะลงชิดหน้าอก ขาทั้ง 2 ข้างงอชิดหน้าอก นอนนิ่ง เมื่อวิสัญญีแพทย์ฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังเสร็จแล้วจะจัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย วิสัญญีแพทย์จะให้ข้อมูลกับผู้ป่วยว่ายาชาจะทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกส่วนท่อนล่างของร่างกายตั้งแต่เอวถึงปลายเท้าทั้งสองข้าง จะเริ่มมีความรู้สึกว่าขาทั้งสองข้างชา หนัก คล้ายขาทั้งสองข้างหายไปจากความรู้สึก ปราศจากความเจ็บปวดขณะทำผ่าตัด แต่ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาขณะที่ทำผ่าตัด และยาชาที่ฉีดจะออกฤทธิ์อยู่นานประมาณ 2 ชั่วโมง (O'Sullivan & Dexter, 2006) เมื่อห้องที่ใช้ทำผ่าตัดว่างจึงนำผู้ป่วยเข้าห้องที่ใช้ทำผ่าตัดเพื่อทำผ่าตัดต่อไป

2. การพยาบาลระยะผ่าตัด

เมื่อย้ายผู้ป่วยเข้าห้องที่ใช้ทำผ่าตัด ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถนอนมาที่เตียงผ่าตัด พยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ จะต้องระมัดระวังไม่ให้สายเลื่อนหลุด (เรณู อาจสาลี, 2550)

การพยาบาลสำหรับการจัดท่าเพื่อทำผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก คือ ท่านอนคว่ำ Jack-knife position (Kraske) (Halverson, 2007) เป็นการจัดท่าร่วมกันระหว่างแพทย์ที่ทำผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลผ่าตัด การจัดท่าต้องทำด้วยความนุ่มนวลระมัดระวัง ให้ผู้ป่วยมีท่านอนที่ถูกต้อง สบายที่สุดและสะดวกในการทำผ่าตัดของแพทย์ และแพทย์สามารถมองเห็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน ดังนั้นก่อนที่จะทำการจัดท่า พยาบาลผ่าตัดต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงลักษณะและเหตุผลของการจัดท่าสำหรับการทำผ่าตัด โดยใช้ถ้อยคำที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจง่าย (เรณู อาจสาลี, 2550) โดยมีขั้นตอนการจัดท่า ดังต่อไปนี้

1. ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำบนเตียงผ่าตัด

2. จัดศีรษะหันไปข้างใดข้างหนึ่ง ระวังการกดทับตา ใช้อุปกรณ์รองรับบริเวณหน้าผาก แก้มและคาง ให้มีช่องว่างสำหรับตา ปากและจมูก ป้องกันการกดทับกล้ามเนื้อ และเส้นประสาท

3. ในผู้หญิงให้จัดหน้าอกไว้ตรงกลาง (Medially) หนุน Chest Rolls บริเวณหน้าอกและสะโพก ระวังไม่ให้กดบริเวณหน้าท้องและหน้าอก เพื่อให้ระบบการหายใจไม่มีสิ่งกดทับทำให้หายใจสะดวกขึ้น

4. ใช้วัสดุนิ่มรองบริเวณหัวเข่าและหน้าแข้งผู้ป่วย ป้องกันการกดทับกล้ามเนื้อและเส้นประสาท เป็นสาเหตุให้ปวดขาบริเวณที่ถูกกดในขณะที่ผู้ป่วยไร้ความรู้สึก ถ้าระยะเวลาการผ่าตัดนานจะเกิดการกดทับเส้นประสาทอย่างถาวรได้ เช่น การนอนที่ปลายเท้าไขว้กัน

5. จากนั้นหมุนเตียงส่วนบนและส่วนล่างให้ต่ำลง ยกส่วนก้นให้สูงขึ้น ขาทั้งสองข้างวางแยกห่างจากกันเล็กน้อย ใช้สายรัดบริเวณเหนือเข่าทั้งสองข้าง ควรมีผ้ารองก่อนรัดทุกครั้ง การรัดขาผู้ป่วยควรรัดเหนือเข่า 3-4 นิ้ว หลังรัดแล้วควรเอามือสอดเข้าไปได้แสดงว่าพอดี ไม่ควรรัดแน่นเกินไป เพื่อป้องกันการตกเตียง

6. ส่วนของร่างกายผู้ป่วยต้องไม่สัมผัสกับส่วนที่เป็นโลหะของเตียงผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าอาจจะทำให้ผิวหนังไหม้ได้

7. เมื่อจัดท่าเสร็จเรียบร้อย ปฏิบัติดังนี้

7.1 ตัดพลาสเตอร์เหนียว 2 ชิ้นยาว และ 2 ชิ้นสั้น

7.2 ทาบริเวณแก้มก้นทั้งสองข้างด้วยทิงเจอร์ไอโอดีน เพื่อให้พลาสเตอร์เหนียวติดกับผิวหนังแน่น พร้อมแจ้งผู้ป่วยว่าทายาเย็น ๆ ที่ก้นทั้งสองข้าง

7.3 ใช้พลาสเตอร์เหนียว 2 ชิ้นยาว แปะติดบริเวณแก้มก้นทั้งสองข้างก่อน แล้วจึงดึงไปติดกับขอบข้างเตียงแต่ละข้าง

7.4 ใช้พลาสเตอร์เหนียว 2 ชิ้นสั้น แปะติดบนพลาสเตอร์เหนียว 2 ชิ้นยาว บริเวณแก้มก้นทั้งสองข้างอีกครั้ง

7.5 ติดแผ่นสื่อไฟฟ้าที่ต้นขาข้างซ้ายด้านใน ซึ่งเป็นด้านที่เครื่องจี้ไฟฟ้าวางอยู่ เพื่อความสะดวกและเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในห้องที่ใช้ทำผ่าตัด

ขณะผ่าตัดผู้ป่วยต้องนอนคว่ำศีรษะและขาทั้งสองข้างต่ำกว่าลำตัว อยู่บนเตียงผ่าตัดที่แคบซึ่งไม่คุ้นเคย อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวตก สำหรับการนอนคว่ำในท่าเดียวนาน ๆ อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีอายุมากและเป็นโรคระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย อาจเป็นสาเหตุเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เนื่องจากการนอนคว่ำจะมีการกดทับ

หน้าอกนาน (Mauleon et al., 2007) พยาบาลผ่าตัดต้องดูแลเรื่องความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดูแลการพยาบาลติดตามพูดคุยอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจผู้ป่วยขณะได้รับการทำผ่าตัด และที่สำคัญกรณีร่างกายของผู้ป่วยบางส่วนที่อยู่ในที่ลับถูกเปิดเผย และถูกสัมผัสขณะทำผ่าตัด อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอายที่ต้องเปิดเผยสิ่งที่อยู่ในที่ลับของตนเอง พยาบาลผ่าตัดต้องคำนึงถึงการเคารพในสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ป่วยระวังการเปิดอวัยวะส่วนที่อยู่ในที่ลับของผู้ป่วยไม่ควรเปิดมากเกินความจำเป็น (ปริญญา ทวีชัยการ, 2544) พยาบาลผ่าตัดต้องอธิบายถึงขั้นตอนการทำความสะอาดร่างกายบริเวณที่จะทำผ่าตัดและขั้นตอนการปูผ้าคลุมผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจก่อนทำผ่าตัด

การปูผ้าคลุมผ่าตัด หมายถึง การปูผ้าปลอดเชื้อปิดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วย เปิดช่องไว้เฉพาะบริเวณที่จะทำผ่าตัดเท่านั้น มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทายาฆ่าเชื้อด้วย Povidine Solution บริเวณที่จะทำผ่าตัดวนออกรอบ ๆ

2. เมื่อทายาฆ่าเชื้อแล้ว ศัลยแพทย์และพยาบาลผู้ช่วยผ่าตัด จะช่วยกันปูผ้าปราศจากเชื้อโดยปูคลุมตัวผู้ป่วยด้านล่าง ด้านบน ด้านข้างทั้งสองข้าง เปิดช่องบริเวณที่จะทำผ่าตัด จะจับที่มุมผ้าด้านบนทั้งสองข้าง เมื่อวางผ้าลงไปจะต้องไม่สัมผัสกับบริเวณที่ไม่ปลอดเชื้อ

3. ผ้าที่คลุมควรหนา 2 ชั้น และผู้ปูผ้าคลุมผ่าตัดควรยืนห่างจากเตียงผ่าตัดพอสมควร การปูผ้าควรปูด้านใกล้ตัวผู้ปูก่อนด้านไกลตัว

4. เมื่อคลุมผ้ารอบบริเวณที่จะผ่าตัดทั้งสี่ด้านแล้วใช้ Towel Clip (ที่หนีบผ้า) หนีบผ้าไว้ที่มุมทั้งสี่ เพื่อป้องกันผ้าเลื่อนหลุดแล้วคลุมด้วยผ้าสี่เหลี่ยมเจาะกลาง (Laparotomy Sheet)

ขณะดำเนินการผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดจะทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัดปลอดเชื้อและรับผิดชอบให้การผ่าตัดคงสภาพการปลอดเชื้อจนสิ้นสุดการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ (เรณู อาจสาลี, 2550) ดังมีขั้นตอนการส่งเครื่องมือผ่าตัดดังนี้

1. ส่ง Atery Clamp โค้ง 2 ตัวให้ศัลยแพทย์ เพื่อจับผิวหนังทวารหนัก

2. ส่งใบมีด No. 24 พร้อมด้ามมีดให้ศัลยแพทย์ เพื่อกรีดผิวหนังทวารหนัก

3. ส่งจี้ไฟฟ้าให้ศัลยแพทย์ เพื่อเลาะแยกเอาหลอดเลือดดำที่ขยายตัวเป็นตะปุ่มกลุ่มก้อนใต้เยื่อบุผิวของทวารหนักออกให้หมด หรือให้มากที่สุด และถนอมเยื่อบุผิวทวารหนักไว้ให้มากที่สุดโดยรักษากล้ามเนื้อหูรูดภายในและภายนอก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรูทวารหนักตีบแคบ (สุมิต วงศ์เกียรติขจร, 2547) พยาบาลช่วยรอบนอกจะตั้งความแรงของจี้ไฟฟ้าตามศัลยแพทย์ต้องการประมาณ 20-30 วัตต์ (Watt)

4. ส่งเส้นด้ายละลาย คือ Chromic Catgut No. 2/0 เพื่อเย็บผูกหลอดเลือดที่นำเลือดมาเลี้ยงหัวริดสีดวงทวารหนักให้หมด (สุมิต วงศ์เกียรติขจร, 2547)

5. ส่งกรรไกรตัดไหม

6. ส่งเส้นด้ายละลาย คือ Chromic Catgut No. 3/0 เพื่อเย็บปิดเนื้อเยื่อทวารหนักแบบรันต่อเนื่องจนถึงผิวหนังทวารหนัก (สุมิต วงศ์เกียรติขจร, 2547)

7. หัวริดสีดวงทวารหนักหัวต่อ ๆ ไป ส่งตามขั้นตอน 1-6

8. เมื่อศัลยแพทย์ทำผ่าตัดเสร็จเรียบร้อย ส่งวาสลินก๊อสให้ศัลยแพทย์ เพื่อใส่เข้าไปในช่องรูทวารหนัก ช่วยในการหยุดเลือดชั่วคราวของแผลผ่าตัด

9. ปิดแผลด้วยก๊อสและพลาสเตอร์

ส่วนพยาบาลช่วยรอบนอกจะให้ความช่วยเหลือ โดยช่วยจัดโคมไฟผ่าตัดส่องเข้าไปบริเวณที่ทำผ่าตัด เพื่อให้สามารถมองเห็นได้ชัดเจน ต่อสายจี้ไฟฟ้าเข้ากับเครื่องจี้ไฟฟ้าปรับระดับความแรงของจี้ไฟฟ้าตามความต้องการของศัลยแพทย์ สังเกตการผ่าตัดให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ เมื่อทีมผ่าตัดปลอดเชื้อต้องการ และเตรียมพร้อมสำหรับความรีบด่วนต่าง ๆ เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น ดูแลห้องผ่าตัดให้สะอาดเรียบร้อย รับผิดชอบอยู่ในห้องผ่าตัดตลอดเวลา เมื่อจะสิ้นสุดการผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดและพยาบาลช่วยรอบนอกร่วมกันตรวจสอบนับเครื่องมือผ้าก๊อส ให้ครบตามจำนวนที่จดบันทึกไว้ก่อนผ่าตัด

3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด

หลังทำผ่าตัดเสร็จสิ้นพยาบาลผ่าตัดจะให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดดังต่อไปนี้ (เรณู อาจสาลี, 2550)

3.1 ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยว่ามีวาสลินก๊อสใส่เข้าไปไว้ที่ภายในรูทวารหนัก เพื่อเป็นการช่วยในการหยุดเลือดไว้ชั่วคราว เมื่อผู้ป่วยไปถ่ายอุจจาระผ้าวาสลินก๊อสก็จะหลุดออกมาจากทวารหนักเอง หรือให้ผู้ป่วยดึงผ้าวาสลินก๊อสออกเองเมื่อเข้าห้องน้ำในตอนเช้า ผ้าวาสลินก๊อสจะเป็นเส้นขนาดความกว้าง 1 นิ้ว ยาวประมาน 10 นิ้ว เส้นเดียว ถ้าเกิดมีเลือดออกมากให้รีบแจ้งพยาบาลทันที

3.2 พยาบาลผ่าตัดเช็ดบริเวณรอบ ๆ ที่ทำผ่าตัดให้ผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่รับการผ่าตัดให้น้ำยาฆ่าเชื้อและคราบเลือดออกให้หมด ทำให้ร่างกายสะอาด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายทางด้านร่างกาย

3.3 ใส่กางเกงผู้ป่วยให้เรียบร้อย

3.4 พยาบาลผ่าตัดจะทำการบันทึกทางการพยาบาลของห้องผ่าตัด พร้อมส่งต่อผู้ป่วยไปที่ห้องพักฟื้น เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลดูแลต่อ

จากการทบทวนวรรณกรรม การสืบค้นแหล่งข้อมูล งานวิจัยจากภายในและภายนอกประเทศ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล อิเลคทรอนนิก (Electronic Database) ได้แก่ ฐานข้อมูล

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

CINAHL, Pub med, Science Direct, AORN, ThaiLIS จากเว็บไซต์เกี่ยวกับฐานข้อมูลงานวิจัยจากสถานบันต่าง ๆ (Structured Website Search) จาก Search engine Google : http://www.google.com กำหนดปีที่ใช้ในการสืบค้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2011 ผู้วิจัยยังไม่พบว่า มีการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ในขณะที่วรรณกรรมในประเทศไทย ที่ปรากฏอยู่เป็นส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด เช่น การหาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การโกนขนตำแหน่งที่จะทำผ่าตัดกับอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังผ่าตัด อุณหภูมิของร่างกายขณะผ่าตัด การจัดท่ากับการป้องกันแผลกดทับ เป็นต้น (อุษาวดี อัศดรวิเศษ, 2545)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก อารมณ์ของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยตามมุมมองของผู้ป่วยเอง ยังไม่มีงานวิจัยใดที่ได้ทำการศึกษาอย่างลึกซึ้งและสะท้อนถึงปรากฏการณ์ จึงทำให้ไม่ทราบปัญหาของผู้ป่วยชาวไทยที่มารับการผ่าตัดอย่างแท้จริง เริ่มจากช่วงที่ผู้ป่วยเข้าสู่ประตูห้องผ่าตัด คือ ผู้ป่วยย้ายจากรถนอนรับ-ส่งผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมเปลี่ยนถ่ายสู่รถนอนของห้องผ่าตัด ขณะทำผ่าตัดจนกระทั่งทำผ่าตัดเสร็จและเตรียมส่งผู้ป่วยออกจากห้องที่ใช้ทำผ่าตัดเพื่อไปที่ห้องพักฟื้น รวมทั้งจากประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดของผู้วิจัยเองนั้น พบว่า ประสบการณ์ในห้องผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินที่รู้สึกตัวขณะผ่าตัด เป็นประเด็นที่พยาบาลผ่าตัดควรให้ความสนใจ สืบค้นและทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เพื่อจะได้ให้ความเข้าใจผู้ป่วยตรงตามมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง

ผู้วิจัยมีความประสงค์ศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับผ่าตัดแบบฉุกเฉินของพยาบาลให้สอดคล้องตรงตามประสบการณ์การผ่าตัดของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ว
ศ11 ส๙๒
ร 442ป

301272

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ป่วยในที่ผ่านการผ่าตัดริดสีทวารหนักแบบฉุกเฉิน โดยการได้รับการฉีดยาชาทางไขสันหลัง ซึ่งได้ออกจากห้องผ่าตัดไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วย 8 ชั่วโมงเป็นต้นไป (ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน) มีสัญญาณชีพปกติ
2. มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี ไม่จำกัดเพศ
2. สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้เข้าใจ
3. มีความยินดีที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูล และอนุญาตให้ผู้วิจัยบันทึกเทปในระหว่างการสัมภาษณ์

สถานที่ศึกษา

โรงพยาบาลระดับจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

เมื่อผู้ป่วยที่เป็นริดสีดวงทวารหนักเฉียบพลันถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายเพื่อมารับการรักษาต่อ ผู้ป่วยจะเข้ารับการตรวจจากแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินก่อน จากนั้นจึงเข้าไปนอนพักที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและศัลยกรรมชาย เพื่อรอรับการตรวจวินิจฉัยจากศัลยแพทย์ที่อยู่เวรในวันนั้น เมื่อศัลยแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการและมีคำสั่งให้ผู้ป่วยผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน พยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมจะเขียนใบส่งผู้ป่วยทำผ่าตัดไปที่ห้องผ่าตัดตามเวลาที่ศัลยแพทย์ได้ให้คำสั่งไว้ เมื่อถึงเวลาใกล้ผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจะส่งพนักงานห้องผ่าตัดพร้อมรถนอนของห้องผ่าตัดไปรับผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมตามใบส่งผู้ป่วยทำผ่าตัด

ห้องผ่าตัดที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการผ่าตัด

ห้องผ่าตัดศัลยกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีหน้าที่ให้บริการด้านการผ่าตัดฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับศัลยกรรม

