

การประยุกต์ใช้รูปแบบการปรับตัวของรอยกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง: กรณีศึกษา

ศุภชัย ใจอ้าย พย.บ.¹

เอกรินทร์ อ้อยงาม พย.บ.¹

รับบทความ: 23 ธันวาคม 2568

ปรับแก้บทความ: 19 มีนาคม 2569

ตอบรับบทความ: 25 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การผ่าตัดกระดูกสันหลังถือเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในมิติด้านร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้รูปแบบการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิด เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินและส่งเสริมกลไกการเผชิญปัญหาผ่านพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้อย่างเป็นระบบ กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยด้วยแนวคิดรูปแบบการปรับตัวของรอย ในผู้ป่วยหญิงอายุ 71 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

จากการประเมินพฤติกรรมและวิเคราะห์สิ่งเร้าตามแนวคิดของรอย พบข้อบกพร่องในการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพครอบคลุม 3 ระยะของการดูแล คือ 1) ระยะก่อนระงับความรู้สึก ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านอัตมโนทัศน์และบทบาทหน้าที่อันเนื่องมาจากสถานะขาดความรู้เกี่ยวกับกระบวนการรักษา ผู้วิจัยจึงจัดการสิ่งเร้า โดยการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม เพื่อปรับความคาดหวังให้สอดคล้องกับสถานะจริง 2) ระยะขณะระงับความรู้สึก พบความท้าทายด้านสรีรวิทยาจากความเสี่ยงในการสูญเสียเลือดปริมาณมากและอันตรายจากการจัดทำผ่าตัดนอนคว่ำ วิสัญญีพยาบาลจึงทำหน้าที่เป็นกลไกปกป้องเพื่อรักษาสมดุลของระบบไหลเวียนโลหิตและเฝ้าระวังป้องกันสิ่งเร้าจากแรงกดทับอย่างใกล้ชิด และ 3) ระยะหลังการระงับความรู้สึก ร่างกายมีความบกพร่องในการจัดการความปวดและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การพยาบาลมุ่งเน้นการกำจัดการสิ่งเร้าควบคู่กับการส่งเสริมกลไกการรู้คิดผ่านเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ รวมถึงกระตุ้นการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการประคับประคองเพื่อเสริมสร้างพลังใจ

การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอนของรอย ช่วยให้วิสัญญีพยาบาลสามารถวิเคราะห์สิ่งเร้าที่เป็นต้นเหตุและจัดการปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการปรับตัวของรอย, วิสัญญีพยาบาล, ผ่าตัดกระดูกสันหลัง

¹กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแพร่

Roy Adaptation Model Application in Nursing Care for Spine Surgery Patient: A Case Study

Suphachai Jai-ai B.N.S.¹

Ekharin Oiyngam B.N.S.¹

Received: December 23, 2025

Revised: March 19, 2026

Accepted: March 25, 2026

Abstract

Spine surgery represents a critical event that significantly impacts patients both physically and psychologically. This case study applied Roy's Adaptation Model as a theoretical framework to enable nurses to systematically assess and promote coping mechanisms through the four adaptive modes. The objective of this study was to present a nursing care model based on Roy's Adaptation Model for a 71-year-old female patient undergoing spine surgery.

Through behavioral assessment and stimuli analysis, ineffective adaptation was identified across three perioperative phases: 1) Pre-anesthetic phase: The patient exhibited deficits in self-concept and role function modes due to a lack of knowledge regarding the surgical process; stimuli were managed by providing proactive information to align the patient's expectations with reality. 2) Intra-anesthetic phase: Physiological challenges included the risk of significant blood loss and complications from prone positioning; the nurse anesthetist functioned as a regulator mechanism to maintain hemodynamic stability and provide vigilant protection against pressure-related injuries. 3) Post-anesthetic phase: Physiological deficits involved pain management and infection risks; nursing interventions focused on removing stimuli while enhancing the cognator mechanism through distraction techniques, alongside promoting the interdependence mode by involving family members in providing emotional support.

The application of Roy's six-step nursing process enables nurse anesthetists to systematically analyze root-cause stimuli and manage patients' adaptation problems, ultimately resulting in effective adaptation.

Keywords: Roy's Adaptation Model, Nurse Anesthetist, Spine Surgery

¹Anesthesia Nursing Group, Phrae Hospital

บทนำ

รูปแบบการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model [RAM]) เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่พัฒนาโดยซิสเตอร์ คาลลิสตา รอย (Sister Callista Roy) ในปี ค.ศ. 1964 ทฤษฎีนี้มีจุดเด่นที่ไม่ได้มองผู้ป่วยแค่ในฐานะ ผู้ที่มีอวัยวะชำรุดและต้องซ่อมแซม แต่มองผู้ป่วยเป็นมนุษย์แบบองค์รวม (holistic) ที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และสังคม มนุษย์ทุกคนมีกลไกในการดิ้นรนและปรับตัวเพื่อเอาชีวิตรอดเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าหรือการเปลี่ยนแปลง⁽¹⁾ ในกรณีการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่กระทบทุกมิติของชีวิต ทฤษฎีการปรับตัวของรอยจึงเป็นกรอบแนวคิดที่ช่วยให้พยาบาลสามารถทำความเข้าใจความทุกข์ทรมานและความต้องการของผู้ป่วยในทุกมิติได้อย่างลึกซึ้งและรอบด้าน

