การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง:การศึกษารายกรณี

The case study for Nursing Care in Spinal Surgery

นภานุช การะเกษ[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อรายงานการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในตำแหน่งที่แตกต่างกันจำนวน 2 รายรูปแบบการศึกษา รายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยในระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 2 ธันวาคม 2560 - 22 พฤษภาคม 2561ผลการศึกษาพ**บ**ว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความแตกต่างที่ตำแหน่งการเกิดพยาธิสภาพ และมีความรุนแรงของการกดทับประสาทไขสันหลังที่แตกต่างกัน เมื่อมีรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การพยาบาลที่ได้รับ การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังผ่าตัด การจัดการกับความปวด การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพารุนแรง (Barthel index 5 คะแนน) โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและมีการวางแผนการจำหน่ายก่อนกลับบ้านร่วมกัน ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดี และส่งต่อทำแผลที่ รพ.สต. แต่ยังพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีแผลแยก 20 วันหลังการผ่าตัด เนื่องจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล และมีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันตลอดจนได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิดโดยพยาบาลชุมชน จนผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

คำสำคัญ: โรคกระดูกสันหลังเสื่อม, Barthel index, Pain score

Abstract

To report the comparative study for nursing care of two patients in spinal surgery. Case study report from December 2, 2018 to May 22, 2019 The finding was found that there were different location severities of pathology of degenerative spine condition has nerve compression that both patients were safe, without complications from surgery. Nursing care that has been taken care of daily activities before and after surgery, pain management. Nursing for post-operative rehabilitation in patients with severe dependent (Barthel Scale Index5 points) with cooperation of a multidisciplinary team and with a pre discharge planning together. Patients has recovered in well condition and dressing the wound at Health promotion hospital, but still found the first patient had separate wound after surgery 20 days due to the patient has daily activities, he was admitted the hospital and have a joint discharge planning as well as received closely home visited by community nurse until the patient can done normally activities daily life.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ E – mail Bamboonuch2507@gmail.com

Key words: Degenerative spine, Barthel index, Pain score

ความสำคัญและที่มาของปัญหาวิจัย

ปัจจุบันโรคกระดูกสันหลังเสื่อมกดทับเส้นประสาทไขสันหลังเป็นโรคที่พบได้มาก และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ อันจะนำไปสู่ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความพิการหรือเสียชีวิตจากอาการแทรกซ้อนของโรค จากสถิติผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลปราสาท ในปี 2560 ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมกดทับเส้นประสาทจำนวน 469 มีจำนวนครั้งของการมารับการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์ด้วยการรักษาด้วยยาและการทำกายภาพบำบัด 1646 ครั้ง ในกลุ่มนี้เมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.83 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระดับคอจำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.5 ผ่าตัดระดับเอว จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.44 ในปี 2561 ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมกดทับเส้นประสาทจำนวน 526 ราย มีจำนวนครั้งของการมารับการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์ ด้วยการรักษาด้วยยาและการทำกายภาพบำบัด 1232 ครั้ง ในกลุ่มนี้เมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวนปีละ 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.42 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระดับคอจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.66 ผ่าตัดระดับเอว จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 ตามลำดับ (ข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลปราสาท, 2560 – 2561) โรคกระดูกสันหลังเสื่อมกดทับเส้นประสาทไขสันหลังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยการผ่าตัดเฉลี่ย 90,000 – 120,000 บาทต่อราย ถ้าขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เกิดความพิการตลอดชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ การรักษาโรคกระดูกสันหลังเสื่อมกดทับเส้นประสาทไขสันหลังในระยะแรกใช้วิธีอนุรักษ์ โดยการใช้ยา ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นจะรักษาด้วยการผ่าตัด แม้ว่าการผ่าตัดจะเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพแต่อาจส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด บางราย ที่นอนนานอาจส่งผลให้ระบบขับถ่ายผิดปกติจากการได้รับยาระงับความรู้สึก การได้รับยาแก้ปวดหรือยานอนหลับส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งมักพบใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (อัมภิชา นาไวย์,2551)

โรงพยาบาลปราสาทเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 150 เตียง สามารถเปิดให้บริการผ่าตัดกระดูกสันหลังตั้งแต่มี 2560 พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะทุพลภาพ และยังขาดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคโรคกระดูกสันหลังเสื่อมกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติงานส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงได้ศึกษาได้พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ซึ่งเป็นการศึกษารายกรณีเปรียบเทียบ 2 ราย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

กรอบแนวคิด ใช้กรอบแนวคิดแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป ปี พ.ศ. 2560