ในเขตพื้นที่รับผิดชอบและจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย ภายในตึกผ่าตัดมีห้องบริการผ่าตัดฉุกเฉินทั้งหมด 3 ห้อง ประกอบด้วย ห้องผ่าตัดศัลยกรรมฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก ห้องผ่าตัดสูติ-นรีเวช และห้องพักฟื้น 1 ห้อง มีประตูทางเข้า-ออก 1 ประตู อยู่ด้านหน้าห้องผ่าตัดจะปิดตลอดเวลา ใช้สำหรับเป็นช่องทางรับ-ส่งผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและติดต่อประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดกับบุคคลภายนอก บริเวณข้างประตูจะมีกริ่ง เพื่อกดเรียกเจ้าหน้าที่ทีมผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดด้วยรถนอนโดยพนักงานรับ-ส่งของห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกเปลี่ยนถ่ายสู่รถนอนภายในห้องผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจะเข้าไปนอนรอผ่าตัดในห้องพักฟื้นซึ่งมีวิสัญญีพยาบาลดูแล ส่วนผู้ป่วยที่สภาพร่างกายไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพมาก จะนอนรอที่รถนอนข่องห้องผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด ซึ่งจะมีพยาบาลผ่าตัดที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลช่วยรอบนอกมาดูแล ให้การต้อนรับ ทักทายอย่างเป็นกันเอง เมื่อใกล้ถึงเวลาที่จะทำผ่าตัด พนักงานห้องผ่าตัดจะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่โดยวิธีการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังจากวิสัญญีแพทย์ จากนั้นจึงนำผู้ป่วยเข้าห้องที่ใช้ทำผ่าตัดเพื่อทำผ่าตัดจนกระทั่งเสร็จสิ้นการผ่าตัด และเตรียมส่งผู้ป่วยออกจากห้องที่ใช้ทำผ่าตัดเพื่อไปสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นภายใต้การดูแลของวิสัญญีพยาบาล

ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องรอผ่าตัดนาน เนื่องจากการผ่าตัดผู้ป่วยอื่นก่อนหน้าที่ทำผ่าตัดเสร็จไม่ทันเวลาตามที่กำหนดไว้ วิสัญญีพยาบาลจะย้ายผู้ป่วยเข้าไปรอผ่าตัดภายในห้องพักฟื้น ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าไปรอผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นมีจำนวน 3 คน

หอผู้ป่วยที่เป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายสามัญ เป็นหน่วยงานของโรงพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมฉุกเฉิน ซึ่งในการเก็บข้อมูล ลักษณะทางกายภาพห้องที่ใช้สัมภาษณ์เป็นห้องพิเศษ และห้องพักแพทย์ มีเครื่องปรับอากาศ มีเตียงสำหรับให้ผู้ให้ข้อมูลนอนขณะที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ห้องปิดมิดชิด บรรยากาศในขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลให้ความไว้วางใจผู้วิจัย และยินยอมให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้วิจัย

กระบวนการวิจัย จำแนกออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย ระยะการเขียนรายงานการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด การเตรียมพร้อมก่อนดำเนินการวิจัยจึงประกอบไปด้วย การเตรียมผู้วิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมตนเองให้มีความไวเชิงทฤษฎีให้พร้อมสำหรับดำเนินการวิจัยในระยะก่อนและระหว่างดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.1 ด้านระเบียบวิธีการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 หน่วยกิต และเข้าร่วมเรียนรู้เพิ่มเติมในชั้นเรียนการวิจัยเชิงคุณภาพ รวม 12 ชั่วโมง ทำให้มีความเข้าใจถึงหลักการของการวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้น อีกทั้งยังเข้าฟังทักษะการอ่านเชิงวิเคราะห์รวม 8 ชั่วโมง รวมถึงได้ทำการศึกษานำร่องโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคลถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน จำนวน 2 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาฝึกหัดการวิเคราะห์ด้วยการให้รหัสเชิงทฤษฎีเพื่อสร้างทักษะในกระบวนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ดูแลและให้คำแนะนำ

1.2 ด้านเนื้อหาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 3 แนวคิด ได้แก่ 1) การพยาบาลในห้องผ่าตัดและบทบาทพยาบาลผ่าตัด 2) การผ่าตัดแบบฉุกเฉินและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน 3) ริดสีดวงทวารหนัก การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินและการพยาบาลเพื่อสร้างความเข้าใจและเป็นฐานความไวเชิงทฤษฎีในการดำเนินการวิจัย

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยเตรียมแนวคำถามสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งแรกเพื่อช่วยเตือนความจำในระหว่างการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และฐานแนวคิดของการวิจัย ที่ต้องการค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินในสภาพแวดล้อมห้องผ่าตัด ซึ่งแนวคำถามในการสนทนาจริงจะมีความยืดหยุ่นและปรับคำถามได้ตามบริบทของการสัมภาษณ์จริง เพื่อให้เอื้อในการติดตามข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข)

ส่วนแนวคำถามในการเก็บข้อมูลครั้งถัดไป ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามบนฐานของรหัสและหมวดหมู่ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งที่ผ่านมา ตามหลักการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎีเป็นวงจรต่อเนื่องจนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540)

3. คำชี้แจงในการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล แบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก)

4. แบบบันทึก

4.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้บันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย รหัสผู้ให้ข้อมูล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ภูมิลำเนาเดิม การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล วันที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ประสบการณ์ผ่าตัดที่ผ่านมา วันที่ทำผ่าตัด เวลาเริ่มผ่าตัด วิธีระงับความรู้สึก การผ่าตัดที่ได้รับ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขในระหว่างการผ่าตัด เวลาสิ้นสุดการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด สิทธิในการเบิกชำระค่ารักษาพยาบาล (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ค)

4.2 แบบบันทึกการถอดความและให้รหัสเบื้องต้น เพื่อใช้บันทึกข้อมูลและให้รหัสเบื้องต้น ที่ได้จากการถอดความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ค)

4.3 แบบบันทึกรหัสและหมวดหมู่ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นแบบบันทึกรหัสและหมวดหมู่ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ค)

4.4 แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ เพื่อใช้บันทึกประเด็นที่จะนำไปใช้เป็นแนวคำถามสำหรับใช้เป็นแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป ว่าประเด็นและคุณลักษณะที่ต้องการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม ตลอดจนช่วยชี้นำลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูลครั้งถัดไป (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ค)

4.5 แบบบันทึกส่วนตัวผู้วิจัย เพื่อใช้บันทึกผลของการสะท้อนความคิดของผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง ตลอดจนบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่ผู้วิจัยพบในระหว่างที่เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งแนวทางการแก้ไข เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ค)

5. เครื่องบันทึกเสียง แถบเสียงและแบตเตอรี่ สมุดบันทึก ปากกาสำหรับจดบันทึก

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (Procedure of Data Collection)

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคลเป็นวิธีหลักในการค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ภายหลังจากผ่านการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พร้อมทั้งแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ต้องการทำการศึกษา พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย

1.3 หลังจากได้รับแจ้งผลการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากทางโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องผ่าตัดและหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อขอความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากพยาบาลแผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและชาย เพื่อขอศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติ เพื่อนำมาพิจารณาสำหรับการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลครั้งแรก โดยเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติเบื้องต้นที่ผู้วิจัยกำหนด คือ ผู้ป่วยในที่ผ่านการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน โดยการได้รับการฉีดยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลัง และได้ออกจากห้องผ่าตัดไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วย 8 ชั่วโมงเป็นต้นไป ผู้ป่วยทุกคนไม่พร้อมในเวลาดังกล่าวจึงเลื่อนออกไปเป็นเวลาประมาณ 15 ชั่วโมง จึงมีความพร้อมที่จะพูดคุย ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ทั้งนี้เพราะการผ่าตัดเป็นการสร้างความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะอ่อนเพลียต้องการการพักผ่อนเพื่อฟื้นฟูสภาพ และผู้ป่วยที่ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังภายหลังการผ่าตัดต้องนอนราบเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมง ซึ่งภายหลังจากที่ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่หมดฤทธิ์จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเจ็บปวดแผลผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักมาก ต้องได้รับยาระงับปวดต่ออีกระยะหนึ่ง ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยง่วงหลับ ผู้วิจัยจึงต้องการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอและสภาพร่างกายทั่วไปฟื้นตัวเข้าสู่ภาวะปกติ ก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าไปทาบทามให้เป็นผู้ให้ข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในที่ผ่านการผ่าตัดริดสีทวารหนักแบบฉุกเฉิน ที่นอนพักฟื้นอยู่ที่หอผู้ป่วย เพื่อทาบทามเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจ ทำการแนะนำตนเองโดยมีสาระตามคำชี้แจงในการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้เวลาผู้ป่วยทบทวนการตัดสินใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลตามความสมัครใจ ซึ่งผู้ป่วยสามารถแสดงความยินยอมได้ทั้งคำพูดหรือลายลักษณ์อักษร ถ้าได้รับคำตอบว่ายินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายเวลากับผู้ป่วย ตามความสะดวกของผู้ป่วยเป็นหลัก

1.6 เมื่อถึงเวลานัดหมายประมาณ 15 ชั่วโมงภายหลังจากผู้ให้ข้อมูลออกจากห้องผ่าตัดไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย สอบถามความสมัครใจซ้ำ

ผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยไปยังสถานที่ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว มีความสงบ อากาศถ่ายเทได้ดี และสะดวกต่อผู้ให้ข้อมูล และมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 คนที่พักอยู่ในห้องพิเศษผู้วิจัยจึงทำการสัมภาษณ์ในห้องพิเศษ

1.7 ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเทปในระหว่างการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยวางอุปกรณ์ในการบันทึกเทปไว้ในที่ไม่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเกร็งในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำให้บรรยากาศการสัมภาษณ์ดูผ่อนคลายสบาย ทำสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส และนั่งห่างจากผู้ให้ข้อมูลในระยะที่พอเหมาะไม่ใกล้หรือไกลเกินไปในท่าที่สบาย ผ่อนคลาย และเริ่มพูดคุยด้วยเรื่องทั่วไป เช่น เรื่องดิน ฟ้า อากาศ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีท่าทีที่ผ่อนคลาย คุ้นเคยกับผู้สัมภาษณ์มากขึ้น (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2552) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 คน ยินดีให้ผู้วิจัยทำการบันทึกเทประหว่างสัมภาษณ์

1.8 ต่อจากนั้นเริ่มใช้คำถามที่แคบเข้า เพื่อนำเข้าสู่ประเด็นที่มีความเฉพาะเจาะจงอย่างค่อยเป็นค่อยไป (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2552) ใช้คำถามที่กระตุ้นผู้ให้ข้อมูลตอบด้วยการเล่ารายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ด้วยการใช้คำถาม โดยกำหนดจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด แล้วให้ผู้ให้ข้อมูลบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างนั้นเป็นต้นว่า “ช่วยเล่าถึงประสบการณ์ของคุณ.....ในสภาพแวดของห้องผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ว่ามีความคิดความรู้สึกอย่างไรบ้าง.....โดยเริ่มจากช่วงที่คุณ.....เข้าสู่ประตูห้องผ่าตัด คือ คุณ.....ย้ายจากรถนอนรับ-ส่งผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมเปลี่ยนถ่ายสู่รถนอนของห้องผ่าตัด ขณะทำผ่าตัดจนกระทั่งทำผ่าตัดเสร็จและเตรียมส่งออกจากห้องที่ใช้ทำผ่าตัด เพื่อไปที่ห้องพักฟื้น” ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้คำพูดที่สุภาพ ใช้น้ำเสียงที่แสดงถึงความเป็นมิตรและให้เกียรติ รวมทั้งซักถามด้วยถ้อยคำที่กระชับชัดเจนและเข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้คำถามชี้นำ กระตุ้นผู้ให้ข้อมูลพูดหรือแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่สัมภาษณ์ เพื่อรวบรวมข้อมูลให้ได้มากที่สุด ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังเล่าเรื่องราวอยู่ ผู้วิจัยฟังด้วยความตั้งใจจริงทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเล่ามา โดยใช้การสรุปแล้วถาม ผู้วิจัยคิดทบทวนสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลพูดออกมาและสรุปสิ่งที่ได้ยินในใจ เพื่อจัดระบบเนื้อหา วิเคราะห์เบื้องต้นและจับประเด็นพร้อมจดบันทึกไว้เพื่อตั้งคำถามต่อไป ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจะย้อนกลับมาสร้างเป็นคำถามที่จะใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกต่อไป อย่างต่อเนื่องในลักษณะการแกะรอยข้อมูลที่เกิดขึ้นก่อนอย่างเป็นวัฏจักรตลอดกระบวนการสัมภาษณ์และกระบวนการวิจัย นอกจากนี้ในการสนทนาผู้วิจัยจะไม่เร่งรัด ไม่วิพากษ์วิจารณ์ ไม่ขัดจังหวะ ไม่เปลี่ยนเรื่อง ไม่ด่วนสรุปแต่จะเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้พูดจนกว่าจะจบจึงจะพูดหรือถามคำถามต่อไป (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540)

1.9 กรณีในบางช่วงของการสนทนา ผู้ให้ข้อมูลไม่ตอบคำถาม มีการหยุด ชะงักการบอกเล่าเรื่องราว ซึ่งอาจเกิดจากผู้ให้ข้อมูลไม่เข้าใจคำถามและอาจรู้สึกลำบากใจที่จะตอบคำถาม ผู้วิจัยใช้ทักษะการเงียบ รอคอย ให้เวลาผู้ให้ข้อมูลได้ใช้ความคิดทบทวนลำดับเหตุการณ์ ไม่เร่งรัดเพื่อให้ได้คำตอบ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540)

1.10 ก่อนยุติการสนทนา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงประสบการณ์ที่ผู้วิจัยไม่ได้ถาม ซึ่งผู้ให้ข้อมูลปรารถนาจะเล่าให้ผู้วิจัยได้รับทราบ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึกของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมรวมทั้งกล่าวทบทวน ประโยชน์ที่ผู้วิจัยได้รับจากการแบ่งปันประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อย้ำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540) จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและอำลาเพื่อยุติการสัมภาษณ์

1.11 หลังสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการบันทึกการสะท้อนความคิดของผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง ตลอดจนบันทึก ปัญหาและอุปสรรคที่ผู้วิจัยพบในระหว่างที่เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งแนวทางการแก้ไข เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป

1.12 ผู้วิจัยถอดความข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียงเป็นความเรียงแบบคำต่อคำด้วยตนเองแบบไม่มีการสรุปหรือดัดแปลงข้อความใด ลงในแบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น ก่อนพิมพ์ลงในคอมพิวเตอร์ ทำการจัดเก็บไว้เป็นรายบุคคล

1.13 นำข้อมูลมาให้รหัสข้อมูล จัดรหัสข้อมูลที่ได้ให้เป็นหมวดหมู่ เชื่อมโยงให้เป็นแนวเรื่องเดียวกันและสร้างข้อสรุปย่อยชั่วคราว

1.14 หลังการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บได้ ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งถัดไป โดยใช้หลักของการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) กล่าวคือ เป็นการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามการชี้นำของรหัสข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลครั้งที่ผ่านมาในลักษณะวงจรก้าวหน้า คัดเลือกปรากฏการณ์ที่ยังขาดหายไปจากผู้ให้ข้อมูลรายใหม่ วิธีการคัดเลือกตัวอย่างจะมีความยืดหยุ่น สามารถประยุกต์เข้าได้กับบริบทการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลขณะนั้นและสามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมการเก็บข้อมูลให้เป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์การวิจัย (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2542)

1.15 ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามใหม่ จากข้อมูลที่มีอยู่และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไปจนกระทั่งข้อมูลมีการอิ่มตัว (Saturation of Data) คือ ไม่มีข้อมูลใหม่หรือที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอีก หมวดหมู่ได้รับการพัฒนาอย่างแน่นหนาและทุกองค์ประกอบได้รับการอธิบายความหลากหลาย ความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ได้รับการสร้างและผ่านการตรวจสอบแล้วเป็นอย่างดี (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2542)

2. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่กับกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาสร้างข้อสรุปย่อยและข้อสรุปสะสมชั่วคราว โดยข้อสรุปสะสมชั่วคราวนี้สามารถนำไปสู่การสร้างแนวคำถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งถัดไป ซึ่งมีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

2.1 อ่านข้อมูลประสบการณ์ของผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมห้องผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ที่ได้จากการถอดเทปทั้งหมดอย่างละเอียดซ้ำไปซ้ำมาหลาย ๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจในข้อมูลเหล่านั้น

2.2 นำข้อมูลมาแยกวิเคราะห์เป็นส่วนย่อย (Break Down) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบคำต่อคำ วลีต่อวลี ประโยคต่อประโยค เหตุการณ์ต่อเหตุการณ์ จากนั้นให้รหัส (Coding) โดยจะให้รหัสความคิดรวบยอดของข้อความ เป็นชื่อที่ตั้งให้กับข้อมูลที่ทำการวิเคราะห์ ซึ่งผู้วิจัยคิดค้นคำใหม่หรือใช้คำที่มาจากภาษาของผู้ให้ข้อมูลเอง

2.3 ทำการเปรียบเทียบรหัสอย่างคงที่ (Constant Comparative Analysis) เพื่อจัดกลุ่มรหัสที่คล้ายคลึงกันให้เป็นหมวดหมู่เดียวกัน (Category) จากนั้นให้ชื่อหมวดหมู่

2.4 เชื่อมโยงหมวดหมู่เป็นข้อสรุปย่อยชั่วคราวที่มีความเป็นนามธรรมสูงขึ้น ตัดทอนหรือกำจัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออก

2.5 สร้างข้อสรุปสะสมชั่วคราวและดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นยังไม่สมบูรณ์ จนกระทั่งได้ข้อสรุปสะสมชั่วคราวที่มีความอิ่มตัว จากนั้นเขียนเป็นโครงร่างผลการวิเคราะห์ข้อมูล

2.6 ขัดเกลาโครงร่างผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดเพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินจากข้อสรุปที่ได้มา โดยพิจารณาความต่อเนื่องเชื่อมโยงและกลมกลืนกันของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น พร้อมกับนำข้อมูลดิบที่ตรงกับรหัสมาอ้างอิงประกอบให้ผู้อ่านได้ตรวจสอบในระหว่างการอ่านข้อค้นพบจากการวิจัย เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

โดยในกระบวนการเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความถูกต้องและสร้างความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการรวบรวมข้อมูล เพื่อก่อให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงและครอบคลุม

2. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของบันทึกที่ได้จากการถอดความจากเครื่องบันทึกเสียงในลักษณะคำต่อคำ โดยการเปิดฟังซ้ำหลาย ๆ ครั้งและปรับแก้ไขบันทึก จนได้สาระตรงกับสาระในเครื่องบันทึกเสียง

3. ผู้วิจัยตรวจสอบรหัสข้อมูลโดยขอความเห็นและข้อแนะนำการวิเคราะห์ข้อมูลจากอาจารย์ที่ปรึกษา

4. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่ค้นพบเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความไวเชิงทฤษฎีในการให้รหัส จัดหมวดหมู่และเปรียบเทียบความสอดคล้อง หรือความแตกต่างจากการค้นพบของผู้วิจัยกับวรรณกรรม เพื่อนำไปสู่การสนับสนุนและการขยายผลข้อค้นพบ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2542)

5. ผู้วิจัยใช้ประโยชน์จากบันทึกการสะท้อนคิด (Reflexive Journal) ผู้วิจัยสะท้อนคิดและเขียนบันทึกความรู้สึกของตนเองต่อการเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละครั้ง เพื่อตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึกและความพร้อมของตัวผู้วิจัยเองต่อกระบวนการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อสร้างความตระหนักในปัญหา อุปสรรคและความอคติของผู้วิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการบันทึกการสะท้อนความคิดของผู้วิจัย เช่น ขณะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล มีเจ้าหน้าที่พยาบาลมาเคาะห้อง ทำให้ผู้วิจัยบันทึกการสะท้อนคิดเตือนตัวเองว่าการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปต้องมีป้ายบอกหน้าห้องว่ากำลังสัมภาษณ์ผู้ป่วยอยู่ และขณะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยสังเกตเห็นผู้ให้ข้อมูลปากแห้ง เสียงแหบ ทำให้ผู้วิจัยบันทึกการสะท้อนคิดเตือนตัวเองว่าการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ต้องนำน้ำดื่มเตรียมมาให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยขณะทำการสัมภาษณ์

ระยะที่ 3 การเขียนรายงานการวิจัย

มีขั้นตอนการเขียนรายงานการวิจัย ดังนี้

1. ตรวจทานการเขียนรายงานการวิจัยโดยการอ่านอย่างละเอียดตลอดทั้งฉบับหลาย ๆ ครั้ง เพื่อเป็นการตรวจดูความกลมกลืนของเนื้อหา ตรวจสอบความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องของรายงานการวิจัย

2. เมื่อเสร็จสิ้นการเขียนรายงานการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และปรับเสริม แก้ไข ขัดเกลาการเขียนรายงานการวิจัยในส่วนที่ยังบกพร่องให้มีความแน่นหนา กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่ายจนกระทั่งได้รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

สรุปกระบวนการดำเนินการวิจัย

ในกระบวนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะได้ทำการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ และบันทึกข้อมูลไปพร้อมกัน ซึ่งจะมีการปรับเปลี่ยนกลับไปกลับมาตลอดกระบวนการวิจัย โดยในช่วงที่ข้อมูลไม่อิ่มตัว ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไปบนฐานข้อมูลที่เก็บได้เพื่อทำการเก็บข้อมูลเพิ่มอย่างเป็นวงจนต่อเนื่องจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว จึงยุติการเก็บข้อมูล จากนั้นทำการเขียนรายงานการวิจัย และขัดเกลา ให้เป็นรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมาย เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักฉุกเฉิน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นวิธีการหลักในการเก็บรวมรวบข้อมูล คัดเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) และให้รหัสเชิงทฤษฎี (Theoretical Coding) จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัวเชิงทฤษฎี (Theoretical Saturation) ผลการวิจัย นำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน

ดังรายละเอียดคือ

ส่วนที่ 1 ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินในสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 5 คน เพศชายจำนวน 5 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีจำนวน 4 คน รองลงมา อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปีจำนวน 3 คน ทุกคนมีสัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรสคู่ และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 4 คน ปริญญาตรีจำนวน 3 คน ประกาศนียบัตรวิชาชีพจำนวน 2 คน และมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 คน

การประกอบอาชีพของผู้ให้ข้อมูล มีทั้งค้าขาย ทำนา รับราชการและรับจ้าง แหล่งสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล ผ่านสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 6 คน สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาล สิทธิข้าราชการจำนวน 4 คน ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกที่มีการอุดตันของหลอดเลือดดำ (Thromboses External Hemorrhoid) วิธีการผ่าตัดที่ได้รับ คือ การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินชนิดปิด (Closed Hemorrhoidectomy) โดยได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลัง (Spinal Block) ระยะเวลาทำผ่าตัดส่วนใหญ่ไม่เกิน 20 นาทีจำนวน 6 คน ระยะเวลาทำผ่าตัดรองลงมาอยู่ระหว่าง 21-25 นาทีจำนวน 3 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด สำหรับประสบการณ์การผ่าตัดอื่นมาก่อน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 คนไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด

ส่วนที่เหลืออีก 5 คนมีประสบการณ์การผ่าตัดอื่นโดยการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย แสดงดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (10 คน)
เพศ	
หญิง	5
ชาย	5
อายุ (ปี)	
21-30	1
31-40	2
41-50	4
51-60	3
สัญชาติ	
ไทย	10
ศาสนา	
พุทธ	10
สถานภาพ	
สมรสคู่	10
ภูมิลำเนา	
ชัยภูมิ	10
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาปีที่ 6	4
มัธยมศึกษาปีที่ 6	1
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	2
ปริญญาตรี	3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (10 คน)
อาชีพ	
ค้าขาย	3
ทำนา	3
รับราชการ	2
รับจ้าง	2
แหล่งสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล	
ผ่านสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลโครงการ-หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6
ผ่านสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการ	4
การวินิจฉัยโรค	
Thromboses External Hemorrhoid	10
การผ่าตัด	
Closed Hemorrhoidectomy	10
การได้รับยาระงับความรู้สึก	
ยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลัง-(Spinal Block)	10
ระยะเวลาทำผ่าตัด (นาที)	
11-15	2
16-20	4
21-25	3
26-30	1
ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด	
ไม่มี	10
ประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน	
ไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด	5
มีประสบการณ์การผ่าตัดอื่นโดยได้รับยาระงับ-ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย	5

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประสบการณ์การผ่าตัดเริ่มตั้งแต่ช่วงที่ผู้ป่วยเข้าสู่ประตูห้องผ่าตัด ย้ายจากรถนอนภายนอกห้องผ่าตัด เพื่อเปลี่ยนถ่ายสู่รถนอนของห้องผ่าตัดและย้ายสู่เตียงผ่าตัด ได้รับการเตรียมผ่าตัดและรับการผ่าตัดจนกระทั่งสิ้นสุดผ่าตัดและเตรียมส่งผู้ป่วยออกจากห้องที่ใช้ทำผ่าตัด เพื่อไปยังห้องพักฟื้น แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประสบการณ์ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกและก่อนการผ่าตัด

ระยะที่ 2 ประสบการณ์ได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

ระยะที่ 3 ประสบการณ์สิ้นสุดการผ่าตัด

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ประสบการณ์ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกและก่อนการผ่าตัด

ความเจ็บปวด

การเผชิญความเจ็บปวดริดสีดวงทวารหนัก

ขณะที่ผู้ป่วยนอนรอเพื่อรับการผ่าตัดภายในห้องผ่าตัด ในช่วงก่อนได้รับการฉีดยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังจากวิสัญญีแพทย์ ผู้ป่วยบางคนเผชิญกับความเจ็บปวดริดสีดวงทวารหนัก ซึ่งปวดมาก ปวดตลอดเวลา มีทั้งปวดแป๊บ ๆ ปวดตุบ ปวดแสบปวดร้อน ปวดถ่ายตลอดเวลา ปวดจนทำให้กระดิกตัวไม่ได้ ส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้รู้สึกห่อเหี่ยวใจ ไม่ต้องการพูดคุยกับใคร มีอารมณ์หงุดหงิด กระวนกระวาย โกรธง่าย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยมีความต้องการได้รับผ่าตัดทันที พร้อมที่จะเสี่ยงหรือเผชิญกับอันตรายจากการผ่าตัด เพื่อจะได้พ้นจากความเจ็บปวดดังกล่าว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....อาการปวดริดสีดวงทวารหนักก่อนผ่าตัด ปวดมาก ปวดตลอดเวลา ปวดสุดยอดเลย บริเวณรูทวารหนัก ปวดแบบตุบ ๆ แสบ ๆ ร้อน ๆ มันปวดถ่ายตลอดเวลา ปวดมากจนทนไม่ได้แล้ว ให้คะแนนความปวดสูงสุดเลย 10 คะแนน ทรมานที่สุด ปวดไม่เหมือนอาการปวดอย่างอื่น มันทำให้จิตใจเราห่อเหี่ยว ไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากมองหน้าใคร เห็นใครก็ขวางหูขวางตาไปหมด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ทำอย่างไรก็ได้ อยากเอามันออกเร็ว ๆ เอาออกไปไกล ๆ รู้สึกไม่ดีเลย

(ผู้หญิง อายุ 36 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....อาการปวดริดสีดวงทวารหนักก่อนผ่าตัด ปวดแป๊บ ๆ เวลานอน และทรมานมาก ให้คะแนนความปวด 10 คะแนนเลยค่ะ....."

(ผู้หญิง อายุ 41 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ก้อนริดสีดวงทวารหนัก มันทำให้ลุงปวดมาก ปวดอย่างเดียว ปวดที่สุดเลย ให้คะแนนความปวด 10 คะแนน ปวดจนไม่มีอะไรจะเหมือน (เปรียบเทียบ) ได้ ปวดจนทำให้กระดิกตัวไม่ได้ มันทำให้ลุง หงุดหงิดมาก อารมณ์ไม่ดี ไม่อยากพูดคุยกับใคร อยากอยู่นิ่ง ๆ นอนหลับตานะแต่ก็นอนไม่หลับ มันทำให้ความดันโลหิตสูง เพราะปกติความดันโลหิตลุงไม่สูง ลุงวัดของลุงเป็นประจำ....."

(ผู้ชาย อายุ 59 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดริดสีดวงทวารหนัก

การบีบกดที่ตำแหน่งริดสีดวงทวารหนัก

ริดสีดวงทวารหนักในระยะที่มีการอักเสบ การนอนหงายหรือนอนตะแคงตามปกติ จะทำให้แก้มก้นบีบกดริดสีดวงทวารหนัก ส่งผลทำให้ระดับความปวดเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....เวลานอน ถ้ามันหนีบทับหัวริดสีดวงทวารหนัก มันจะปวดมาก....."

(ผู้หญิง อายุ 41 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

"....ช่วงแรกที่มีผู้ชายเข็นรถเข้ามารับ เราก็นอนหงายปกติ มันปวดทวารหนักมาก มันอักเสบมีหัวออกมานอกทวารหนัก....."

(ผู้ชาย อายุ 59 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

"....นอนก็นอนไม่ได้ นอนไม่หลับ มันหนีบทับหัวริดสีดวงทวารหนักและปวดถ่ายตลอดเวลา....."

(ผู้หญิง อายุ 36 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

การจัดการกับความเจ็บปวดริดสีดวงทวารหนัก

เลือกท่านอนที่สบาย

ผู้ป่วยจัดการกับความเจ็บปวดริดสีดวงทวารหนัก โดยพยายามเลือกท่านอนที่สบาย ซึ่งพบว่า เป็นท่าที่นอนหงาย ยกเข่าสูง 2 ข้าง แยกเข่าออกจากกันเล็กน้อย เพื่อไม่ให้หนีบหรือกดก้อน

ริดสีดวงทวารหนัก นอนนิ่ง ไม่ขยับหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อจะได้ไม่ปวด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ปวดจนทำให้กระดิกตัวไม่ได้ ต้องพลิกตะแคงตัวหาท่าที่สบาย ๆ ลุงนอนหงาย ตั้งหัวเข่าสองข้าง แยกขาออก ท่านี้ลุงนอนได้นาน มันทำให้ความปวดลดลงเหลือครึ่งหนึ่ง แต่ก็ไม่มีท่าไหนที่สบายที่สุด....."

(ผู้ชาย อายุ 59 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....อาการปวดริดสีดวงทวารหนัก มันปวดมาก เวลานอนต้องนอนยกขาอีกข้างไม่ให้มันหนีบ (กดทับ)หัวริดสีดวงทวารหนัก....."

(ผู้หญิง อายุ 41 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....เวลานอน ลุงจะนอนไม่ให้ทับ (กดทับ) ก้น (ริดสีดวงทวารหนัก) มันก็ทำให้ความปวดของริดสีดวงทวารหนักลดลงไปครึ่งหนึ่ง ....."

(ผู้ชาย อายุ 60 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

อดทนและสวดมนต์

ผู้ป่วยจัดการกับความเจ็บปวดริดสีดวงทวารหนัก โดยการอดทนและการสวดมนต์ ทำให้บรรเทาอาการเจ็บปวดริดสีดวงทวารหนักได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....เมื่อมีอาการปวดขึ้นมา ลุงก็ใช้ความอดทน ระงับความรู้สึกปวด ทำให้ลุงบรรเทาอาการปวดริดสีดวงทวารหนัก....."

(ผู้ชาย อายุ 59 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....อาการปวดริดสีดวงทวารหนัก มันปวดมาก แต่เราก็เป็นคนที่มีความอดทนมากก็อดทนกับอาการปวดมาตลอด....."

(ผู้หญิง อายุ 41 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....อาการปวดริดสีดวงทวารหนัก ปวดมาก เราใช้การสวดบทคาถาชินบันชรจนจบ แล้วก็สวดต่อเรื่อย ๆ ตลอดเวลา ทำให้รู้สึกบรรเทาปวดลงได้....."

(ผู้หญิง อายุ 36 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

ระยะที่ 2 ประสบการณ์ได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

ความกลัว

กลัววิธีการให้ยาชาทางไขสันหลัง

ขณะที่วิสัญญีแพทย์ฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง วิสัญญีแพทย์จะบอกทุกครั้งว่าให้นอนนิ่ง ๆ เจ็บเล็กน้อย แต่ผู้ป่วยก็ยังรู้สึกกลัวการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเกร็งร่างกายก่อนและขณะวิสัญญีแพทย์ฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังให้ และเกิดอาการตกใจขณะฉีดยาชาเข้าที่ไขสันหลัง อาการดังกล่าวส่งผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจแรง ผู้ป่วยมีการรับรู้ได้ว่าวิสัญญีแพทย์ฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง 2 เข็ม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ขณะหมอฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง หมอบอกว่าฉีดยาชาก่อนนะ นอนนิ่ง ๆ แล้วหมอก็รีบทายาทันที เย็น ๆ ที่หลังนะ ขณะนั้นเราใจจดใจจ่อที่ปลายเข็ม มันจะลงตรงไหนเรา พอหมอฉีดยาชาที่สันหลังเรา เกิดอาการสะดุ้งกลัว ....."

(ผู้หญิง อายุ 42 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....หมอแนะนำว่าขณะที่หมอแทงเข็ม อย่าดิ้น อย่ากระตุกหลัง แต่พี่ก็เกร็ง เวลาหมอแทงเข็มเข้าไปที่สันหลัง จะกลัวมาก ความรู้สึกเหมือนเข็มมันเล็กนิดเดียว เจ็บนิดนึ่ง (เล็กน้อย) รู้สึกว่าหมอจะแทงเข็มเข้าที่สันหลังสองเข็ม....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....หมอบอกว่าเวลาหมอแทงเข็มไม่ให้ดิ้น มันจะทำให้ยาชาที่ฉีดไม่เข้าไปในไขสันหลัง กลัวขณะหมอบอกว่าให้นอนขดงอตัว เพราะไม่เคยทำ เวลาหมอแทงเข็มจะสะดุ้งกลัว หัวใจเต้นแรง ตุบ ๆ แบบรู้สึกในตัวเองและเกิดขึ้นช่วงหนึ่ง ....."

(ผู้หญิง อายุ 36 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

กลัวกระบวนการออกฤทธิ์-การหมดฤทธิ์ของยาชาก่อนการผ่าตัดสิ้นสุด

ขณะที่ได้รับการฉีดยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลัง ผู้ป่วยรู้สึกกลัว โดยกลัวว่าอาจเกิดเทคนิคผิดพลาดแล้วทำให้เกิดความพิการ คิดสงสัยเกี่ยวกับการผ่าตัดและคิดขยายไปต่าง ๆ นานา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่ยาชาเริ่มออกฤทธิ์ รู้สึกร้อน-ชา ไล่ระดับตามแนวสันหลัง หายใจไม่ทั่วท้อง ยกขาไม่ได้ ร่างกายกระตุกและหนาวสั่น และร่างกายท่อนล่างไม่รับความรู้สึก จับดูก็ไม่รู้ว่าเป็นขาของตนเอง และคิดกลัวยาชาหมดฤทธิ์ก่อนที่การผ่าตัดจะสิ้นสุดลง ซึ่งจะทำให้ตนเองต้องอยู่กับความเจ็บปวดขณะถูกผ่าตัด ทำให้เพิ่มระดับความรู้สึกกลัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....พอหมอฉีดยาที่หลังเรา เกิดอาการสะดุ้ง กลัว สักพักก็ร้อนวาบ ชาวาบ ลักษณะเหมือนมีน้ำเป็นก้อน ๆ เป็นลอน ๆ เข้าหลังเรา แล้วอีกสักพัก ก็ยกขาไม่ขึ้น ยกไม่ได้ ทุกสิ่งทุกอย่างเหมือนทะเลก้อนใหญ่พัดมา วิ่งมาถึงเอว สักพักหนึ่ง คล้าย ๆ ขึ้นมาเรื่อย ๆ หายใจไม่ออก หายใจไม่ทั่วท้อง เราก็ร้องคราง มือสั่น กระตุก ปากสั่นกระตุก หนาวสั่น กลัวการผ่าตัด บรรยายไม่ถูก มันจะเป็นแบบไหน คิดไปต่าง ๆ นานา มันจะเจ็บไหม อยากให้เสร็จ ตัดมัน (ริดสีดวงทวารหนัก) ไปเลย ทำอะไรก็ทำ ทำให้เสร็จเร็ว ๆ เพราะกลัวยาชาหมดฤทธิ์ก่อน....."