กลไกการปรับตัวเพื่อรับมือกับภาวะเจ็บป่วย ในมุมมองของรูปแบบการปรับตัวของรอย ความเจ็บป่วยและการรักษาถือเป็นสิ่งเร้า (stimuli) ที่เข้ามาคุกคามและทำให้ชีวิตของผู้ป่วยเสียสมดุล ในบริบทของการผ่าตัดกระดูกสันหลัง สิ่งเร้าไม่ได้มีเพียงแค่พยาธิสภาพของโรคกระดูกสันหลังเสื่อมทับเส้นประสาทที่ทำให้เกิดอาการปวดและขาอ่อนแรงเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงกระบวนการรักษาทั้งหมดที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น การได้รับการระงับความรู้สึก ภาวะสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด การถูกจัดท่านอนคว่ำเป็นเวลานาน และการเกิดบาดแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ สิ่งเร้าเหล่านี้นำไปสู่กระบวนการปรับตัว (adaptation) ซึ่งเป็นกลไกที่ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยต้องพยายามเผชิญปัญหาเพื่อหาทางรอดและกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ โดยผู้ป่วยจะต้องพยายามปรับตัวผ่าน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physiological mode) การดิ้นรนเพื่อรักษาสมดุลใหม่ โดยพยายามรับมือกับอาการปวดแหวและปวดแผลผ่าตัด รวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากภาวะสูญเสียเลือด 2) ด้านอัตมโนทัศน์

(self-concept mode) ผู้ป่วยต้องเผชิญหน้ากับสภาพจิตใจที่เต็มไปด้วยความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกสูญเสียความมั่นคงในตนเองเนื่องจากสมรรถภาพทางกายที่ลดลง 3) ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนผ่านจากการทำหน้าที่ในบทบาทเดิมในชีวิตประจำวัน มาสู่บทบาทการเป็นผู้ป่วยที่ต้องอดทนและให้ความร่วมมือภายใต้ข้อจำกัดของการรักษา 4) ด้านการพึ่งพาพึ่งกัน (interdependent mode) ผู้ป่วยต้องยอมรับสภาพความอ่อนแอที่เกิดขึ้นชั่วคราว และยอมรับความช่วยเหลือจากญาติและพยาบาลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตาม หากสิ่งเร้าจากความเจ็บป่วยหรือการผ่าตัดมีความรุนแรงเกินกว่าขอบเขตที่กลไกของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจะรับมือได้ด้วยตนเอง จะทำให้เกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพนำไปสู่ขั้นบกพร่อง (compromised level) ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินและจัดการสิ่งเร้าที่เป็นต้นเหตุ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและกลับสู่ภาวะสมดุลได้ ผ่านกระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินพฤติกรรม 2) การประเมินสิ่งเร้า 3) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4) การกำหนดเป้าหมาย 5) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล และ 6) การประเมินผล

รูปแบบการปรับตัวของรอยเป็นแนวคิดสำคัญที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างกว้างขวางในหลากหลายกลุ่มโรค เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวที่เหมาะสมและนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการนำรูปแบบการปรับตัวของรอยมาประยุกต์ใช้จนเกิดผลลัพธ์เชิงประจักษ์ ตัวอย่างเช่น ในกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท ทฤษฎีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในการทำ

กิจวัตรประจำวันบนเตียงและเปลี่ยนท่าทางได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้อาการปวดหลังร้าวลงขาลดลง และช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองมากขึ้น⁽²⁾ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเอสทีไม่กร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีรอยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมบนเตียงได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีข้อจำกัดของโรคก็ตาม⁽³⁾ นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การนำทฤษฎีนี้มาเป็นกรอบแนวคิดช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมการปรับตัว ทำให้ผู้ป่วยรับมือกับสถานการณ์หลังผ่าตัดได้ดีขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการรักษา⁽⁴⁾ รวมไปถึงในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน ซึ่งพบว่าการประยุกต์ใช้รูปแบบการปรับตัวของรอยมีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังช่วยยกระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

การผ่าตัดกระดูกสันหลังทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจในสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ. 2000-2019 มีผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังเพิ่มขึ้น 57,740 ราย คิดเป็นร้อยละ 95⁽⁶⁾ ในประเทศไทยสถาบันประสาทวิทยาระบุว่า การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นหนึ่งในประเภทการผ่าตัดที่พบได้บ่อย โดยมีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 207 ราย ซึ่งอยู่ใน 10 อันดับแรกของการผ่าตัดทั้งหมด⁽⁷⁾ สำหรับโรงพยาบาลแพร่ มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 จำนวน 152, 223 และ 169 ตามลำดับ⁽⁸⁾