เนื้อหาที่เกี่ยวข้อง

ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับกระดูกสันหลังเป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของคนในวัยทำงาน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะนอกจากจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดแล้วยังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่และมีความสุข สาเหตุจากการได้รับอุบัติเหตุได้รับการ

กระทบกระเทือนบริเวณหลัง และอีกกลุ่มหนึ่งที่พบได้มากก็คือกลุ่มอายุหลัง 65 ปี ไปแล้ว กลุ่มนี้จะเป็นกระดูกเสื่อมเลย พอผ่านพ้นวัยไปกระดูกจะเริ่มเสื่อม เพราะผ่านการใช้งานมานาน (วิชาญ, 2557) แนวกระดูกสันหลังประกอบด้วยกระดูกสันหลังจำนวน 30 ชิ้น เริ่มตั้งแต่กระดูกสันหลังส่วนคอ 7 ชิ้น กระดูกสันหลังส่วนกลางจำนวน 12 ชิ้นและกระดูกสันหลังส่วนล่างหรือเอวอีก 5 ชิ้น แต่ละส่วนของกระดูกสันหลังบริเวณคอ อกและเอวทั้ง 24 ชิ้นนี้ เชื่อมกันด้วยเนื้อเยื่อซึ่งเป็นแผ่นกลมเรียกว่าหมอนรองกระดูกด้านในหมอนรองกระดูกมีลักษณะเหนียวนุ่มส่วนด้านนอกแข็ง ช่วยให้หลังมีความยืดหยุ่นขณะเคลื่อนไหวและปกป้องกระดูกจากกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงกระแทกอย่างการเดินยกของ หรือบิดตัว ส่วนกระดูกสันหลังชิ้นที่ 25 – 30 เชื่อมต่อยาวมาถึงบริเวณก้นกบเป็นเส้นเดียวกัน ไม่มีหมอนรองกระดูกรองรับเหมือนกระดูกสันหลัง 24 ชิ้น หมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาทที่คอ ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดมากบริเวณไหล่และแขน หากกระดูกทับเส้นเกิดขึ้นบริเวณเส้นประสาท ไซอาติก(Sciatic Nerve) ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่ยาวที่สุดในร่างกายเริ่มตั้งแต่ด้านหลังบริเวณเชิงกราน ก้นร้าวลงไปถึงขาและเท้าทั้งสองข้าง ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บตั้งแต่ก้นลามไปถึงต้นขา หลัง สะโพก น่อง และเท้าโดยมีอาการเจ็บเล็กน้อยจนรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวด ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ บางรายต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง เพิ่มภาระทางเศรษฐกิจให้ครอบครัว กระทบกับสภาวะทางสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเฉพาะรายประชากรกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยความสมัครใจจำนวน 2 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติ เป็นผู้สูงอายุ ได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์แล้วไม่ได้ผล สมัครใจเลือกการรักษาด้วยการผ่าตัดจากหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลปราสาท ปี 2561 วิธีการศึกษาประกอบด้วย

1.ทำบันทึกข้อความขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท เพื่อของอนุญาตเก็บข้อมูลทั่วไปจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง

2.เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาทแล้ว ผู้ศึกษาแจ้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิและการรักษาความลับของผู้ป่วย เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยแล้ว ผู้ศึกษาจึงวางแผนการศึกษาโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.การประเมินภาวะสุขภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกาย การซักประวัติและศึกษาประวัติการเข้ารับการรักษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ในโปรแกรม อิเลคทรอนิค (Hos – xp) ครบถ้วนตามที่ต้องการ เพื่อนำสู่การวางแผนการพยาบาล

2.วินิจฉัยการพยาบาล การนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

3.วางแผนการพยาบาลโดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เกิดพยาธิสภาพกับกระดูกสันหลังและการผ่าตัด ตลอดจนปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคกระดูก สันหลังและพยาบาลเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ เป็นการวางแผนการพยาบาลตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดตลอดจนการฟื้นฟูสภาพ

4.ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ครบถ้วนทุกระยะของการรักษาในโรงพยาบาล