(ผู้หญิง อายุ 42 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....พยาบาลบอกว่า การผ่าตัดครั้งนี้จะบล็อก (Block) หลังให้ พี่เลยคิดขึ้นมาว่าเราเคยได้ยินหลาย ๆ คน ว่าการบล็อก (Block) หลัง จะเกิดขาที่ชาแล้วไม่หาย ขาไม่กลับคืนเหมือนเดิม ทำให้รู้สึกเกิดความกลัวขึ้นมาทันที ที่ว่ากลัวเพราะว่า มันอยู่ตรงกระดูกสันหลังนะ เราก็กลัวว่ามันจะพลาดไหม ถ้าพลาดแล้วเราจะ เสียขาไหม จะเป็นเปลี้ยเป็นง่อยไหม จะพิกลพิการหรือไม่ ยอมรับว่ากลัว....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....หมอ ใช้เข็มแทงที่สันหลังประมาณ 3 ครั้ง รู้สึกแป๊บ ๆ แล้วก็ค่อย ๆ ชาขึ้นจากท้องลงไปที่ขาทั้งสองข้าง ท่อนบนนี้รู้สึกตลอดเวลา ยกแขนได้ ส่วนท่อนล่างไม่รู้สึก คล้ายว่าเป็นเหน็บชา หนักอึ้ง ตึงเลย จับดูที่ขาทั้งสองข้าง ไม่รู้ว่าเป็นขาของเรา ทำให้รู้สึกกลัว....."

(ผู้ชาย อายุ 60 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

กลัวความไม่ปลอดภัย จากเครื่องมือ อุปกรณ์ และสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด

ขณะที่ผู้ป่วยเข้าไปอยู่ภายในห้องผ่าตัดได้เห็นเครื่องมืออุปกรณ์ สภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยคิดกลัวสภาพของผู้ป่วยอื่นที่พบในห้องผ่าตัดจากการรับรู้ว่ามีการเตรียมผู้ป่วยอื่นภายในห้องผ่าตัด เพื่อรับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พร้อมได้รับการทำผ่าตัดก่อนหน้าตนเอง และผู้ป่วยตั้งข้อสงสัยถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ที่พยาบาลอาจให้ความช่วยเหลือไม่ทัน จากการที่ผู้ป่วยได้รับรู้การทำงานของพยาบาลห้องพักฟื้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอื่นภายหลังจากผ่าตัดเสร็จแล้ว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยภายหลังจากผ่าตัดเสร็จแล้วที่จะได้รับจากพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ขณะเข้าห้องผ่าตัด รู้สึกกลัว หนูจะมองไปรอบ ๆ ตั้งคำถามกับตัวเองว่า เครื่องมืออันนี้ มีเอาไว้ทำอะไรนะ....."

(ผู้หญิง อายุ 36ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ช่วงตอนรอรับการผ่าตัด มองซ้าย มองขวา มองผู้ป่วยคนนั้นคนนี้ที่เข็นเข้าห้องผ่าตัด เข็นออกจากห้องผ่าตัด เราดูอาการผู้ป่วยที่ผ่าตัดเสร็จแล้วออกมา เขามีอาการหนักบ้างหรือเบาบ้าง เราคิดว่าจะเป็นเหมือนเขาไหม คิดกลัวขึ้นมา เราสังเกตดูสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ห้อง ดูการทำงานของพยาบาล บางคนดูแลคนไข้ ห่มผ้าและให้ออกซิเจน บางคนดูทีวี ได้ยินเสียงพยาบาลพูดคุยกันเรื่องต่าง ๆ เรามีความคิดขึ้นมาว่า ถ้าคนไข้เกิดปฏิกิริยาของร่างกาย คนไข้ไม่รู้สึกตัวขึ้นมา จะช่วยอย่างไร จะเกิดอะไรขึ้น กลัวความไม่ปลอดภัย พยาบาลจะช่วยเหลือทันหรือไม่ ....."

(ผู้หญิง อายุ 42 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ขณะลุงนอนรอทำผ่าตัดอยู่ ได้ยินเสียงหมอ บอกคนไข้ให้หายใจเข้า-ออกลึก ๆ ยาว ๆ หายใจแรง ๆ เหมือนกับหมอใส่ยาสลบ คนไข้คนอื่น เหมือนกับว่าเสียงที่ได้ยินจะทำกับคนไข้ 2 คน หนึ่งในนั้นมีเด็กด้วย เมื่อได้ยินเสียง ลุงก็ตั้งสติตัวเองไม่คิดถึงคนอื่น ....."

(ผู้ชาย อายุ 59 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัว

เป็นการผ่าตัดฉุกเฉินที่ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน

ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นการผ่าตัดฉุกเฉินไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยคิดถึงญาติที่ยังไม่ได้รับทราบการมาทำผ่าตัดฉุกเฉิน กลัวญาติจะหาไม่พบว่าอยู่ที่ไหน ขณะที่เข้าห้องผ่าตัดญาติยังไม่รับทราบ และขณะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องเผชิญ ทำให้ผู้ป่วยคิดถึงความตาย คิดถึงบุคคลที่รักและห่วงใยว่าจะมีใครดูแลหรือไม่ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....คิดถึงคนอยู่บ้าน ผมมาผ่าตัดคนเดียว ผมไปหาคุณหมอที่คลินิก คิดว่าจะได้กลับบ้าน แต่คุณหมอบอกว่าเป็นหนัก ต้องได้รับการผ่าตัด คุณหมอเขียนใบส่งตัวให้มาที่โรงพยาบาล ผมไม่ได้บอกภรรยาและลูก ว่าได้อยู่ห้องไหน ไม่รู้เขาจะมาถูกหรือเปล่า ขณะที่ทำผ่าตัดไม่มีญาติมาเฝ้า....."

(ผู้ชาย อายุ 60 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

"....คิดถึงลูก คิดว่าถ้าเราเป็นอะไรไป เราเกิดตาย ใครจะเลี้ยงลูก คิดถึงอนาคตลูก"

(ผู้หญิง อายุ 42 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

คิดล่วงหน้าไปทางลบ

ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ภายในสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยเกิดความเคลือบแคลง หรือสงสัยถึงวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกจะโดยวิธีใดและวิธีที่ได้รับจะมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดหลัง พิการ เป็นอันตรายถึงชีวิตหรือไม่ และผู้ป่วยเป็นคนคิดมาก ยิ่งเวลาที่รู้สึกไม่สบายจะคิดไปล่วงหน้าถึงเหตุการณ์อะไรจะเกิดต่อไปในทางลบ เช่น คิดว่าการได้รับยาชาทางไขสันหลังจะทำให้พิการเป็นอัมพาต หรือว่าการดมยาสลบจะทำให้ไม่ฟื้น หรือว่าถ้าเกิดเหตุไฟไหม้คงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ฉันเป็นคนที่ค่อนข้างจะคิดมาก เคยได้ยินหลาย ๆ คนพูดว่า การบล็อก (Block) หลัง จะเกิดอาการพิการได้ เพราะว่ามันอยู่ตรงกระดูกสันหลัง กังวลเวลาไม่สบาย จะคิดไปล่วงหน้า ว่ามันจะเป็นอย่างไร จะเกิดเหตุการณ์อะไรต่อไป อย่างตอนที่จะต้องเข้าผ่าตัด ก็คิดกลัวว่า ถ้าบล็อก (Block) หลัง (การฉีดยาชาเข้าที่ไขสันหลัง) จะเป็นอันตราย เป็นง่อยเปลี้ยเสียขาไม๊ ถ้าดมยาสลบ จะเป็นเหมือนข่าวที่ว่ามีคนที่ดมยาสลบแล้วไม่ฟื้นหรือเปล่า....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ช่วงแรกของการเข้าห้องผ่าตัด มีความรู้สึกกลัวมาก การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักครั้งนี้ หมอจะทำอย่างไรกับเรานะ การบล็อก (Block) หลัง (การฉีดยาชาเข้าที่ไขสันหลัง) ยาชาไม่หมดฤทธิ์จะทำให้เดินไม่ได้ หรือจะเกิดการเป็นอัมพาตหรือไม่....."

(ผู้หญิง อายุ 41 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ตอนแรกเข้าห้องผ่าตัด ก็กลัว บรรยายไม่ถูก มันจะเป็นแบบไหน คำว่าบล็อก (Block) หลัง (การฉีดยาชาเข้าที่ไขสันหลัง) เป็นแบบไหน บล็อก (Block) หลัง อย่างไร มันจะทำให้ปวดหลังหรือไม่ เคยมีคนเล่าให้ฟังว่า ถ้าบล็อก (Block) หลัง จะทำให้ต่อไปจะปวดหลัง หลังจาก บล็อก (Block) หลัง เราก็นอนคิดต่อไปว่า ถ้าเกิดไฟไหม้เราจะหนีอย่างไร จะทำอย่างไร จะมีคนมาช่วยเราหรือไม่ คิดกลัวตาย หมอคงจะวิ่งช่วยคนนั้นคนนี้ แล้วจะมาช่วยเราหรือไม่....."

(ผู้หญิง อายุ 42 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

ความรู้ ความเข้าใจ การได้รับข้อมูลและการดูแลจากทีมผ่าตัด

ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี และข้อจำกัดของการให้ยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลัง และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ร่วมกับการได้รับการยืนยันว่ามีแพทย์ที่มีความชำนาญให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีเพื่อนจากการสนทนาของบุคลากรในห้องผ่าตัด ประกอบกับได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยการสัมผัสจากพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เอาใจใส่ พูดคุย อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและสำคัญมาก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจถึงความปลอดภัย สบายใจและคลายความกลัวลงได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....พอเข้าไปในห้องเตรียมผ่าตัด มีพยาบาลมาบอกว่า จะบล็อก (Block) หลังให้นะ และแนะนำว่าเป็นวิธีการ ที่หมอนิยมใช้กับคนที่ทำผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก มันไม่เป็นอันตราย แล้วก็มีวิสัญญีแพทย์ที่มีความชำนาญอยู่ดูแลใกล้ ๆ คนไข้ที่ใช้วิธีการนี้ จะรู้สึกตัวตลอดเวลา ขณะที่หมอทำผ่าตัดและหลังผ่าตัด จะไม่เจ็บปวดแผล แต่ถ้าดมยาสลบ พอฟื้นขึ้นมาจะเจ็บปวดแผลเลย และปวดมากด้วย แล้วก็แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวก่อนจะบล็อก (Block) หลัง ว่าจะทายาเย็น ๆ ที่หลัง พอผ่าตัดเสร็จแล้ว 3 ชั่วโมงหลังจาก บล็อก (Block) หลัง ขาทั้งสองข้าง จะกลับคืนสู่สภาพเหมือนเดิม ตอนกลับไปถึงห้องพักที่หอผู้ป่วย ถ้าไม่มีคลื่นไส้-อาเจียน ก็สามารถรับประทานอาหารได้เลย สองวันแรกหลังผ่าตัดให้ดื่มน้ำเยอะ ๆ พยาบาลดูแลเรื่องน้ำเกลือ ที่ไม่ไหลให้ไหลดีขึ้น มาตรวจเช็คร่างกายตลอดเวลา ปฏิบัติต่อผู้ป่วยดี รู้สึกสบายใจ ที่ได้ยินเสียงหมอกับพยาบาลพูดคุยกัน เรื่องนั้น เรื่องนี้ คุยเรื่องหนัง เหมือนมีเพื่อนอยู่ในห้องผ่าตัด ทำให้รู้สึกลดความกลัว และสบายใจขึ้นมาก....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด มีพยาบาลเดินเข้ามาถาม ว่าอยู่ที่ไหน เป็นอะไรมา เพื่อไม่ให้ผมกลัว ถามผมว่ามีโรคประจำตัวอะไรไหม เคยปวดหลังหรือไม่ เคยแพ้ยาอะไรบ้าง อาการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นอย่างไรบ้าง และมีพยาบาลมาบอกว่า หลังฉีดยาจะมีอาการชาตั้งแต่เอวถึงปลายเท้า ส่วนบนใช้งานได้ ส่วนท่อนล่างใช้งานไม่ได้ เหมือนเป็นเหมือนอัมพาต ประมาณ 2 ชั่วโมง และได้ยินเสียงหมอกับพยาบาล พูดคุยกันสนุกสนาน เสียงพยาบาลถามหมอว่าใช้ไฟเท่าไหร่ หมอตอบว่า 35 แล้วก็ลดลง 30 แล้วก็ลดลง 25 ไม่รู้สึกรำคาญเสียง

ครับ รู้สึกว่ามีเพื่อนไม่ได้อยู่คนเดียว ได้ยินเสียงรองเท้าเดินในห้องผ่าตัด มีพยาบาลประมาณ 4-5 คนครับ ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น....."

(ผู้ชาย อายุ 30 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด หมอบอกว่า จะบล็อก (Block) หลังด้วยการฉีดยาชา พอฉีดยาชาเข้าที่หลัง จะมีอาการชาครึ่งตัว และขาจะหนักไม่รู้สึกอะไร จะได้ไม่รู้สึกเจ็บขณะผ่าตัด พยาบาลจะเข้ามาจับสัมผัสเรา ทำให้เรารู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง มีกำลังใจขึ้น พยาบาลเป็นกันเองกับผู้ป่วยมาก พยาบาลจะพูดคุย คลุกคลีอยู่กับเรา ทำให้เรารู้สึกไม่กลัว ไม่วิตกกังวลค่ะ มีความสบายใจ ประทับใจทุกขั้นตอนที่หมอและพยาบาลทำกับเราค่ะ มันสำคัญมากเลยค่ะ....."

(ผู้หญิง อายุ 41 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

มีความรู้สึกตัวขณะผ่าตัด

ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวขณะผ่าตัด สามารถรับรู้เหตุการณ์แวดล้อมและเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายของตนเองได้ เช่น ขั้นตอนและกิจกรรมการผ่าตัดตลอดจนอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ รวมถึงกลิ่นไหม้ที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า สามารถพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลได้ ไม่มีความรู้สึกรับรู้การทำผ่าตัดที่กำลังเกิดขึ้น เพราะการผ่าตัดไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าขณะนั้นแพทย์ยังไม่ได้ทำผ่าตัดให้กับตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่มีรู้สึกกลัวการผ่าตัดอย่างที่คิดไว้ล่วงหน้า ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....พี่รู้สึกว่า หมอไม่ได้ทำผ่าตัด เพราะเราไม่รู้สึกอะไรเลย แต่ว่าได้ยินเสียงหมอสั่งพยาบาลให้ส่งกรรไกร เข็ม แต่ความรู้สึกตอนนั้น พี่คิดว่าหมอไม่ได้ทำผ่าตัดกับเรา ไม่มีอะไรมาถูกเนื้อต้องตัวเราเลย ก็เลยทำให้เราสบายใจว่าแพทย์ ไม่ได้ทำอะไรกับเราเลย ไม่น่ากลัวอย่างที่พี่คิดไว้....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

"....ขณะผ่าตัด ลุงรู้สึกว่า หมอทำอะไรอยู่ แต่มันไม่เจ็บปวด รู้สึกอุ่นที่ทวารหนักเล็กน้อย รู้สึกได้กลิ่น เหมือนกลิ่นยางหรือสายพานไหม้ แต่คิดว่าคงเป็นขั้นตอนการทำผ่าตัดของหมอ ทำให้เราไม่กลัวการผ่าตัด....."

(ผู้ชาย อายุ 60 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....เหมือนได้ยินเสียงคนทำอะไรกับเรา เสียงหมอขอเครื่องมือ เหมือนมีเครื่องมือวางอยู่ที่บนหลังตลอดเวลา เช่น กรรไกร อุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่รู้สึกกลัวการผ่าตัด เพราะมันไม่เจ็บปวด มีอีกเรื่องหนึ่งหนูได้กลิ่นเหม็นไหม้ มันมาเป็นระยะ มันคือกลิ่นอะไรพี่ หรือว่าหมอใช้เลเซอร์ขณะผ่าตัด....."

(ผู้หญิง อายุ 36 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

การจัดการกับความกลัว

หลับตาเพื่อตัดสิ่งเร้าภายนอก

ผู้ป่วยจัดการกับความกลัวด้วยการตัดสิ่งเร้าภายนอก พยายามหลับตาลดการรับรู้สิ่งภายนอกตัวเพื่อจะได้ลดสิ่งกระตุ้นความกลัว เช่น เครื่องมือแพทย์ คนไข้ที่มาทำผ่าตัด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ผมกลัว พยายามหลับตา ไม่รับรู้บางสิ่งบางอย่าง ถ้ารู้แล้ว จะกลัวมาก สู้ไม่รู้ดีกว่า ไม่ต้องดูดีกว่า จะได้ไม่มีความรู้สึกกลัว....."

(ผู้ชาย อายุ 30 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

"....ตั้งแต่เข้าห้องผ่าตัด ลุงนอนหลับตาอย่างเดียว ไม่มองใครเลย ไม่เห็นอะไรเลย ลุงกลัวเห็นอะไรในห้องผ่าตัด ทุกอย่างเลย เช่น เครื่องมือแพทย์ คนไข้ที่มาทำผ่าตัด ทำให้ลุงกลัวมากขึ้น....."

(ผู้ชาย อายุ 59 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

"....ขณะเข้าห้องผ่าตัด เรารู้สึกกลัวมาก ๆ นอนหลับตา ทำให้ไม่เห็นเครื่องมือ ไม่เห็นอะไร ไม่รับรู้อะไร ถ้าเห็นจะกลัว ต้องตัดปัญหา ไม่เห็นดีกว่า....."

(ผู้หญิง อายุ 41 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

เบี่ยงเบนความคิด

เบี่ยงเบนความคิดไปสู่การเชื่อมั่นในฝีมือการผ่าตัดของแพทย์และทีมผ่าตัด

ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความคิดไปสู่การเชื่อมั่นในฝีมือการผ่าตัดของแพทย์และทีมผ่าตัด ที่มีองค์ความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญรักษาผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักให้หายเป็นปกติและเชื่อว่าในปัจจุบันวงการแพทย์มีการพัฒนาองค์ความรู้และเครื่องมือที่ทันสมัยมากขึ้น ซึ่งสามารถทำการผ่าตัดให้กับผู้ป่วยแบบไม่รู้สึกถึงความเจ็บปวดขณะผ่าตัดทั้งที่ยังรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลา ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....หมอเค้ามีความรู้เฉพาะทาง เค้าเรียนมาแล้ว ต้องรักษาเราได้ ลุงคิดว่าปัจจุบันนี้ หมอมีความรู้ ที่พัฒนาก้าวหน้ากว่าสมัยก่อนมาก เพราะว่าทำผ่าตัดครั้งนี้ มันไม่เจ็บปวดเลย ลุงทำใจว่า เมื่อเรามาหาหมอแล้ว ถือว่าต้องเชื่อในฝีมือหมอ ถ้าไม่เชื่อต้องอยู่บ้าน คิดว่าหมอเท่านั้นจะช่วยเหลือเราได้ ทำให้ความกลัวลดลง....."

(ผู้ชาย อายุ 59 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ลุงมีความแน่ใจ และเชื่อมั่น ในฝีมือการทำผ่าตัดของหมอ ที่เคยทำผ่าตัดที่ผ่าน ๆ มาเยอะแยะมาแล้ว และมีความเชี่ยวชาญ ทำให้ความกลัวลดลงไปได้บ้าง ....."

(ผู้ชาย อายุ 60 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....เชื่อมั่นในฝีมือหมอ ว่าหมอทำผ่าตัดดี หมอสามารถรักษาโรคที่เราเป็นอยู่ให้หายเป็นปกติ ทำให้ลดความกลัวลงได้....."

(ผู้หญิง อายุ 42 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

เบี่ยงเบนความคิดไปสู่ผลการผ่าตัดซึ่งคาดว่าจะช่วยให้พ้นจากความปวดของริดสีดวงทวารหนัก

ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความคิดไปสู่ผลการผ่าตัดที่จะช่วยให้พ้นจากความปวดของริดสีดวงทวารหนัก โดยผู้ป่วยสร้างความรู้สึกว่าก้อนริดสีดวงทวารหนักที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดได้หายไป และสามารถรักษาผ่าตัดให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจขึ้น ไม่กลัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....รู้สึกว่าตัวหัวริดสีดวงทวารหนัก ที่เป็นตัวสร้างความเจ็บปวดให้กับเรานี้ หัวมันออกไปแล้ว ได้รักษาผ่าตัดแล้ว เดียวมันก็หายเป็นปกติ ต่อไปถ้าแผลหายดีแล้ว เราสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ไปทำไร่ ไถ่นาได้ ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น ไม่กลัว....."

(ผู้ชาย อายุ 59 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ลุงคิดไปว่า เมื่อเรามาทำผ่าตัดแล้ว มันจะหายจากโรคที่เราเป็นอยู่ แล้วจะทำให้เราแข็งแรงดี สามารถกลับไปทำงาน ทำนาได้ ทำให้มีกำลังใจขึ้น ....."

(ผู้ชาย อายุ 60 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ผมรีบเซนต์ใบยินยอมทันที จะทำอะไรได้เลย ทำผ่าตัดเลย เป็นไงเป็นกัน ผมอยากหายจากโรค อยากหายจากความทุกข์ทรมาน แพทย์คงทำผ่าตัดให้เราหายจากโรค ....."

(ผู้ชาย อายุ 37 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

เบี่ยงเบนความคิดไปอยู่กับร่างกาย บุคคลและสิ่งศักดิ์สิทธิ์

ผู้ป่วยใช้วิธีการเบี่ยงเบนความคิดไปอยู่กับร่างกาย บุคคล และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้ใจสงบและเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นที่พึ่งทางใจของผู้ป่วย ให้ช่วยคุ้มครอง ดูแลรักษาให้หายจากโรคภัย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยสบายใจและผ่อนคลายความรู้สึกกลัวลงได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ผมกลัวการทำผ่าตัดมากเลย พอเริ่มทำผ่าตัด ผมจะเริ่มดูการเต้นของหัวใจผมที่จอมอนิเตอร์ มันจะประมาณ 60-70 บางครั้งถึง 80-90 ถ้ามันต่ำลงถึง 60 ผมจะพยายามหายใจลึก ๆ หายใจเร็วขึ้น หายใจทางปากช่วยด้วย เพื่อให้หัวใจทำงาน มันก็จะเพิ่มขึ้น อาการมันดีขึ้น เต็มที่ 80 ....."

(ผู้ชาย อายุ 30 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ลุงกลัวมาก ลุงคิดถึงคุณพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์เทพเจ้า เหล่าเทวดาในสากลโลกนี้ ให้ช่วยคุ้มครอง ดูแลรักษาให้หายจากโรคภัย ลุงกล่าวถึงศาลพระภูมิ เจ้าที่ แม่ธรณีอยู่ที่บ้าน ของรักษา ทำให้จิตใจกล้าขึ้น ....."

(ผู้ชาย อายุ 60 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....กลัวมาก พี่คิดถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คุณพระคุณเจ้า คุณบิดา-มารดา กำลังใจของพี่ก็มีแค่นี้นะ พี่รู้สึกสบายใจขึ้น ทำให้กลัวลดลงมาก....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

ความอายที่ต้องเปิดเผยตำแหน่งที่เป็นริดสีดวงทวารหนักและอวัยวะเพศ

ผู้ป่วยมีความรู้สึกอายการเปิดเผยตำแหน่งที่เป็นริดสีดวงทวารหนักและอวัยวะเพศ ซึ่งตำแหน่งของริดสีดวงทวารหนักอยู่ในส่วนที่มิดชิดของร่างกาย เป็นสิ่งที่ต้องปกปิด ถ้าไม่มีเหตุการณ์ที่จำเป็นก็ไม่อยากให้ใครเห็น ซึ่งศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัดและทีมผ่าตัดเป็นเพศตรงกันข้ามกับผู้ป่วย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอายมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....อาย เพราะว่าเราเป็นผู้หญิงนะ เราก็ไม่อยากให้ใครเห็นอวัยวะของเราเช่นกัน เพราะเราถือว่าเป็นส่วนที่มิดชิดของร่างกาย ยิ่งหมอผ่าตัดเป็นหมอผู้ชาย ยิ่งทำให้เราอายมากขึ้น มันเป็นของปกปิดของเรานะ มันเป็นส่วนที่หน้าอาย ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่อยากให้ใครเห็น....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....อาย คิดว่าหมอคงเห็นของเรา แล้วหมอจะคิดอย่างไร กับเราหรือไม่ อยากหนีบขา แต่ก็ทำไม่ได้ ไม่รู้ว่าเป็นใครบ้างในห้อง หรือว่าผู้ปกครองเด็กเรา หรือเปล่า ....."

(ผู้หญิง อายุ 42 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....คิดอายนะ คิดไปว่าหมอคงเห็นอวัยวะในที่ลับของเรา หมอก็มีแต่ผู้หญิง....."

(ผู้ชาย อายุ 41 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอาย

การได้รับการปิดตาและการคลุมผ้าที่มิดชิดขณะทำหัตถการ

ผู้ป่วยได้รับการปิดตาและการคลุมผ้าที่มิดชิดขณะทำหัตถการ ทำให้ไม่เห็นและไม่รับรู้ถึงทุกสิ่งทุกอย่างภายในห้องผ่าตัดขณะทำการผ่าตัด ทำให้รู้สึกไม่อาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....พยาบาลถามว่า จะปิดตาหรือไม่ เราก็เลยบอกว่า ปิดก็ดีจะได้ไม่เห็นอะไร ไม่อยากรับรู้อะไร พยาบาลก็ปิดตาให้ ทำให้ความอายลดลงได้....."

(ผู้หญิง อายุ 41 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....พยาบาล ไม่พูดไม่ทำให้เรารู้สึกว่าอาย ปิดตาให้ มีผ้าคลุมบริเวณระหว่างส่วนหัวกับตัวหนู ทำให้รู้สึกไม่อาย....."

(ผู้หญิง อายุ 36 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ไม่รู้สึกอายเลย เพราะว่าพยาบาลจะบอกว่าลดผ้านะ และมีผ้าปิดคลุมให้จะเปิดเฉพาะบริเวณผ่าตัดเท่านั้น ทำให้ไม่รู้สึกว่าจะเปิดเผยร่างกายเรา....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

ภาวะที่ตำแหน่งผ่าตัดมีความชาไม่รับรู้ถึงการเปิดเผยหรือสัมผัส ณ ตำแหน่งดังกล่าว

ผู้ป่วยบรรยายถึงภาวะที่ตำแหน่งผ่าตัดมีความชาไม่รับรู้ถึงการเปิดเผยหรือสัมผัส ณ ตำแหน่งดังกล่าว ทำให้ไม่รู้สึกอาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ขณะทำผ่าตัด รู้สึกว่าหมอไม่ได้ทำผ่าตัด เพราะเราไม่รู้สึกอะไรเลยไม่มีอะไรมาถูกเนื้อต้องตัวเรา ทำให้ไม่รู้สึกอาย....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับขาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ขณะทำผ่าตัด ไม่รู้สึกอะไรเลย หมอทำอะไรไม่รู้สึกว่าได้ทำผ่าตัด หมอทำผ่าตัดเสร็จเมื่อไหร่ก็ไม่รู้สึก ทำให้ไม่รู้สึกอาย....."

(ผู้ชาย อายุ 37 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับขาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ขณะทำผ่าตัด ไม่รู้สึกอะไรเลย มันชา สักพักหมอบอกว่า ทำผ่าตัดเสร็จแล้ว ทำให้ไม่รู้สึกอายครับ....."

(ผู้ชาย อายุ 41 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับขาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

การจัดการกับความอาย

ปรับเปลี่ยนความหมายและเบี่ยงเบนความคิดจากความอายไปที่การรักษาตนให้หายจากริดสีดวงทวารหนัก

ผู้ป่วยจัดการกับความอาย โดยปรับเปลี่ยนความหมายและเบี่ยงเบนความคิดจากความอายไปที่การรักษาตนให้หายจากริดสีดวงทวารหนัก และคิดเปรียบเทียบกับผู้ป่วยคนอื่นที่มารักษาด้วยการทำผ่าตัดเหมือนตนเอง ซึ่งถ้าหากยังคงมีความคิดอายก็ไม่สามารถหายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เพื่อกลับสู่ภาวะปกติ ทำให้รู้สึกอายลงบ้าง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ก็คิดว่า อายหมอก็ไม่หาย คนอื่นเขาก็ทำเหมือนกัน ตัดความคิดไปเลย ทำให้รู้อายลดลง....."

(ผู้หญิง อายุ 42 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับขาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....แฟนพี่ว่าไม่อายหมอหรือ พี่ก็บอกว่ามันเป็นการรักษาโรคภัยไข้เจ็บนะ จะมัวแต่อายหมอ มันจะหายได้อย่างไร พอพี่คิดอย่างนี้ ทำให้สบายใจขึ้นมาก....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับขาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

ความรู้สึกไม่สุขสบายกายในกระบวนการผ่าตัด

เจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก เมื่อยคอและลำตัว

ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สุขสบายกายในกระบวนการผ่าตัด เจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก จากหน้าอกถูกกดทับนาน ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก อึดอัด และมีอาการปวดเมื่อยคอและลำตัวเพราะต้องนอนตะแคงหน้าข้างเดียว แขนทั้งสองข้างวางนิ่ง ๆ ลำตัวพลิกตะแคง

ไม่ได้ต้องนอนอยู่นิ่ง ๆ ตลอดเวลาขณะที่แพทย์ทำผ่าตัด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการให้การทำผ่าตัดเสร็จสิ้นโดยเร็ว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ขณะนอนคว่ำบนเตียงผ่าตัด มันทับหน้าอกของฉันนะ ทำให้หายใจไม่ออก อึดอัด คอของฉันต้องตะแคงข้างเดียว แขนมันต้องวางตรงอยู่นิ่งกระดิกไม่ได้ ที่นอนก็แคบเรากระดิกตัวไม่ได้ รู้สึกเมื่อย....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....เวลานอนคว่ำรู้สึกว่า มันทับหน้าอกนาน มันเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก รู้สึกว่าหมอทำผ่าตัดเป็นชั่วโมงเลย คิดว่าเมื่อไหร่จะทำผ่าตัดเสร็จ ปวดต้นคอเพราะต้องนอนตะแคงหน้าข้างเดียวตลอด....."

(ผู้หญิง อายุ 36 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ขณะนอนคว่ำบนเตียงผ่าตัด นอนตะแคงหน้าไปข้างเดียว กระดุกกระดิกไม่ได้ มันทำให้พี่รู้สึกไม่สบายปวดเมื่อยคอ ....."

(ผู้หญิง อายุ 46 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการความรู้สึกไม่สุขสบายกายในกระบวนการผ่าตัดอุปนิสัยไม่ชอบนอนคว่ำ

ขณะที่ผู้ป่วยนอนคว่ำอยู่บนเตียงผ่าตัดเบาะรองที่แข็ง เกิดการกดทับบริเวณหน้าอก ทำให้ผู้ป่วยหายใจไม่สะดวก อึดอัด คอต้องตะแคงข้างใดข้างหนึ่ง ประกอบกับผู้ป่วยมีอุปนิสัยไม่ชอบนอนคว่ำ ทำให้เพิ่มระดับความไม่สุขสบาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....เป็นคนที่ไม่ชอบนอนคว่ำ เพราะว่ามันทับหน้าอก ทำให้หายใจไม่ออก อึดอัด ขณะที่นอนคว่ำบนเตียงผ่าตัด ทำให้รู้สึกปวดเมื่อย....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ปกติหนูไม่ชอบนอนคว่ำอยู่แล้ว เวลานอนคว่ำรู้สึกว่าเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก ปวดต้นคอเพราะนอนตะแคงหน้า....."

(ผู้หญิง อายุ 36 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

ท่านอนและการถูกพันธนาการด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ขณะผ่าตัด

ผู้ป่วยบรรยายถึงความรู้สึกไม่สุขสบายจากท่านอน ต้องนอนคว่ำ ตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง แขนทั้งสองข้างวางนิ่ง ๆ ลำตัวพลิกตะแคงไม่ได้ต้องนอนอยู่นิ่ง ๆ และการถูกพันธนาการด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ขณะผ่าตัด มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตามร่างกาย ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ การตรวจการเต้นของหัวใจตลอดเวลาขณะที่แพทย์ทำผ่าตัด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ขณะนอนคว่ำ นอนตะแคงหน้าไปข้างเดียว แขนทั้งสองข้างกางออก พยาบาลผูกที่ข้อมือหลวม ๆ มีเครื่องมือมาติดที่ปลายนิ้วมือ แขนขวาวัดความดันโลหิต ขณะหมอทำผ่าตัดพี่นอนนิ่ง ๆ ตลอดเวลา ทำให้รู้สึกเมื่อย....."

(ผู้หญิง อายุ 46 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ขณะนอนคว่ำ นอนตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง แขนซ้ายกางออกพยาบาลผูกที่ข้อมือ ส่วนแขนขวาวัดความดันโลหิตตลอดเวลา แขนขวาพับงอได้วางไว้บริเวณใต้คอ พยาบาลถอดเสื้อบางส่วนออก เอาอะไรต่อมิอะไรมาติดที่ไหล่ หน้าอก ต้องนอนอยู่นิ่ง ๆ ตลอดเวลาขณะที่แพทย์ทำผ่าตัด ทำให้รู้สึกปวดเมื่อยตามตัว....."

(ผู้หญิง อายุ 36 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ขณะนอนคว่ำ มันเมื่อย คอมันต้องตะแคงข้าง แขนมันต้องวางตรงอยู่นิ่งกระดิกไม่ได้ แขนขวาก็ถูกวัดความดันโลหิต แขนซ้ายก็ถูกให้น้ำเกลือและวัดการเต้นของหัวใจ พี่รู้สึกไม่สบายมากเลยค่ะ....."

(ผู้หญิง อายุ 51 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

อาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยาชาระงับความรู้สึก

ผู้ป่วยบางคนบรรยายถึงความรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยาชาระงับความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยไม่มีแรง แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ปากชา พูดได้ไม่เต็มเสียง อาเจียน หนาวสั่น ส่งผลให้เกิดการกระวนกระวายต้องการทำผ่าตัดโดยเร็ว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ช่วงนอนคว่ำขณะผ่าตัด รู้สึกไม่สบายเลย โอ๊ย เหมือนยามันขึ้นมาสูงถึงหน้าเลย เหมือนจะอาเจียนแต่ไม่ออก ไม่มีแรงอาเจียน ชาปาก พูดได้ไม่

เต็มเสียง รู้แต่ว่ามือตก แน่นหน้าอก หายใจไม่ออกเลย หายใจได้ครึ่งเดียว คล้ายมีอะไรมาทับที่หน้าอก กระสับกระส่าย ....."

(ผู้หญิง อายุ 42 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ตอนอยู่ในห้องผ่าตัด ขณะทำผ่าตัด รู้สึกหนาวสั่นมากเหมือนเป็นไข้ หายใจไม่ค่อยสะดวก....."

(ผู้ชาย อายุ 37 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

"....หัวใจมันบีบขึ้นมาตลอดเวลา เต้นตุบ ๆ แน่นตลอดเวลา เหมือนหายใจลำบาก รู้สึกไม่สบายเลย....."

(ผู้ชาย อายุ 30 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

การจัดการกับความรู้สึกไม่สุขสบายกายในกระบวนการผ่าตัด

ทำความเข้าใจและเรียนรู้ที่จะอยู่กับสภาวะที่กำลังเกิดขึ้นเฉพาะหน้าแบบยอมรับโดยสงบนิ่ง

ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกไม่สุขสบายกายในกระบวนการผ่าตัด โดยทำความเข้าใจกับตนเองที่มีเป้าหมายที่จะได้รับการผ่าตัด ซึ่งทำให้สามารถอดทน ยอมรับโดยสงบนิ่ง เพื่อรอเวลาทำผ่าตัดให้เสร็จสิ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....นอนนิ่งเฉย ปล่อยให้หมอทำไปเลย....."

(ผู้ชาย อายุ 30 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....อดทนเอา เพราะเราได้ตัดสินใจมาทำแล้ว....."

(ผู้หญิง อายุ 36 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

การแจ้งปัญหาความรู้สึกไม่สุขสบายและขอความช่วยเหลือจากพยาบาล

ผู้ป่วยบางคนแจ้งปัญหาความรู้สึกไม่สุขสบายและขอความช่วยเหลือจากพยาบาล ขณะนอนคว่ำทำผ่าตัดจากอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยาชาระงับความรู้สึก ทำให้รู้สึกหนาวสั่น ปากสั่น หายใจไม่สะดวก มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน ได้รับการดูแลจากวิสัญญีพยาบาลโดยการฉีดยาเข้าสารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมกับให้ออกซิเจนชนิดหน้ากากและห่มผ้า ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ช่วงนอนคว่ำขณะผ่าตัด รู้สึกไม่สบายเลย บอกหมอว่าจะอาเจียนเหมือนชาปาก พูดได้ไม่เต็มเสียง หมอ (พยาบาล) ช่วยตะแคงหน้า ใช้ผ้ารองไว้ที่แก้ม แล้วหมอ (พยาบาล) ก็เอาควันอะไรมาให้ดม มันเหม็นอับมาก ถ้าเป็นกลิ่นกุหลาบคงจะดี และฉีดยาเข้าสายน้ำเกลือให้ อาการต่าง ๆ ดีขึ้น....."