5.ติดตามประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และสรุปผลการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1. แสดงของมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2	การวิเคราะห์
เพศ	ชาย	หญิง	เพศต่างกัน
อายุ	64 ปี	61 ปี	สูงอายุเหมือนกัน
อาชีพ	ทำนาและรับจ้างทั่วไป อาศัยอยู่กับพี่สาว มีรายได้หลักจากสวัสดิการภาครัฐ	ค้าขาย อาศัยอยู่กับบุตรที่มีอาชีพรับราชการทั้ง 2 คน	อาชีพแตกต่าง ผู้ป่วยรายที่ 1 รับจ้างแบกของในร้านค้าส่ง นอกฤดูกาลทำนา อาชีพรับจ้างแบกของ การก้มแหงน สะบัดคอบ่อยๆ การรับน้ำหนักของกระดูกสันหลังส่วนคอเป็นสาเหตุสนับสนุนให้เกิดกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 นั่งขายของในตลาดเช้า – เย็น การนั่งในอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องเป็นเวลานานๆ
การวินิจฉัย	Cervical spondylosis with Myelopathy	Degenerative Scolidosis with Spinal stenosis L3 - 5	ผู้ป่วยรายที่1 มีพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม มีการกดทับของเส้นประสาทผู้ป่วยรายที่ 2 มีพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมทำให้โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบเบียดเส้นประสาท
พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง	เกิดจากการเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูกคอ ทำให้มีอาการ ชาที่แขนและขาทั้งสองข้าง อ่อนแรงที่แขนสองข้าง ขาสองข้าง กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ นอนติดเตียงมา 1 เดือน	เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะในกระดูกสันหลังส่วนเอวทั้งหมอนรองกระดูก เส้นเอ็น และข้อต่อมีอาการปวดสะโพกข้างขวา ร้าวลงมาที่ขาขวาและมีอาการชาที่ขาข้างขวา เข่าขวาบวม มีประวัติหกล้ม 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล	ทั้ง 2 รายเกิดจากความเสื่อมของกระดูกสันหลังแตกต่างที่ตำแหน่ง รายที่ 1 มีพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังส่วนคอส่งผลให้แขน ขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง มีภาวะพึ่งพารุนแรง มีปัญหาทางด้านจิตสังคม เศรษฐกิจ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ สูญเสียภาพลักษณ์ แต่รายที่ 2 มีอาการปวดมาเรื่อยๆ แต่เมื่อมีอุบัติเหตุหกล้มร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยปวดมากขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2	การวิเคราะห์
ประวัติการรักษา	วันที่ 2 ธันวาคม 2560 มีอาการชาที่แขนและขาทั้ง 2 ข้าง ปวดเอว ปวดร้าวลงมาที่ขาทั้ง 2 ข้าง จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปราสาท ได้ยาไปรับประทาน วันที่ 3 มกราคม 2561 มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ชาที่แขนและขาทั้ง 2 ข้าง กลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ แพทย์ส่งต่อโรงพยาบาลสุรินทร์เพื่อทำ MRI (ผู้ป่วยไปรับการตรวจ MRI วันที่ 9 มกราคม 2561) วันที่ 13 มกราคม 2561 มีอาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม ปวดเมื่อยตามร่างกาย ชาที่แขนและขาทั้ง 2 ข้าง กลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ นอนติดเตียงมา 1 เดือน (นำผลการตรวจ MRI มาด้วย) แพทย์ส่งต่อโรงพยาบาลสุรินทร์เพื่อรับการรักษา วันที่ 22 มกราคม 2561 รับ refer กลับจากโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อรับการผ่าตัด	วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2561 ผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดสะโพกด้านขวา ร้าวลงมาที่ขาข้างขวา ร่วมกับมีอาการชามีประวัติหกล้มมา 3 วัน เข่าขวาบวม มาพบแพทย์ ได้ยาไปรับประทานและนัดทำกายภาพบำบัด วันที่ 11 เมษายน 2561 ปวดสะโพกข้างขวา ร้าวลงมาที่ขาข้างขวา ชาที่ขาข้างขวา ปวดหลังและเข่าข้างขวา วันที่ 12 มีนาคม 2561 ยังมีอาการปวดหลัง ร้าวลงขาข้างขวา ไปพบแพทย์ออร์ปิดิกส์ที่คลินิก ส่งตรวจ MRI วันที่ 19 มีนาคม 2561 นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัด (หลังนำผล MRI ไปพบแพทย์)	ผู้ป่วยที่ 1 รายได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์ โดยการใช้ยา สวนอุจจาระเป็นครั้งคราว และใส่สายสวนปัสสาวะต่อลงถุง เนื่องจากควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ขาอ่อนแรงมาก และนอนติดเตียง ผู้ป่วยรายที่ 2 รายได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์ โดยการใช้ยาและทำกายภาพบำบัด ต่อมาอาการไม่ดีขึ้นจึงเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2	การวิเคราะห์
การผ่าตัด	ผ่าตัด Laminoplasty C3 – C7 วันที่ 26 มกราคม 2561 เวลา 14.12 – 16.20 น.	ผ่าตัด Decompressive Laminectomy with Posterolateral Fusion with posterior instrumentation L3 -5 วันที่ 21 มีนาคม 2561 เวลา 13.32 – 15.18 น.	รายที่1 ผ่าตัดบริเวณคอด้านหลังใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 8 นาที รายที่ 2 ผ่าตัดบริเวณเอวด้านหลังใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 14 นาที การใช้เวลามีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยรายที่1 มีพยาธิสภาพหลายระดับตั้งแต่ C3 – C7 ซึ่งควบคุมระบบประสาทและกล้ามเนื้อแขนและขาทั้ง 2 ข้าง รวมถึงระบบขับถ่าย จึงต้องมีการผ่าตัด 4 ระดับ มากกว่ารายที่ 2 ซึ่งที่ทำการผ่าตัด 2 ระดับ
ภาวะแทรกซ้อน	Constipation	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	รายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้มาสามารถควบคุมการอุจจาระได้
Care giver	พี่สาว 1 คน	บุตร 2 คน	การวางแผนการจำหน่าย care giver มีความสำคัญในการฟื้นฟู การแลผู้ป่วยรายที่ 1 ต้องใช้เครือข่าย อสม.ร่วมดูแลในพื้น
ระยะเวลาในการพักในโรงพยาบาล	17 วัน (วันที่ 22 มกราคม – 7 กุมภาพัน 2561)	10 วัน (วันที่ 19 – 28 มีนาคม 2561)	ผู้ป่วยรายที่ 1 อยู่โรงพยาบาลนานกว่า เนื่องจากหลังผ่าตัด ต้องฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล การฝึกลุก ฝึกนั่ง และฝึกเดิน ซึ่งต้องใช้เวลามากกว่า จากการนอนติดเตียงมา 1 เดือน กล้ามเนื้อไม่ได้รับการกระตุ้น การใช้งาน จึงต้องฝึกความแข็งแรง และการควบคุมการทำงาน ให้กลับมาเป็นปกติ