(ผู้หญิง อายุ 42 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับขาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ขณะหมอทำผ่าตัด รู้สึกหนาวสั่น หายใจไม่ค่อยสะดวก หมอ (พยาบาล) ได้ห่มผ้าให้และให้ดมออกซิเจน ทำให้รู้สึกดีขึ้น....."

(ผู้ชาย อายุ 37 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับขาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ขณะนอนคว่ำหมอทำผ่าตัด รู้สึกหนาวสั่น ปากสั่น หมอ (พยาบาล) ห่มผ้าให้ ฉีดยาเข้าทางสายน้ำเกลือ และให้ออกซิเจนดม ทำให้พี่รู้สึกดีขึ้น....."

(ผู้หญิง อายุ 46 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับขาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

ระยะที่ 3 ประสบการณ์สิ้นสุดการผ่าตัด

ความสบายใจที่รู้สึกว่าได้ขจัดริดสีดวงทวารหนักออกไปจากร่างกายแล้ว

ผู้ป่วยมีความสบายใจที่รู้สึกว่าได้ขจัดริดสีดวงทวารหนักออกไปจากร่างกายแล้ว เพราะจะได้หายเป็นปกติและสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

".....ลุงรู้สึกสบายใจ ที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแล้ว รู้สึกว่าหัวริดสีดวงทวารหนัก ที่เป็นตัวสร้างความเจ็บปวดและรำคาญออกไปแล้ว ได้รักษาแล้ว เดียวก็หายเป็นปกติ ต่อไปแผลริดสีดวงทวารหนักหายดี ก็สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ไปทำไร่ไถ่นาได้ตามปกติ....."

(ผู้ชาย อายุ 59 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับขาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....ลุงคิดว่าทำผ่าตัดแล้ว มันจะหายจากโรคที่เราเป็นอยู่ จะทำให้เราแข็งแรงดี สามารถกลับไปทำงาน ทำนาได้....."

(ผู้ชาย อายุ 60 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับขาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

".....คิดว่าทำผ่าตัดแล้ว มันจะได้หายสักที คงทำให้เรามีอาการดีขึ้น สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ....."

(ผู้หญิง อายุ 41 ปี ไม่มีประสบการณ์ได้รับขาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลังมาก่อน)

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมาย เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักฉุกเฉิน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นวิธีการหลักในการเก็บรวมรวบข้อมูล คัดเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) และให้รหัสเชิงทฤษฎี (Theoretical Coding) จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัวเชิงทฤษฎี (Theoretical Saturation) สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินในสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 5 คน เพศชายจำนวน 5 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีจำนวน 4 คน รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี จำนวน 3 คน ทุกคนมีสัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรสคู่ และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 4 คน ปริญญาตรีจำนวน 3 คน ประกาศนียบัตรวิชาชีพจำนวน 2 คน และมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 1 คน

การประกอบอาชีพของผู้ให้ข้อมูล มีทั้งค้าขาย ทำนา รับราชการและรับจ้าง แหล่งสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล ผ่านสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 6 คน สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาล สิทธิข้าราชการจำนวน 4 คน ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นริดสีดวงทวารหนักชนิดภายนอกที่มีการอุดตันของหลอดเลือดดำ (Thromboses External Hemorrhoid) วิธีการผ่าตัดที่ได้รับ คือ การผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินชนิดปิด (Closed Hemorrhoidectomy) โดยได้รับยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลัง (Spinal Block) ระยะเวลาทำผ่าตัดส่วนใหญ่ไม่เกิน 20 นาทีจำนวน 6 คน ระยะเวลาทำผ่าตัดรองลงมาอยู่ระหว่าง 21-25 นาทีจำนวน 3 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด สำหรับประสบการณ์การผ่าตัดอื่นมาก่อน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 คนไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด ส่วนที่เหลืออีก 5 คนมีประสบการณ์การผ่าตัดอื่นโดยการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักฉุกเฉิน พบว่า

ระยะที่ 1 ประสบการณ์ก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกและก่อนการผ่าตัด ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้บ่งบอกว่า ความเจ็บปวด คือ ประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความเจ็บปวด ซึ่งสามารถอธิบายจากกลไกการเกิดริดสีดวงทวารหนักที่มีการยื่นโผล่ออกมาภายนอกรูทวารหนักจะถูกหดรัดด้วยกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก ยิ่งกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักภายในหดเกร็งตัวก็จะทำให้มีการหดรัดเนื้อเยื่อของทวารหนักที่ยื่นออกมา ส่งผลทำให้ระบบเลือดไหลเวียนไม่สะดวกหรือไม่สามารถไหลเวียนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อทวารหนักบริเวณนี้ได้ เกิดการคั่งของเลือด แข็งตัวเป็นก้อนลิ่มเลือดขังอยู่ข้างในเส้นเลือดดำ ไม่สามารถดันกลับเข้า เนื้อเยื่อทวารหนักอาจมีการเน่าตายเกิดการบวมอักเสบอย่างรวดเร็ว (ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์, 2546) ส่งผลทำให้เนื้อเยื่อปล่อยสารโพรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) และแบรดีไคนิน (Bradykinin) ไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด เกิดการเปลี่ยนแปลงศักย์ไฟฟ้าทำให้มีการนำกระแสประสาทความรู้สึกปวดเกิดขึ้นส่งไปตามเส้นประสาทสู่ไขสันหลังและสมองจนเกิดการรับรู้ความเจ็บปวดขึ้น (จำลอง ดิษยวณิช, 2545) เมื่อผู้ป่วยเผชิญความเจ็บปวดริดสีดวงทวารหนักที่สะสมต่อเนื่องทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลทำให้พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่ต้องการพูดคุยกับใคร มีอารมณ์หงุดหงิด กระวนกระวาย โกรธง่าย นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ผู้ป่วยต้องการที่จะทำผ่าตัดให้เร็วที่สุดเพื่อให้หายจากความเจ็บปวดริดสีดวงทวารหนัก (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2545) โดยที่ผู้ให้ข้อมูลยังระบุว่าสิ่งที่ทำให้ความเจ็บปวดริดสีดวงทวารหนักเพิ่มมากขึ้นมาจากการบีบกดที่ตำแหน่งริดสีดวงทวารหนัก ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2546) ที่กล่าวไว้ว่าริดสีดวงทวารหนักที่กำลังอักเสบร่วมกับมีการบีบกดที่ตำแหน่งริดสีดวงทวารหนักซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นเชิงกลที่จะไปกระตุ้นโดยตรงต่อตัวรับความปวด ทำให้เพิ่มระดับความเจ็บปวด

ข้อค้นพบยังระบุชัดอีกว่า การเลือกท่านอนที่สบาย สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ การเลือกท่านอนที่สบายเพื่อไม่ให้หนีบหรือกดก้อนริดสีดวงทวารหนัก ช่วยลดสิ่งกระตุ้นเชิงกลที่จะไปกระตุ้นโดยตรงต่อตัวรับความปวด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2546) และการอดทนต่อความเจ็บปวดเป็นอีกหนึ่งข้อค้นพบที่มีผู้ให้ข้อมูลระบุว่าเป็นวิธีที่ควบคุมความเจ็บปวด อธิบายจากการที่ว่าความอดทนเป็นความสามารถในการเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดเพื่อทำให้จิตใจเข้มแข็ง ซึ่งความเข้มแข็งของจิตนี้จะส่งผลให้สามารถควบคุมจิตใจและอารมณ์ให้อยู่กับภาวะสมดุลและสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีอีกข้อค้นพบที่มีผู้ให้ข้อมูลระบุว่าเป็นวิธีที่ควบคุมความเจ็บปวด คือ การสวดมนต์ สามารถอธิบายได้ว่าการสวดมนต์ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกจิตใจสงบ ผ่อนคลายสบายใจ และมีสมาธิมากขึ้นช่วยบรรเทาความเจ็บปวดริดสีดวง

ทวารหนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องประสบการณ์การได้รับการใส่สายระบายทรวงอกของผู้บาดเจ็บทรวงอก พบว่า ผู้บาดเจ็บทรวงอกใช้วิธีจัดการกับความเจ็บปวดและความกังวลโดยการท่องพุธโธและการนับเลข (ทิพรดา ประสิทธิ์แพทย์, 2550)

ระยะที่ 2 ประสบการณ์ได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด จากงานวิจัยนี้ ข้อค้นพบบ่งบอกว่า ความกลัว เป็นประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความรู้สึก ได้แก่ 1) กลัววิธีการให้ยาชาทางไขสันหลัง 2) กลัวกระบวนการออกฤทธิ์-กลัวการหมดฤทธิ์ของยาชาก่อนการผ่าตัดสิ้นสุด 3) กลัวความไม่ปลอดภัยจากเครื่องมือ อุปกรณ์ และสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด สำหรับความกลัววิธีการให้ยาชาทางไขสันหลัง สามารถอธิบายได้ว่า ก่อนที่วิสัญญีแพทย์จะฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังจะแนะนำการปฏิบัติตัวขณะที่ฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง เช่น ให้นอนนิ่ง ๆ เจ็บเล็กน้อย แต่ผู้ป่วยรู้สึกเกร็งร่างกาย ตกใจ และกลัวขณะวิสัญญีแพทย์ฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังให้ และผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าวิสัญญีแพทย์ฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง 2 เข็ม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจแรงและเร็ว ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ สุรีย์ กาญจนวงศ์ (2445) ที่กล่าวไว้ว่า ความกลัว ส่งผลให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองทางระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก เกิดการหลั่งฮอร์โมนแคทธีคอลามีนส์ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจแรงและเร็ว

ความกลัวกระบวนการออกฤทธิ์ เป็นอีกหนึ่งข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเกิดความรู้สึก อธิปรายผลได้ว่ายาชาที่ฉีดเข้าทางไขสันหลังไปสกัดกั้นเส้นประสาทต่าง ๆ ที่อยู่ระดับต่ำกว่าตำแหน่งที่ฉีดยาชา ทำให้เกิดการชา ไร้ความรู้สึก ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ วิรัตน์ วศินวงศ์ (2552) ที่กล่าวไว้ว่า ยาชาที่ฉีดเข้าทางไขสันหลังไปสกัดกั้นเส้นประสาทอัตโนมัติ เส้นประสาทที่นำความรู้สึกร้อน-เย็น ความเจ็บปวด การสัมผัส และเส้นประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวในบริเวณที่ถูกสกัดกั้นนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการชา หนักขาทั้งสองข้าง ไม่สามารถยกหรือขยับได้ คล้ายขาทั้งสองข้างหายไปจากความรู้สึก และผลข้างเคียงของยาชาต่อระบบประสาทส่วนกลาง ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการมึนศีรษะ หูอื้อ ชารอบปากและลิ้น ตาพร่า กล้ามเนื้อกระตุก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องประสบการณ์ของผู้หญิงฮ่องกงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อธิบายถึงผลของการให้ยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ โดยภายหลังจากการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังจะส่งผลให้ร่างกายส่วนท่อนบนตั้งแต่เอวขึ้นไปถึงศีรษะสามารถเคลื่อนไหวได้ ส่วนร่างกายท่อนล่างตั้งแต่เอวลงไปถึงปลายเท้าทั้งสองข้าง เกิดอาการชา หนัก ไม่สามารถยกหรือขยับได้ คล้ายขาทั้งสองข้างหายไปจากความรู้สึก (Ying et al., 2001)

จากผลการวิจัยยังพบว่ามีผู้ป่วยบางคนมีความกลัวการหมดฤทธิ์ของยาชาก่อนการผ่าตัดสิ้นสุด อธิบายจากการได้รับข้อมูลไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยคาดเหตุการณ์เกินจริงและกลัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่อง ความสำคัญของการให้การพยาบาลผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่า ในช่วงได้รับยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยจะมีความกลัวเพราะความไม่รู้ กลัวถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น กลัวการให้ยาระงับความรู้สึก (Westerling & Bergbom, 2008)

กลัวความไม่ปลอดภัย จากเครื่องมือ อุปกรณ์ และสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด เป็นอีกหนึ่งข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความรู้สึกกลัว สามารถอธิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในห้องผ่าตัดซึ่งเป็นสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยและได้รับสิ่งเร้า ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยอื่นที่ได้รับการทำผ่าตัดเสร็จสิ้นแล้วทำให้ผู้ป่วยคิดกลัวสภาพของผู้ป่วยอื่น จึงเป็นสาเหตุของการเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ตอบสนองไม่เหมาะสม เป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีตามมา ผู้ป่วยที่มีความกลัวอยู่ก่อนแล้วจะรู้สึกว่ามีอันตรายและมีภัยคุกคาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องประสบการณ์ของผู้หญิงฮ่องกงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง พบว่า เมื่อผู้ป่วยถูกย้ายเข้าห้องทำผ่าตัดจะได้สัมผัสกับบรรยากาศอุณหภูมิภายในห้องผ่าตัดที่ต่ำ ทำให้รู้สึกหนาวเย็นมากจนตัวสั่น รวมทั้งความเงียบภายในห้องที่ใช้ทำผ่าตัดทำให้ได้ยินเสียงคนเดินไปมารอบตัว ได้ยินเสียงแพทย์ พยาบาลพูดคุยกัน ได้เห็นอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัด โคมไฟผ่าตัดตัวขนาดใหญ่อยู่ติดเพดานกลางห้องเหนือศีรษะและเครื่องดมยาสลบ (Ying et al., 2001)

ผู้ให้ข้อมูลยังระบุว่า สิ่งที่ทำให้ความกลัวเพิ่มขึ้น ได้แก่ 1) เป็นการผ่าตัดฉุกเฉินที่ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน 2) คิดล่วงหน้าไปทางลบ จากผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกว่าเป็นการผ่าตัดฉุกเฉินที่ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน สามารถอธิปรายผลได้ว่า การผ่าตัดแบบฉุกเฉินเป็นวิธีการรักษาที่มีการตัดหรือแก้ไขพยาธิสภาพความผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยให้อวัยวะของร่างกายสามารถทำหน้าที่และกลับคืนสู่สภาพปกติมากที่สุด (Nisar & Scholefield, 2003; Potter & Perry, 2007) ถ้ารอการทำผ่าตัดอีกต่อไป อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหรือเกิดการคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Karanci & Dirik, 2003) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้มีการเตรียมร่างกายและจิตใจมาก่อนอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเรื่องต่าง ๆ และกลัวการผ่าตัดซึ่งเป็นความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นและความเปลี่ยนแปลงที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยตระหนักว่าอาจมีบางสิ่งบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้ผู้ป่วยคิดถึงความตาย คิดถึงบุคคลที่รักและห่วงใยว่าจะมีใครดูแลหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องความวิตกกังวลและประสบการณ์การมารับบริการการผ่าตัดของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกทรมานกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดร้อยละ 62 (Malek et al., 2004)

อีกหนึ่งข้อค้นพบที่มีผู้ให้ข้อมูลบางคนมีความรู้สึก คือ คิดล่วงหน้าไปทางลบ อธิบาย ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ภายในสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยบางคนเป็นคนคิดมาก ชอบตั้งข้อสงสัย และคิดล่วงหน้าไปทางลบ ยิ่งเวลาที่รู้สึกไม่สบายจะคิดไปล่วงหน้าถึงเหตุการณ์อะไรจะเกิดต่อไป ในทางลบ เช่น เกิดความสงสัยเกี่ยวกับการผ่าตัดและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกจะโดยวิธีใดและ วิธีที่ได้รับจะมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวเพิ่มขึ้นซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข อาจจะส่งผลสืบเนื่องให้มีการใช้ยา เพื่อควบคุมก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก และถ้าการให้ยาใน เบื้องต้นไม่ได้ผลอาจจะต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไป ซึ่งส่งผลเสียทั้งแก่ตัวผู้ป่วยเองและระบบการ ทำงานของพยาบาล ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ จำลอง ดิษยวณิช (2545) ที่กล่าวไว้ว่า ผู้ที่มีความกลัว ประจำตัวสูงเมื่อได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่แน่นอนใจ ระดับความกลัวประจำตัวที่มีอยู่แล้วจะ เป็นตัวเสริมหรือไปประกอบความกลัวประจำตัวให้มีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนาน มากกว่าในบุคคลที่มีความกลัวประจำตัวระดับต่ำกว่า

ผู้ให้ข้อมูลยังระบุอีกว่า สิ่งที่ทำให้ความกลัวลดลง ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจ การ ได้รับข้อมูลและการดูแลจากทีมผ่าตัด 2) ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวขณะผ่าตัด โดย ความรู้ ความเข้าใจ การได้รับข้อมูล อธิบายว่า การที่แพทย์และพยาบาลให้การซักประวัติ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี ข้อจำกัดและความมั่นใจที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของการได้รับยาชาทางไขสันหลัง และคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นเพื่อเป็นการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Lithner and Zilling (1998 cited in Westerling & Bergbom, 2008) ที่กล่าว ไว้ว่า การให้คำแนะนำและความมั่นใจแก่ผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของแพทย์และพยาบาล เพราะ ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความตระหนักและความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ เพิ่มมากขึ้นในขณะที่ความวิตกกังวลและกลัวของผู้ป่วยลดน้อยลง และการดูแลจากทีมผ่าตัด เป็น อีกหนึ่งข้อค้นพบที่มีผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับ สามารถอธิปรายได้ว่า การได้รับการดูแลจากพยาบาล โดยการสัมผัสจากพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เอาใจใส่ พูดคุย อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย เป็นการ ถ่ายทอดความรัก ความเห็นใจ ความห่วงใย และการปลอบโยนไปสู่ผู้ป่วย เป็นวิถีทางการสื่อสาร กับผู้ป่วยที่ละเอียดอ่อน สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องประสบการณ์การผ่าตัดข้อสะโพก พบว่า การพยาบาลโดยการสัมผัสทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่น ลดความกลัวทำให้ สามารถควบคุมตนเองได้ขณะผ่าตัด (Mauleon et al., 2007) และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยกล่าวว่ามันเป็นเรื่องสำคัญที่จะไม่ รู้สึกโดดเดี่ยว เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลเยี่ยงปัจเจกบุคคล ก็จะทำให้ผู้ป่วยประทับใจพยาบาลใน ลักษณะที่ปัจเจกบุคคลด้วย ซึ่งขณะเข้าไปอยู่ในห้องผ่าตัดมันเป็นความรู้สึกที่ดีที่ได้มีพยาบาลมา