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุ ประกอบอาชีพที่ต้องอยู่ในอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องซ้ำๆเป็นเวลานาน เมื่ออายุมากขึ้นอาการที่เกิดจากความเสื่อม มีอาการและอาการแสดงมากขึ้น โดยเริ่มจากอาการปวด ต่อมาปวดมากขึ้น ทั้งคู่ได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์ ซึ่งต่อมาไม่ได้ผล จึงต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพในตำแหน่งที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังส่วนคอ ซึ่งประสาทไขสันหลังบริเวณนี้ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายของระบบหายใจ กล้ามเนื้อกระบังลม แขน ขา ทั้ง 2 ข้าง มีภาวะพึ่งพาสูง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรินันท์ สุขศรี (2560) พบว่า การพึ่งพิงผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระกับครอบครัวและสังคม ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่ำลง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังส่วนเอว ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของขา 2 ข้างตั้งแต่ระดับหัวเหน่าลงไป มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง ระยะเวลาในการพักในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรายที่ 1 มีระยะเวลาที่ยาวนานกว่า เนื่องจากเป็นผู้ป่วยติดเตียงก่อนผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ในการฝึก นั่ง ลุก เดิน ซึ่งในเวลานาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกา ยอยืนยง (2558) พบว่าความวกตกกังวล ระยะเวลาของความเจ็บปวด ทำให้เกิดความกลัว ลังเล ไม่กล้าตัดสินใจ ขาดความเชื่อมั่น ในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อการฟื้นตัว ความวิตกกังวลจึงนำไปสู่ความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันได้

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

การประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
ผิวหนัง	ผิวขาว ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม มีแผลกดทับ เกรด 1 ที่บริเวณก้นกบ	ผิวขาว ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม ไม่มีแผลกดทับ	ผู้ป่วยรายที่1 เริ่มมีแผลกดทับที่บริเวณก้นกบ เนื่องจาผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้น้อย ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อป้องการเป็นแผลกดทับในระดับที่มากขึ้นการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง การดูแลความเปียกชื้น การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติให้มีความเข้าใจเรื่องการป้องกันแผลกดทับ การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงเพื่อส่งเสริมการหายของแผล
ช่องท้องและทางเดินอาหาร	ท้องอืด กดนิ่ม คลำไม่พบก้อนในช่องท้อง ตับ ม้าม ไม่โต กลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ ใส่สายสวนปัสสาวะต่อลงถุงเก็บปัสสาวะ ลักษณะใส ไม่มีตะกอน	ท้องไม่อืด กดนิ่ม คลำไม่พบก้อนในช่องท้อง ตับ ม้าม ไม่โต ขับถ่ายปกติ	ผู้ป่วยรายที่ 1 มาอาการท้องอืด ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่มีกากใย ลดอาหารจำพวกแป้ง กระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ1,500 – 2,000 มิลลิลิตร และผู้ป่วยได้รับการคาสายสวนปัสสาวะการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ สังเกตลักษณะ สี ตะกอน การดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์
กล้ามเนื้อและกระดูก	Motor grade 4 all Upper, Lower L2 – L3 grade 3 ทั้ง 2 ข้าง, Lower L4 – S1 grade 1 ทั้ง 2 ข้าง	Motor grade 5 all Upper and all Lower	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะอ่อนแรงที่แขน เกรด 3 กล้ามเนื้อมีแรงพอที่จะยกแขนได้บ้างแต่ไม่สามารถต้านแรงได้ แต่ที่ขา 2 ข้าง เกรด 1 กล้ามเนื้อไม่มีแรงเคลื่อนข้อ ยกขาไม่ได้ กล้ามเนื้อยังพอขยับได้ ดังนั้นการสอน/สาธิต ให้คำแนะนำญาติในการฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกล้ามเนื้อ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงประโยชน์ในการ ช่วยเหลือตนเอง การดูแลความสะอาด ลดการสะสมของเชื้อโรค ให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วย ตนเอง. การป้องกันอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น

การประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การวิเคราะห์
Pain score	8 – 10 คะแนน	6 – 8 คะแนน	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัญหาเรื่องความปวดที่ต้องได้รับการจัดการความปวด การให้ยาตามแผนการรักษา ประเมินอาการปวดหลังได้รับยา อาการข้างเคียงจากยาแก้ปวด และการให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อบรรเทาอาการปวด ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายพักผ่อนได้
Barthel index	5 คะแนน	11 คะแนน	ผู้ป่วยรายที่ 1มีภาวะพึ่งพารุนแรงผู้ดูแลเป็นที่สาวซึ่ง เป็นผู้สูงอายุเช่นกันทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ การให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและเสริมพลังทั้งผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถเผชิญปัญหา การหาทางออก ร่วมกันดูแลผู้ป่วยให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุด ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะพึ่งพาปานกลาง ให้กำลังใจแนะนำขั้นตอนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 เริ่มมีแผลกดทับ เกรด 1 ที่บริเวณก้นกบ ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้น้อย การให้การพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญเพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้แก่ การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง การดูแลความเปียกชื้นพร้อมกับการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติให้มีความเข้าใจเรื่องการป้องกันแผลกดทับ การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงเพื่อส่งเสริมการหายขอแผล รวมถึง อาหารที่มีกากใย ลดอาหารจำพวกแป้ง กระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ1,500 – 2,000 มิลลิลิตร และผู้ป่วยได้รับการคาสายสวนปัสสาวะการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ สังเกตลักษณะ สี ตะกอน การดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิณพิชญ์ มะมน (2555) ที่พบว่าการ ให้ความรู้ที่จะช่วยส่งเสริมการหายของแผลได้นั้น จะต้องประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้โดยตรง กับผู้ป่วยและญาติ การเผชิญกับความปวด ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความปวดในระดับรุนแรง ดังนั้นการจากการความปวดที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนิตย์ กมลวิทย์ (2557) พบว่าการจัดการความปวดโดย วิธีการไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการจัดการความปวด ด้วยวิธีการใช้ยาอีกด้วย จากการประเมิน Barthel index เพื่อการปฏิบัติพยาบาลที่ต้องสนองผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาในระดับที่แตกต่างกันนั้น จำเป็นต้องออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับระดับของภาวะพึ่งพาโดยใช้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพได้ใกล้เคียงกับปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วีนา วงษ์งาม (2557) ที่พบว่าการดูแลโดยใช้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และพัฒนาความสามารถในการดูในการดูแลอย่างเหมาะสม