คอยให้การดูแล เอาใจใส่และให้กำลังใจผู้ป่วย รู้สึกว่าผู้ป่วยได้รับสิทธิพิเศษเป็นคนที่มีความสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด (Westerling & Bergbom, 2008)

อีกหนึ่งข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนบรรยายถึง คือ ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกตัวขณะผ่าตัด อธิบายจากยาชาออกฤทธิ์ไปสกัดกั้นเส้นประสาทอัตโนมัติ เส้นประสาทที่นำความรู้สึกร้อน-เย็น ความเจ็บปวด การสัมผัส และเส้นประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหว รวมทั้งฤทธิ์ยาชาสามารถคลายกล้ามเนื้อในบริเวณที่ถูกสกัดกั้นนั้น ทำให้เกิดอาการชา ไม่รับรู้ถึงความร้อน-เย็น การสัมผัส ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีความรู้สึกรับรู้การทำผ่าตัดที่กำลังเกิดขึ้นกับตนเอง เพราะการทำผ่าตัดไม่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเจ็บปวด แต่ผู้ให้ข้อมูลยังมีความรู้สึกตัวขณะผ่าตัดและสามารถรับรู้เหตุการณ์แวดล้อมและเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับร่างกายของตนเอง สามารถพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลได้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกถึงความปลอดภัย ขณะที่ตนเองมีความรู้สึกตัวอยู่และไม่ได้รับความเจ็บปวดจากการทำผ่าตัดส่งผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีรู้สึกกลัวอย่างที่คิดไว้ล่วงหน้า สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยก่อน ขณะและหลังผ่าตัดเนื้องอกในสมอง พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวขณะทำการผ่าตัดศีรษะ รู้สึกว่ามีการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถอธิบายขั้นตอนการผ่าตัดได้ ได้ยินเสียงพูดคุยหรือฟังสิ่งที่แพทย์พูดคุยกัน การผ่าตัดไม่มีความเจ็บปวด มีความรู้สึกว่าเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้นจริง (Palese et al., 2008)

ผลการวิจัยสามารถบรรยายถึงการจัดการกับความกลัวที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1) การหลับตาเพื่อตัดสิ่งเร้าภายนอก 2) การเบี่ยงเบนความคิด โดยการหลับตาเพื่อตัดสิ่งเร้าภายนอก อธิบายสามารถลดความกลัวได้การหลับตัดดังกล่าวช่วยลดสิ่งกระตุ้นความกลัว เช่น เครื่องมือแพทย์ คนไข้ที่มาทำผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยพยายามหลับตา ลดการรับรู้สิ่งเร้าภายนอกตัว นับเป็นวิธีการที่ตัดและหยุดวงจรความกลัว ตลอดจนป้องกันการขยายตัวของความกลัว ข้อค้นพบยังระบุชัดอีกว่า การเบี่ยงเบนความคิด มีหลายวิธี ได้แก่ 1) การเบี่ยงเบนความคิดไปสู่การเชื่อมั่นในฝีมือการผ่าตัดของแพทย์และทีมผ่าตัด 2) การเบี่ยงเบนความคิดไปสู่ผลการผ่าตัดซึ่งคาดว่าจะช่วยให้พ้นจากความปวดของริดสีดวงทวารหนัก 3) การเบี่ยงเบนความคิดไปอยู่กับกาย บุคคลและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สามารถลดระดับความกลัวได้ โดยผู้ป่วยเบี่ยงเบนความคิดไปสู่การเชื่อมั่นในฝีมือการผ่าตัดของแพทย์และทีมผ่าตัด สามารถอธิปรายผลได้ว่า ถือเป็นการปรับความคิดไปในทางบวก ซึ่งปัจจุบันวงการแพทย์มีการพัฒนาองค์ความรู้และเครื่องมือที่ทันสมัยมากขึ้น ศัลยแพทย์และทีมผ่าตัดมีความรู้ ความสามารถในการรักษาผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักที่ผ่าน ๆ มาให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่และคืนสู่ภาวะปกติได้ (Westerling & Bergbom, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในวันที่ผ่าตัด พบว่า ความไว้วางใจในแพทย์ที่ทำผ่าตัด และความเชื่อมั่นในฝีมือแพทย์

ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าใจสงบ ถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ไม่ไว้วางใจ บุคคลากรทางการแพทย์รวมทั้งพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่ใจไม่พอใจ เป็นไปในทางลบได้ (Demir et al., 2008)

เบี่ยงเบนความคิดไปสู่ผลการผ่าตัดซึ่งคาดว่าจะช่วยให้พ้นจากความปวดของริดสีดวงทวารหนัก เป็นอีกหนึ่งข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าเป็นวิธีการปรับความคิดที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้นในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการสร้างความรู้สึกว่าสามารถหายจากโรคที่เป็นอยู่ได้ สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม พบว่า สตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมีการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบให้เป็นทางบวกในลักษณะการใช้ความคิดใหม่ทดแทนความคิดเดิม (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541)

เบี่ยงเบนความคิดไปอยู่กับร่างกาย เป็นอีกหนึ่งข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนระบุว่าเป็นวิธีการตั้งสติควบคุมจิตใจ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ (มารยาท รุจิวิทย์, 2548) ที่กล่าวไว้ว่า วิธีการตั้งสติควบคุมจิตใจอยู่กับการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก เพื่อให้จิตเพ่งแน่วแน่หรือจับแนบสนิทอยู่กับลมหายใจนั้น ให้นิ่งสงบ ไม่ส่ายไม่ซ่านไปที่อื่น เมื่อจิตแน่วแน่ แนบสนิทอยู่กับอารมณ์นั้นเป็นหนึ่งต่อเนื่องได้สม่ำเสมอ ซึ่งทำให้จิตมีพลังมากในขณะเดียวกันร่างกายจะหลั่งสารสุข เบี่ยงเบนความคิดไปอยู่กับบุคคลและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นอีกหนึ่งข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนระบุชัด สามารถอธิปรายผลได้ว่า การเบี่ยงเบนความคิดไปอยู่กับบุคคลและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ช่วยลดระดับความกลัวได้ดี ในขณะที่ตนเองจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้เป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นที่พึ่งทางใจของผู้ป่วย ให้ช่วยคุ้มครอง ดูแลรักษาให้หายจากโรคภัย ส่งผลทำให้มีความอบอุ่น มีกำลังใจและมีความหวังมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่อง ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดชิ้นเนื้อที่เต้านม พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดชิ้นเนื้อที่เต้านมหาวิธีลดความวิตกกังวลและกลัว โดยใช้วิธีการคิดถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คิดถึงผู้มีพระคุณ ใช้การสวดมนต์ ไหว้พระ และการทำสมาธิฝึกจิต เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและควบคุมอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าใจสงบและผ่อนคลาย (Demir et al., 2008)

จากผลการวิจัย พบว่า มีความอายที่ต้องเปิดเผยตำแหน่งที่เป็นริดสีดวงทวารหนักและอวัยวะเพศ อธิบายได้ว่า ตำแหน่งที่เป็นริดสีดวงทวารหนักและอวัยวะเพศของผู้ป่วยเป็นส่วนที่มิดชิดของร่างกายและเป็นสิ่งที่ต้องปกปิด การเปิดเผยระหว่างทำผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอายอวัยวะที่อยู่ในที่ลับของตนเองต่อแพทย์และทีมผ่าตัดที่เป็นเพศตรงข้าม ข้อค้นพบนี้ สอดคล้องกับ วิทยา ถิฐาพันธ์ (2546) ที่กล่าวไว้ว่า อวัยวะเพศเป็นตำแหน่งที่อยู่ในส่วนที่มิดชิดของร่างกายเป็นสิ่งที่ต้องปกปิด ถ้าไม่มีเหตุการณ์ที่จำเป็นก็ไม่อยากให้ใครเห็น

ข้อค้นพบยังระบุชัดอีกว่า การได้รับการปิดตา สามารถลดความอายได้ อธิบายการปิดตาเป็นการตัดสิ่งเร้าภายนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นและไม่รับรู้อะไรขณะผ่าตัด นับเป็นวิธีการที่ตัดและหยุดวงจรความคิดอายตลอดจนป้องกันการขยายตัวของความคิดอาย และการคลุมผ้าที่มิดชิดขณะทำหัตถการ เป็นอีกหนึ่งข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนระบุชัด สามารถอธิปรายได้ว่าพยาบาลผ่าตัดต้องคำนึงถึงการเคารพในสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ป่วยระวังการเปิดอวัยวะส่วนที่อยู่ในที่ลับของผู้ป่วยไม่ควรเปิดมากเกินความจำเป็น ภาวะที่ตำแหน่งผ่าตัดมีความชาไม่รับรู้ถึงการเปิดเผยหรือสัมผัส ณ ตำแหน่งดังกล่าว เป็นอีกหนึ่งข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนระบุชัดว่าสามารถลดความอายได้ อธิบายภายหลังผู้ป่วยได้รับการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง ยาชาจะออกฤทธิ์ไปสกัดกั้นเส้นประสาทอัตโนมัติ เส้นประสาทที่นำความรู้สึกร้อน-เย็น ความเจ็บปวด การสัมผัส รวมทั้งฤทธิ์ยาชาสามารถคลายกล้ามเนื้อในบริเวณที่ถูกสกัดกั้นนั้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาขาทั้งสองข้าง ยกขาไม่ขึ้น ไม่รับรู้ถึงการสัมผัส ความเจ็บปวด ความรู้สึกร้อน-เย็น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเขินอาย

จากข้อค้นพบ ผู้ให้ข้อมูลจัดการกับความอาย โดยปรับเปลี่ยนความหมายและเบี่ยงเบนความคิดจากความอายไปที่การรักษาตนให้หายจากริดสีดวงทวารหนัก สามารถอธิบายผลได้ว่าผู้ป่วยคิดถึงผลดีของการรักษาและเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่ผ่านการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักมาแล้วสามารถหายจากโรคได้ เป็นการปรับเปลี่ยนความหมายและเบี่ยงเบนความคิด เพื่อเป็นแรงจูงใจในการยอมรับการรักษาให้กลับสู่ภาวะปกติ ทำให้ลดหรือขจัดความอายที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งถ้าหากยังคงมีความคิดอายก็ไม่สามารถหายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ เพื่อกลับสู่ภาวะปกติ ทำให้รู้สึกอายลงบ้าง

จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้สึกไม่สุขสบายกายในกระบวนการผ่าตัด ได้แก่ เจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก เมื่อยคอและลำตัว เป็นอีกหนึ่งข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนระบุ อธิบายเมื่อผู้ป่วยถูกจัดให้นอนคว่ำบนเตียงผ่าตัด หน้าอกถูกกดทับนาน ๆ ปอดขยายได้น้อยมีผลในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงทำให้มีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจไม่สะดวก และต้องนอนตะแคงหน้าข้างเดียว แขนทั้งสองข้างวางนิ่ง ๆ ลำตัวพลิกตะแคงไม่ได้ต้องนอนอยู่นิ่ง ๆ ตลอดเวลาขณะที่แพทย์ทำผ่าตัด ทำให้เมื่อยคอและลำตัวเกิดความไม่สุขสบายได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการให้การทำผ่าตัดเสร็จสิ้นโดยเร็ว ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ เรณู อาจสาลี (2550) ที่กล่าวไว้ว่า การจัดท่านอนคว่ำ จำเป็นต้องรู้จักการจัดท่าที่เหมาะสมและการจัดท่าต้องทำด้วยความนุ่มนวลระมัดระวัง และนำเอาหลักของกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยามาช่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีท่านอนที่ถูกต้อง สบายที่สุดและสะดวกในการทำผ่าตัดของแพทย์ หากผู้ป่วยได้รับการจัดท่าที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้ไม่สุขสบายได้

ผู้ให้ข้อมูลยังระบุว่ามีสิ่งที่ทำให้รู้สึกว่าไม่สุขสบาย ได้แก่ 1) อุปนิสัยไม่ชอบนอนคว่ำ 2) ท่านอนและการถูกพันธนาการด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ขณะผ่าตัด 3) อาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยาชาระงับความรู้สึก โดยอุปนิสัยไม่ชอบนอนคว่ำ อธิบายขณะที่ผู้ป่วยนอนคว่ำอยู่บนเตียงผ่าตัด เบาะรองที่แข็งเกิดการกดทับบริเวณหน้าอก ประกอบกับผู้ป่วยมีอุปนิสัยไม่ชอบนอนคว่ำเป็นสาเหตุของการเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ตอบสนองไม่เหมาะสมต่อสถานการณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตามมา จากผลการวิจัย พบว่า ท่านอนและการถูกพันธนาการด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ขณะผ่าตัด สามารถอธิปรายได้ว่า ขณะที่แพทย์ทำผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการจัดท่าผ่าตัดให้นอนคว่ำ ตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง แขนทั้งสองข้างวางนิ่ง ๆ ลำตัวพลิกตะแคงไม่ได้ต้องนอนอยู่นิ่ง ๆ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตามร่างกาย ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ การตรวจการเต้นของหัวใจตลอดเวลาขณะที่แพทย์ทำผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายกายจากท่านอนและการถูกพันธนาการด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ขณะผ่าตัด

อาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยาชาระงับความรู้สึก เป็นอีกหนึ่งข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนระบุ ว่าเป็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกว่าไม่สุขสบาย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ วิรัตน์ วศินวงศ์ (2552) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยบางคนอาจได้รับการฉีดยาชาในตำแหน่งที่สูงเกินไปจะมีผลต่อกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจอาจมีการกดการหายใจหรือไม่หายใจ ทำให้แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก และผลของยาชาต่อระบบประสาทส่วนกลางในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการมึนศีรษะ หูอื้อ ชารอบปากและลิ้น ตาพร่า กล้ามเนื้อกระตุกโดยเริ่มจากใบหน้าลงมายังแขนขา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่อง ประสบการณ์ของผู้หญิงฮ่องกงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง พบว่า ภายหลังจากการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลัง ผู้ป่วยบางคนเกิดอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม อาจมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนร่วมด้วย (Ying et al., 2001)

จากผลการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลจัดการกับความไม่สุขสบายกายในกระบวนการผ่าตัด ได้แก่ 1) ทำความเข้าใจและเรียนรู้ที่จะอยู่กับสภาวะที่กำลังเกิดขึ้นเฉพาะหน้าแบบยอมรับโดยสงบนิ่ง 2) การแจ้งปัญหาความไม่สุขสบายและขอความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยการทำความเข้าใจและเรียนรู้ที่จะอยู่กับสภาวะที่กำลังเกิดขึ้นเฉพาะหน้าแบบยอมรับโดยสงบนิ่ง อธิบายผู้ป่วยพยายามไม่คิดฟุ้งซ่านด้วยการทำใจให้สงบเป็นปกติ ปรับตัวให้ยอมรับสภาพการผ่าตัดและสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเพื่อรอเวลาทำผ่าตัดให้เสร็จสิ้น และการแจ้งปัญหาความไม่สุขสบายและขอความช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นอีกหนึ่งข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนระบุ สามารถอธิปรายผลได้ว่า ผู้ป่วยบางคนเกิดความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยาชาระงับความรู้สึก ทำให้รู้สึกหายใจไม่สะดวก มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน จึงแจ้งปัญหาความไม่สุขสบายและขอความช่วยเหลือจากพยาบาล

พร้อมกับผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากวิสัญญีพยาบาลโดยการฉีดยาเข้าทางสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อกระตุ้นการเต้นของหัวใจ เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจส่งผลเพิ่มความดันโลหิต และจากอาการหนาวสั่น ปากสั่นทำให้ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนมากขึ้น ได้รับการดูแลให้ออกซิเจนชนิดหน้ากาก เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในร่างกายร่วมกับห่มผ้าเพื่อให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอาการดีขึ้น

ระยะที่ 3 ประสบการณ์สิ้นสุดการผ่าตัด ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้บ่งบอกว่า ความสบายใจที่รู้สึกว่าได้ขจัดริดสีดวงทวารหนักออกไปจากร่างกายแล้ว เป็นประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความรู้สึก อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัดเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ป่วยมีความสบายใจที่รู้สึกว่าได้ขจัดริดสีดวงทวารหนักออกไปจากร่างกายแล้วและหายจากริดสีดวงทวารหนักที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจว่าร่างกายจะคืนสู่ภาวะปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่องการรับรู้ของผู้ป่วยอีสานต่อการผ่าตัด พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยอีสานต่อการผ่าตัดด้านการให้ความหมาย คือ การผ่าตัดทำให้ชีวิตยืนยาวต่อไปและการผ่าตัดทำให้หายจากความเจ็บป่วยจากอาการโรคที่เป็นอยู่ (กาญจนา อุปปัญ, 2551)

ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้ผลการวิจัย

1. ด้านการบริการ

บุคลากรในทีมสุขภาพของห้องผ่าตัดควรตระหนักถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน โดยปฏิบัติดังนี้

1.1 พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในช่วงก่อนผ่าตัด ควรประเมินระดับความปวดของผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับกลไกความปวดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเท่าทันธรรมชาติความปวด พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ร่วมกับการช่วยจัดท่าที่ช่วยให้แก้มก้นแยกจากกัน ลดแรงกดทับตัวริดสีดวงทวารที่กำลังอักเสบ เพื่อบรรเทาความปวดอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

1.2 พยาบาลควรประเมินความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการมารับการผ่าตัด ค้นหาความหมายที่อยู่เบื้องหลังของความคิด ความรู้สึกกลัว ความรู้สึกอายและ ความรู้สึกไม่สุขสบายกายในกระบวนการผ่าตัด เพื่อให้การดูแลตามสภาพที่เป็นอยู่ขณะนั้น ควรให้ข้อมูลที่เข้าถึงความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยทุกคนเกิดการเรียนรู้ที่ตรงกับความเป็นจริงและสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญในห้องผ่าตัด พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินโดยการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังให้สอดคล้องกับเงื่อนไขปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

1.3 พยาบาลควรมีการสาธิตด้วยรูปภาพเกี่ยวกับท่านอนเพื่อทำผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก และให้คำแนะนำว่าเมื่อเกิดความไม่สุขสบาย ผู้ป่วยสามารถแจ้งและขอความช่วยเหลือพยาบาลได้ตลอดเวลาขณะที่แพทย์ทำผ่าตัด เพื่อผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจ พร้อมร่วมมือในการจัดท่านอนเพื่อรับการผ่าตัด ป้องกันการเกิดปัญหาขณะทำผ่าตัด และพยาบาลควรตระหนักเวลาจัดท่านอนคว่ำ ในผู้หญิงให้จัดบริเวณหน้าอกไว้ตรงกลาง (Medially) หนุนโดยใช้วัสดุนิ่มรองบริเวณหน้าอกและสะโพก ระวังไม่ให้กดบริเวณหน้าท้องและหน้าอก เพื่อระบบการหายใจไม่มีสิ่งกดทับทำให้หายใจสะดวกขึ้น

1.4 พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเข้ามาอยู่ภายในห้องผ่าตัด ทำการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจพร้อมให้การดูแลพยาบาลอย่างเอื้ออาทร ด้วยการสัมผัสนุ่มนวล เอาใจใส่ พูดคุย อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกกลัวลงได้ ซึ่งจะช่วยเอื้อให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการผ่าตัดที่กำลังเกิดขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

1.5 พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยาชาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ทางไขสันหลัง จะทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และเมื่อเกิดอาการผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงได้ เช่น การแจ้งปัญหาความไม่สุขสบายและขอความช่วยเหลือจากพยาบาลทันทีเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น

2. ด้านการศึกษา

นำ "ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน" ไปใช้เป็นประโยชน์สำหรับการสอนให้แก่นักศึกษาพยาบาล การอบรมพยาบาลประจำห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักในระหว่างที่เข้ารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในระหว่างที่เข้ารับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก ให้มีประสิทธิภาพตามแนวทางที่เสนอไว้ในด้านการบริการ

4. ด้านการบริหาร

4.1 ผลการวิจัยสามารถนำมาเป็นข้อมูล สำหรับเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการจัดระบบบริการสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยริดสีดวงทวารหนักในระหว่างที่เข้ารับการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

4.2 ผู้บริหารการพยาบาลควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นประเด็น เพื่อพัฒนาความสามารถทางการพยาบาลของพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลในการ

ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในระหว่างที่เข้ารับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง
รูปแบบการให้ข้อมูล ตลอดจนการให้การพยาบาลได้ตรงตามปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย

บรรณานุกรม

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2540). เคล็ดลับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 1*(2), 297-311.

_____. (2541). *ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

_____. (2542). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย: ทฤษฎีเชิงอุปมานจากข้อมูลพื้นฐาน (grounded theory). *วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 3*(3), 282-292.

กาญจนา สิมาจารึก. (2538). *การศึกษาการรับรู้ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

กาญจนา อุปปัญ. (2551). การรับรู้ของผู้ป่วยอีสานต่อการผ่าตัด. *ศรีนรินทร์เวชสาร, 23*(3), 304-310.

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2545). *จิตวิทยาคลินิก: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ.* กรุงเทพฯ: เมดิคัลมี.

จำลอง ดิษยวณิช. (2545). *ความเครียด ความกังวล และสุขภาพ.* เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.

เฉลิมขวัญ คล้ายมาลา. (2550). *การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์. (2546). *ตำราศัลยศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชาย โพธิสิตา. (2549). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ลิชชิ่ง.

ทิพรดา ประสิทธิ์แพทย์. (2550). *ประสบการณ์การได้รับการใส่สายระบายทรวงอกของผู้บาดเจ็บทรวงอก.*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2546). *อายุรศาสตร์นวทัศน์.* กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

ปริญญา ทวีชัยการ. (2544). *ริดสีดวงทวารหนัก.* กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ.* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เรณู อาจสาลี. (2550). *การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.

วรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2543).การวิจัยเชิงคุณภาพ: คำถามวิจัย. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 4*(3), 331-338.

วิทยา ถิฐาพันธ์. (2546). การระงับความปวดสำหรับการขูดมดลูกแบบแยกส่วนโดยวิธี paracervical block. *จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย, 86*(2), 131-135.

วิรัตน์ วศินวงศ์. (2552). *ตำราวิสัญญีวิทยาพื้นฐาน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2552). การสัมภาษณ์เชิงปรากฏการณ์วิทยา: ศาสตร์และศิลปะ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา, 17*(2), 1-7.

สิริรักษ์ เกตุจินดา. (2552). *ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องต่อความปวดและความพึงพอใจในการจักการกับความเจ็บปวด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุพล จินดาทรัพย์. (2544). *ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ ไส้ตรงและทวารหนัก*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุมิต วงศ์เกียรติขจร. (2547). *ศัลยศาสตร์ทันยุค*. กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์.

สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2545). *รายงานการวิจัย ความเครียด สุขภาพ และความเจ็บป่วย: แนวคิดและการศึกษาในประเทศไทย*.นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีย์พร กฤษเจริญ. (2537). การดูแลตนเองของผู้ป่วยปากมดลูกที่ได้รับรังสีวิทยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 14*(1), 30-46.

สุนีย์ จันทร์มหาเสถียร. (2549). ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่. *พยาบาลสาร, 33*(2), 184-194.

อรพินทร์ อนันตริกุล. (2544). *ประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่แร่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุษาวดี อัศดรวิเศษ. (2545). *ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Atkinson, L.J., & Kohn, M.L. (2010). *Operating Room Technique*. New York: McGraw-Hill.

Butt, M.U., Zacharias, N., & Velmahos, G.C., (2009). Penetrating abdominal injuries: management controversies. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 17*, 19.

Demir, F., Donmez, Y., Ozsaker, E., & Diramali, A. (2008). Patients' lived experiences of excisional breast biopsy: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing, 17*(6), 744-751.

Erci, B., Sezgin, S., & Kacmaz, Z. (2008). The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal of Advanced Nursing, 26*(1), 59-66.

Gearhart, S.L. (2004). Symptomatic hemorrhoids. *Advances in Surgery, 38*, 167-82.

Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). Patient perspectives Day Surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 2418-2425.

Halverson, A. (2007). Hemorrhoid. *Clinical in Colon and Rectal Surgery, 20*(2), 77-85.

Harrigan, M., Weinberg, J., Peaks, Y., Taylor, S., Cava, L., Richman, J., & Walters, B. (2011). Management of blunt extracranial traumatic cerebrovascular Injury: a multidisciplinary survey of current practice. *World Journal of Emergency Surgery, 6*, 11.

Haugen, A., Eide,G., Olsen, M., Haukeland, B., Remme, A., & Wahl, a.(2009). Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *Journal of Clinical Nursing, 18*(16), 2301-2310.

Karanci, A.N., & Dirik, G. (2003). Predictor of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(4), 363-369.

Kenned, J., Green, R.S., & Henteleff, H. (2006). Penetrating chest trauma secondary to a composite hockey stick injury. *Canadian Journal of Emergency Medicine, 8*(6), 437-440.

Lewis, S.M., Heitkemper, M.M., & Dirksen, S.R. (2004). *Medical Surgical Nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lobayashi, L., & Coimbra. (2011). A Comprehensive review of abdominal infections. *World Journal of Emergency, 6*, 7.

Lohsiriwat, V., & Lohsiriwat, D. (2007). Ambulatory anorectal surgery under perianal anesthetic Infiltration: Analysis of 222 case. *Journal of the Medical Association of Thailand, 90*(2), 278-281.

Malek, J., Ctrnaeto, E., & Kurzova, A. (2004). Patients' perioperative worries and experiences. *Rozhl Chir Journal Articles from Pub Med, 83*(8), 406-410.

Mauleon, A., Palo-Bengtsson, L., & Ekman, S. (2007). Patients experiencing local anesthesia and hip surgery. *Journal of Clinical Nursing, 16*(5), 892-899.

McGarvey, H.E., Chambers, M.G.A., & Boore, J.R.P. (2004). The Influence of Context on Role Behaviors of Perioperative Nurse. *AORN Journal, 80*(6), 1103-1120.

Nisar, P.J., & Scholefield, J.H. (2003). Managing hemorrhoid. *British Medical Journal, 327*, 847-851.

O'Sullivan, C., & Dexter, F. (2006). Assigning surgical cases with regional anesthetic blocks to anesthetists and operating rooms based on operating room efficiency. *AANA Journal, 74*(3), 213-218.

Palese, A., Skrap, M., Fachin, M., Visioli, S., & Zannini, L. (2008). The experience of patients undergoing awake Craniotomy: In the patient'own words. A qualitative study. *Cancer Nurse, 31*, 166-172.

Philip, U., Mobash, M., & Osemogie, W. (2006). Early Management of Open Tibial Fracturesin Benin- City-Result of a Structured Treatment Protocol *JMBR: A Peer-review Journal of Biomedical Sciences, 5*(2), 33-39.

Potter, P.A., & Perry, A.G. (2007). *Basic Nursing Essentials for Practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book.

Tsc, K., & So, W.K. (2008). Nurses' perception of preoperative teaching for ambulatory surgical patients. *Journal of Advanced Nursing, 63*(6), 619-625.

Westerling, K., & Bergbom, I. (2008). The importance of nursing in perioperative care: a patient's perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care, 3*(4), 133-144.

Ying, L.C., Levy, V., Shan, C.O., Hung, T.W., & Wah, W.K. (2001). A qualitative study of the perception of Hong Kong Chinese women during caesarean section under regional anesthesia. *Midwifery, 17*(2), 115-122.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คำชี้แจงในการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

แบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

---

1. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ประสบการณ์ของผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (English) PATIENT'S EXPERIENCES IN THE OPERATING ROOM ENVIRONMENT HAVING EMERGENCY HEMORRHOIDECTOMY

2. ชื่อนิสิต นางชุวดี บุญเนาว์

รหัสประจำตัวนิสิต 51910254 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

☑ ภาคปกติ ☐ ภาคพิเศษ

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(✓) รับรองโครงการวิจัย (Approval)

( ) ไม่รับรอง (Not Approval)

4) ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 12 กรกฎาคม 2553 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2554

4. วันที่ที่ให้การรับรอง: 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2553

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คำชี้แจงในการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เรียน ผู้ให้ข้อมูล

ดิฉัน นางยุวดี บุญเนาว์ นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน" ใคร่ขอรบกวนเวลาคุณ.....สักครู่ เพื่อพูดคุยถึงรายละเอียดของการวิจัย เผื่อคุณ.....จะสนใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ ต้องการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน โดยเริ่มจากช่วงที่คุณ.....เข้าสู่ประตูห้องผ่าตัด คือ คุณ.....ย้ายจากรถนอนรับ-ส่งผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมเปลี่ยนถ่ายสู่รถนอนของห้องผ่าตัดจนกระทั่งออกจากห้องผ่าตัด เพื่อไปที่ห้องพักฟื้น ว่ามีความคิด ความรู้สึก อารมณ์อย่างไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ดังกล่าว และมีวิธีการจัดการกับความคิด ความรู้สึก อารมณ์ การกระทำที่เกิดขึ้นอย่างไร ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้าง อย่างไร จะใช้เวลาในการพูดคุยประมาณ 45-60 นาที ซึ่งจะขอบันทึกเสียงการพูดคุยและจดบันทึกข้อมูล เพื่อป้องกันการลืม และขอสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ.....เพิ่มเติมด้วย ส่วนสถานที่พูดคุยจะมีความเป็นส่วนตัว แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความสะดวกของคุณ.....เป็นหลัก

ข้อมูลที่ได้จากการพูดคุย จะนำไปถอดความเพื่อให้รหัส โดยจะได้รับการเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และจะถูกลบทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ส่วนการนำเสนอข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมโดยนำเสนอในเชิงวิชาการเท่านั้น ซึ่งจะปกปิดชื่อจริงและใช้นามแฝงแทน ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับโดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คือ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ความรู้สึก แบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการบริการพยาบาลผ่าตัด และพัฒนาการเรียนการสอนพยาบาลผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาลให้มีความเข้าใจผู้ป่วย ตลอดจนเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป นับเป็นโอกาสหนึ่งที่ท่านจะได้ทำประโยชน์ให้กับตนเอง ผู้อื่นและส่วนรวมร่วมกัน

การเข้าร่วมการวิจัย จะเป็นตามความสมัครใจของคุณ.... ไม่ว่าคุณจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ จะไม่มีผลกระทบต่อคุณ.....รวมทั้งไม่มีผลกระทบต่อการักษาพยาบาลตามปกติของคุณ.... ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คุณ.....สามารถใช้เวลาคิดทบทวนและสอบถามข้อข้องใจสงสัยต่างๆได้ และหากในระหว่างการพูดคุยมีคำถามที่คุณ.....ไม่สะดวกใจที่จะตอบ คุณ ....มีอิสระที่จะไม่ตอบคำถามนั้น หรือยุติการพูดคุยหรือขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลา คุณ.....มีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และหากคุณเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว ภายหลังเกิดเปลี่ยนใจสามารถขอยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีข้อแม้ใดๆในระหว่างเข้าร่วมวิจัย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ซึ่งสามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลาที่ นางยุวดี บุญเนาว์ โทรศัพท์ 086-8781077 ที่อยู่ 467ข ถนนหลังวัดกลางเมืองเก่า ตำบล ในเมือง อำเภอ เมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000 หรือสามารถติดต่อสอบถามอาจารย์ที่ปรึกษา โทรศัพท์ 081-7154600 ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น.

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่งในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ยุวดี บุญเนาว์

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ..... ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจข้าพเจ้ามีความเข้าใจดีและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ภาคผนวก ข

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก

แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ผู้วิจัยเตรียมแนวคำถามสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งแรก เพื่อช่วยเตือนความจำในระหว่างการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และฐานแนวคิดของการวิจัย ที่ต้องการค้นหาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉิน ซึ่งแนวคำถามในการสนทนาจริงจะมีความยืดหยุ่นและปรับคำถามได้ตามบริบทของการสัมภาษณ์จริง เพื่อให้เอื้อในการติดตามข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. ช่วยเล่าถึงประสบการณ์ของคุณ.....ที่ได้รับการผ่าตัดริดสีดวงทวารหนักแบบฉุกเฉินในสภาพแวดของห้องผ่าตัด ว่ามีความรู้สึกนึกคิดอย่างไรบ้าง โดยเริ่มจากช่วงที่คุณ.....เข้าสู่ประตูห้องผ่าตัด คือ คุณ.....ย้ายจากรถนอนรับ-ส่งผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมเปลี่ยนถ่ายสู่รถนอนของห้องผ่าตัดจนกระทั่งออกจากห้องผ่าตัด เพื่อไปที่ห้องพักฟื้น
2. มีเหตุการณ์อะไรบ้างเกิดขึ้นกับคุณ.....ในระหว่างอยู่ในสภาพแวดของห้องผ่าตัด
3. ผลที่เกิดขึ้น.....กระทบต่อคุณ.....อย่างไร.....มีระดับความรุนแรงมาก-น้อยเพียงใด

   เช่น..... ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย

   ด้านจิตใจ ความคิด ความรู้สึก
4. คุณมีวิธีจัดการกับความรู้สึกนึกคิด.....ผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างไร.....เพราะอะไรจึงเลือกใช้วิธีการเหล่านั้น.....
5. ผลที่ได้จากวิธีการจัดการเป็นอย่างไร.....
6. มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การผ่าตัดของคุณ.....ในห้องผ่าตัด
7. คุณมีอะไรบ้าง.....ที่พอใจ....ไม่พอใจ.....โดยเริ่มจากช่วงที่คุณ.....เข้าสู่ประตูห้องผ่าตัด คือ คุณ.....ย้ายจากรถนอนรับ-ส่งผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมเปลี่ยนถ่ายสู่รถนอนของห้องผ่าตัดจนกระทั่งออกจากห้องผ่าตัด เพื่อไปที่ห้องพักฟื้น
8. คุณคิดว่ามีสิ่งใดที่ยังไม่เล่า.....หรือต้องการเล่าเพิ่มเติมหรือไม่.....อะไรบ้าง..... อย่างไร

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

แบบบันทึกรหัสและหมวดหมู่ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

แบบบันทึกส่วนตัวผู้วิจัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

รหัสผู้ให้ข้อมูล..... อายุ....ปี เพศ.....สถานภาพสมรส.....ศาสนา.....

ระดับการศึกษา .....อาชีพปัจจุบัน.....ภูมิลำเนาเดิม.....

การวินิจฉัยโรค .....

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล .....

วันที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล .....

ประสบการณ์ผ่าตัดที่ผ่านมา .....

วันที่ทำผ่าตัด เวลาเริ่มการผ่าตัด .....

เวลาสิ้นสุดการผ่าตัด .....

ระยะเวลาการผ่าตัดรวม .....

วิธีระงับความรู้สึก .....

การผ่าตัดที่ได้รับ .....

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ภาวะแทรกซ้อน การแก้ไขในระหว่างการผ่าตัด.....

สิทธิในการเบิกชำระค่ารักษาพยาบาล .....

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

(แบบบันทึกเชิงรหัส)

รหัสผู้ให้ข้อมูล.....เก็บข้อมูลครั้งที่.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....สถานที่เก็บข้อมูล.....

ลักษณะสัมพันธภาพ.....

.....

ข้อสังเกตอื่นๆ.....

.....

ผู้พูด	บทสนทนาและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น	รหัส	ข้อคิดเห็นของผู้วิจัย
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	...
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	...
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	...
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	...
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	...
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	..

แบบบันทึกรหัสและหมวดหมู่ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

ครั้งที่.....

หมวดหมู่	รหัส	ข้อความ
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

ข้อสรุป

.....

.....

.....

.....

แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ
ครั้งที่.....

การเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

1. ประเด็นและคุณลักษณะที่ต้องการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม

ประเด็นที่1.....

.....

ประเด็นที่ 2.....

.....

ประเด็นที่ 3.....

.....

ประเด็นที่ 4.....

.....

2. แนวคำถามในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

1.

.....

.....

2. .....

.....

3. .....

.....

4. .....

.....

3. ลักษณะผู้ให้ข้อมูลครั้งต่อไป

1.....

.....

2.....

.....

3.....

.....

แบบบันทึกส่วนตัวผู้วิจัย

ครั้งที่.....

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1.....	1.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
2.....	2.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
3.....	3.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
4.....	4.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

ข้อสรุป

.....

.....