ตารางที่ 3 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาล	การวิเคราะห์
<u>การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด</u> 1. ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดหลัง จากการมีพยาธิสภาพของโรคที่กระดูกสันหลังส่วนคอ 2. วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และการรักษาที่ได้รับ เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล 3. บกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดอาการปวด 4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นแผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ท้องผูก เนื่องจากผู้ป่วยเคลื่อนไหวตัวเองได้น้อยและนอนติดเตียงมา 1 เดือน 5.ขาดความรู้ความเข้าใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยการจัดการความปวด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล การผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามพยาธิสภาพของผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยรายที่1 เคลื่อนไหวตัวเองได้น้อย และนอนติดเตียง มีปัญหาเรื่องการขับถ่าย แผลกดทับ จึงต้องให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและแผลกดทับในระดับที่มากขึ้น
<u>การพยาบาลระยะผ่าตัด</u> 1.เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดท่า เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในท่านอนคว่ำ 2.เสี่ยงต่อบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและภาวะ shock จากการเสียโลหิตขณะผ่าตัดจากการใช้อุปกรณ์เครื่องมือขณะผ่าตัด 3. เสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า 4.เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้สารเคมี 5.เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด 6.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหลังผ่าตัดทันทีขณะเคลื่อนย้าย	การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อวางแผนผ่าตัดในเรื่องการยืมเครื่องมืออุปกรณ์จากห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุรินทร์ เครื่องมือจากบริษัท วัสดุทางการแพทย์ที่ใส่ติดตัวผู้ป่วย พยาบาลที่มีสมรรถนะในการร่วมทีมผ่าตัด ให้พร้อมก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด เป็นการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการประเมินซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถย้ายไปดูแลหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน
การวินิจฉัยทางการพยาบาล	**การวิเคราะห์**
<u>การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด</u> 1.เสี่ยงต่อภาวะช็อค เนื่องจากสูญเสียเลือดและสารน้ำในจากการผ่าตัด 2.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด จากเนื้อเยื่อถูกทำลายขณะผ่าตัด	ระยะหลังผ่าตัด การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การสูญเสียเลือดประเมินจากสายท่อระบายที่ใส่ไว้ติดตัวผู้ป่วย การให้สารน้ำทดแทน อาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกอาการคลื่นไส้อาเจียน การจัดการความปวดที่เหมาะสมและการประเมินการติดเชื้อแผล

3.มีภาวะคลื่นไส้อาเจียนเนื่องจากผลแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก 4.เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด	ผ่าตัด จากอาการไข้มากกว่า 38 °C แผลมีอาการปวด บวม แดง ร้อน หรือมีหนองจากแผล
<u>การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ</u> 1. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและการมาตรวจตามนัด	ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ นั่ง ยืน เดินได้ปกติและให้สวมอุปกรณ์พยุงคอ (Soft Collar) ไว้ตลอดเวลาที่ลุกยืน เดิน หรือนั่ง ยกเว้นเวลานอน อย่างน้อย 4 – 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว นั่ง ยืน เดินได้ปกติและให้สวมอุปกรณ์พยุงหลัง (L – S support) ไว้ตลอดเวลาที่ลุกยืน เดิน หรือนั่ง ยกเว้นเวลานอน อย่างน้อย 4 – 6 สัปดาห์

จากตารางที่ 3 พบว่าการให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดนั้นเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เอกสาร ยา เวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง และเตรียมความพร้อมของบริการห้องผ่าตัดที่ต้องมีการจัดการล่วงหน้า ประกอบด้วยการจัดการก่อนผ่าตัด การตรวจสอบความพร้อมของห้องผ่าตัดด้านความสะอาด อุปกรณ์พื้นฐานประจำห้องผ่าตัด เครื่องมือชุดอุปกรณ์ผ่าตัด เครื่องมืออุปกรณ์เทียมที่เตรียมไว้สำหรับใส่ทดแทนให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัด เครื่องใช้ ประสานงานกับทีมผ่าตัดที่มีสมรรถนะในการร่วมทีมผ่าตัด ให้มีความพร้อมก่อนรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด การรับและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พยาบาลแนะนำตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล การตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ ทางรังสีหรือ ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ เป็นต้น การตรวจสอบการทำงานของอุปกรณ์ที่ติดมากับผู้ป่วย รวมทั้งเวชภัณฑ์ยาจากหอผู้ป่วยที่เตรียมไว้ ว่ามีความถูกต้อง ครบถ้วน ตามคำสั่งแพทย์ การวัดและบันทึกสัญญาณชีพ motor power เพื่อเปรียบเทียบว่าถ้ามีการเปลี่ยนแปลง ผลมาจากพยาธิสภาพหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การตรวจสอบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย Sign in ตาม surgical safety checklist โดยพยาบาลห้องผ่าตัด ศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล เป็นผู้อ่านออกเสียงให้ผู้ที่อยู่ในทีมได้ยิน/วิสัญญีพยาบาล โดยวิสัญญีแพทย์/ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เข้าห้องผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและผู้ป่วย ที่มารับการรักษาด้วย Invasive Procedure ต่าง ๆ ที่ต้องกระทำในห้องผ่าตัด ให้การดูแลตั้งแต่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาล วิสัญญีในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี รวมทั้งประสานกับทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอีกด้วย พยาบาลผ่าตัดนอกจากมี ความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด และมีความ ชำนาญเฉพาะทางด้านอุปกรณ์ หรือเครื่องมือพิเศษที่ได้รับการฝึกฝนพิเศษในการช่วยทำผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย (มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล,2551) การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีของโอเร็ม ที่ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจาก ความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำการดูแล จำเป็นทั้งหมดของตนเองได้ ระบบการพยาบาลจึงเข้าไปช่วยเหลือ และความต้องการการดูแลตนเอง ที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ(พารุณี วงษ์ศรี, 2561) ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดมีการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ

ดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ การวางแผนจำหน่ายและการดูแล บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายคือการประเมิน การสื่อสาร การตอบสนองความต้องการใน การดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยและครอบครัว การประสานงาน การจัดสรรทรัพยากรในชุมชน/บ้าน และ การจำหน่ายผู้ป่วยตามเวลาที่กำหนดเพื่อการฟื้นฟูสภาพและการฟื้นตัวให้มากที่สุด (สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป, 2559) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายมีสำคัญ อย่างยิ่งได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรก รับแบบองค์รวมเพื่อเป็นข้อมูลให้แก่ทีมสุขภาพร่วมกัน วางแผนการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและถูกต้อง เหมาะสม อาจกล่าวได้ว่าในระบบการวางแผนจำหน่าย นั้นพยาบาลทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ให้บริการสุขภาพทางการ พยาบาลและเป็นทั้งผู้ประสานงานติดต่อระหว่างทีม สุขภาพ ผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว

ตารางที่ 4 แสดงผลการรักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
เวลาผ่าตัด	2 ชั่วโมง 8 นาที	1 ชั่วโมง 14 นาที
การผ่าตัด	Laminoplasty C3 – C7 วันที่ 26 มกราคม 2561	Decompressive Laminectomy with Posterolateral Fusion with posterior instrumentation L3 -5 วันที่ 21 มีนาคม 2561
Estimate blood loss	300 ml	200 ml
หลังผ่าตัด 1 วัน	-Redivac drain 30 ml -Pain score 4 -5 คะแนน	Redivac drain 30 ml -Pain score 5-7 คะแนน
หลังผ่าตัด 2 วัน	- Redivac drain 100 ml - Pain score 3 -4 คะแนน - ไม่ถ่าย ท้องอืด ปวดเกร็งหน้าท้อง สวนด้วย Unison enema 100 ml ถ่าย 1 ครั้ง	Redivac drain 100 ml -Pain score 3 -7 คะแนน -ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง
หลังผ่าตัด 3 วัน	-Redivac drain 140 ml -Pain score 3 คะแนน -ท้องไม่อืด ฝายลมได้ -พอยกแขนได้	Redivac drain 70 ml -Pain score 4-7 คะแนน -เบิก L – S support กระตุ้นลุกเดิน
หลังผ่าตัด 4 วัน	Redivac drain 80 ml -Pain score 2 คะแนน -พอยกแขนได้ ยกขาได้	Redivac drain 50 ml -Pain score 4-7 คะแนน -เดินได้ ระยะเวลาสั้นๆ
หลังผ่าตัด 5 วัน	Redivac drain 40 ml -Pain score 2 คะแนน -พอยกแขนได้ ยกขาได้ - off foley's cath ใส่ condom ไว้	Redivac drain 50 ml -Pain score 3-5 คะแนน -เดินได้ ระยะเวลานานขึ้น -off foley's cath ปัสสาวะได้เอง
หลังผ่าตัด 6 วัน	Redivac drain 50 ml -Pain score 2 คะแนน	-off Redivac drain -Pain score 3-4 คะแนน

	-พอยกแขนได้ ยกขาได้มากขึ้น -ถ่ายอุจจาระได้เอง 1 ครั้ง	-เดินได้ ระยะเวลานานขึ้น
การรักษาพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
หลังผ่าตัด 7 วัน	- off Redivac drain -Pain score 2 คะแนน -ขยับแขนขยับขาได้มากขึ้นแต่ยังลุกเดินไม่ได้	-Pain score 2 คะแนน -เดินได้ ระยะเวลานานขึ้น -จำหน่ายกลับบ้าน
หลังผ่าตัด 8 - 9 วัน	-Pain score 2 คะแนน -ขยับแขน ขยับขาได้มากขึ้น นั่งได้โดยให้ญาติช่วยพยุง แต่ยังลุกเดินไม่ได้	
หลังผ่าตัด 10- 12 วัน	-Pain score 2 คะแนน -ขยับแขน ขยับขาได้มากขึ้น ฝึกลุก ฝึกเดินได้โดยมีญาติช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด -จำหน่ายกลับบ้าน นัดมากายภาพบำบัด	

จากตารางที่ 4 พบว่าการรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังและการประเมินซ้ำ เพื่อจัดการกับภาวะรบกวนที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด การจัดการความปวดที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สามารถฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้มากขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านไป แต่พบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ซึ่งก่อนผ่าตัดเป็นผู้ป่วยติดเตียง การที่จะกลับมานั่ง ยืน และเดิน ต้องใช้เวลาในการฝึกกล้ามเนื้อและการสร้างความมั่นใจว่าตนเองสามารถกลับมานั่ง ยืน เดินและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองได้ ดังนั้นการให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการพัฒนาความสามารถในการดูแลอย่างเหมาะสม (วีนา วงษ์งาม,2557) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนิกา ยอยืนยง(2558) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังควรได้รับการจัดการความปวดบรรเทาความวิตกกังวล และส่งเสริมความพึงพอใจในการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายที่ได้รับการผ่าตัดที่กระดูกสันหลัง คัดเลือกจากผู้ป่วยที่เกิดพยาธิสภาพในตำแหน่งที่แตกต่างกัน ความซับซ้อนของปัญหาด้านสุขภาพและสังคม เศรษฐานะ ที่แตกต่างกัน การใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยใช้กรอบแนวคิดของสถานบันประสาท และกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล (อรนันท์ หาญยุทธ , 2557) ในการดูแล

ผู้ป่วย พบว่าในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อนและสามารถจำหน่ายกลับบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณี ชอบการไร่ (2556) พบว่าการโปรแกรม Discharge Plan ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน มาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด 1 เดือน ผู้ป่วยมีอาการปวดน้อยลง ทำกิจวัตรประจำวันได้ นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ การมารับการตรวจติดตามอาการตามนัด ผู้ป่วยจึงมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองดี ผลการศึกษานี้สนับสนุน ทฤษฎีของ Orem เรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem อ้างถึงใน พารุณี วงค์ศรี, 2561) แต่ยังพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีอุบัติการณ์แผลแยกหลังผ่าตัด 20 วัน ขณะก้ม จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยไม่ได้ใส่ Soft Callar ไว้ตลอดเวลาตามที่ได้รับคำแนะนำ การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยเฉาะรายที่มีความซับซ้อนของปัญหาแตกต่างกัน มีความจำเป็นในการติดตามประเมินหลังจำหน่ายโดยการ ติดตามของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หรือทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อประโยชน์สูงสุดอันจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว(สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป, 2559)การดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยงเครือข่ายชุมชนร่วมในการออกแบบการดูแลที่บ้านอย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยใช้กระบวนการพยาบาล กรอบแนวคิดแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง สำหรับพยาบาลทั่วไป สถาบันประสาทวิทยา การให้การพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลต้องคำนึงถึงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ การใช้ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะใกล้เคียงปกติได้เร็วที่สุด สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

(1) การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

(2) การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยทีมสหวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

กนิษฐา จันทร์ฉาย. (2558). **คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิณพิชาญ์ มะมน. (2555). **บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ:ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล.**วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 20(5), 478-490

ชนิกา ยอยืนยง. (2558). **ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง.**วารสารทหารบก, 16(1), 62-69

ธัญรดี จิรสินธิปก.(บรรณาธิการ). (2550). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.**กรุงเทพฯ: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

พารุณี วงษ์ศรี. (2561). **การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว.** วารสารตำรวจ, 10(1), 209-219

วีณา วงษ์งาม. (2557). **ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น.** พยาบาลสาร , 41(2), 72-75

สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป.(2559). **การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อ.**วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 9-18

สถาบันประสาทวิทยา. (2560). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป.** กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

เสาวนิตย์ กมลวิทย์.(2557). **การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรงพยาบาลระนอง.วารสารกองการพยาบาล,** 41(2), 23-41

สุปราณี ศรีพลวงษ์ . (2560). **ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลวิชาชีพต่อความเสี่ยงทางด้าน**คลินิคในหออายุรกรรม.

สุภาพ อารีเอื้อ. (2542).**การพยาบาลในห้องผ่าตัด : จากการส่งเครื่องมือสู่การพยาบาลแบบองค์รวม.**รามาธิบดีพยาบาลสาร, 4(2), 204-212

สุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์.(บรรณาธิการ). (2548). **ตำราโรคข้อ.**กรุงเทพฯ : สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย.

สุวรรณี ชอบการไร่. (2556) . ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. วารสารสภาการพยาบาล, 28(3), 68-79

ศิรินันท์ สุขศรี. (2560). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ.** วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 17(4), 73-84

อัมภิชา นาไวย์ **ความต้องการ และ การตอบสนองของผู้ป่วยหลังผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังรพ.นครพิงค์ จ.เชียงใหม่.** วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่ ,

อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). **กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้.**วารสารทหารบก, 15(3), 137-143