การผ่าตัดกระดูกสันหลัง (spine surgery) เป็นการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างของกระดูกสันหลัง ซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 วิธีหลัก ได้แก่ การผ่าตัดแบบเปิด (open spine surgery) และการผ่าตัดผ่านกล้อง (endoscopic) แม้ว่าการ

ผ่าตัดผ่านกล้องสามารถลดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วกว่า โดยใช้เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นลง และกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้นเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบเปิด อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดแบบเปิดยังคงเป็นวิธีมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติรุนแรงหรือซับซ้อน ซึ่งจำเป็นต้องเห็นโครงสร้างภายในอย่างชัดเจน⁽⁹⁾

วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบเปิด เพื่อลดการกดทับของรากประสาทไขสันหลัง โดยจะเปิดแผลบริเวณกลางหลังผ่านชั้นกล้ามเนื้อไปยังกระดูกสันหลังส่วนลามินา (lamina) เพื่อเข้าสู่โพรงไขสันหลัง (spinal canal)⁽⁹⁾ หลังจากนั้นจึงขยายโพรงไขสันหลังด้วยการยกกระดูกลามินาที่กดทับรากประสาทไขสันหลังออก ในบางกรณีอาจมีการเชื่อมต่อกระดูกสันหลัง (spinal fusion) โดยใช้วัสดุที่เป็นโลหะ (pedicle screw) เพื่อเสริมความมั่นคง ใช้รักษาความผิดปกติทางโครงสร้างกระดูกสันหลัง เช่น โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (spinal canal stenosis) กระดูกสันหลังเสื่อม (spondylosis) กระดูกสันหลังเคลื่อน (spondylolisthesis) หมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท (herniated nucleus pulposus [HNP]) หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรุนแรง⁽¹⁰⁾ หลังผ่าตัดอาการปวด ชา และอ่อนแรงที่เกิดจากการกดทับรากประสาทจะลดลงหรือหายไป⁽¹¹⁾ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังช่วยลดความเสี่ยงที่จะพิการและการกลับเป็นซ้ำในอนาคต ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹²⁾

ผลกระทบของการผ่าตัดกระดูกสันหลังทำให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกายและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การเผชิญกับความปวดจากแผลผ่าตัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด⁽¹³⁾ ความเจ็บป่วยและการรักษา

ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตหรือรับผิดชอบบทบาทเดิมได้ตามปกติ อีกทั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนมาสู่บทบาทของการเป็นผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวและเผชิญกับข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผลจากการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเองชั่วคราว⁽¹⁴⁾ จำเป็นต้องอาศัยการดูแลและขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยผลกระทบที่ซับซ้อนและเกี่ยวเนื่องกันในทุกมิติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องผ่านกระบวนการปรับตัว ทั้งใน ร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกัน การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงแต่จะช่วยป้องกันอันตรายและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา แต่ยังเป็นหัวใจสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูตนเอง และกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัดได้อย่างสมบูรณ์

ดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังซึ่งมีความซับซ้อน วิทยาลัยพยาบาลจึงมีบทบาทและสมรรถนะที่สำคัญยิ่งในการนำรูปแบบการปรับตัวของรอยมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวที่เหมาะสม และนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี การดูแลในกรณีศึกษานี้ได้อาศัยการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการเข้ากับหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติทางคลินิก และงานวิจัยที่ทันสมัย เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมการดูแลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อน ขณะ และหลังให้การระงับความรู้สึก การจัดการปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้กรอบแนวคิดของรอยในกรณีศึกษา นี้ ไม่เพียงแต่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามเป้าหมายที่กำหนดเท่านั้น แต่ยังช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและยั่งยืน

รายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 71 ปี สัญชาติไทย สถานภาพสมรส ไม่ประกอบอาชีพ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาสูงสุดประถมศึกษาปีที่ 4 น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ส่วนสูง 153 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI] 22.22 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด มีบุตร 2 คน โดยรวมสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพที่แข็งแรง ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนเป็นไปด้วยดี รายได้อยู่ในระดับที่เพียงพอกับการครองชีพ และใช้สิทธิ์การรักษาพยาบาลผ่านบัตรสุขภาพถ้วนหน้า

อาการสำคัญ มาตามนัดเพื่อรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดเอว้าวลงสะโพกสองข้าง จึงมาตรวจที่โรงพยาบาลแพร่ ได้รับยาฉีดแก้ปวดและยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน แต่อาการปวดทุเลาเพียงชั่วคราวและไม่หายขาด 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดเอวมามากขึ้นอย่างชัดเจน มีอาการปวดร้าวไปบริเวณสะโพกและขาทั้งสองข้าง รวมถึงมีอาการชาขา 2 ข้างร่วมด้วย เมื่อเดินได้ระยะทางประมาณ 50-100 เมตร อาการปวด ชา และขาอ่อนแรงทั้งสองข้างจะรุนแรงขึ้นจนต้องหยุดพัก เมื่อหยุดพักอาการปวดจึงจะทุเลาลง ผู้ป่วยจึงมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลแพร่ แพทย์ได้ส่งตรวจกระดูกสันหลังด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging [MRI]) และแนะนำให้ผ่าตัดกระดูกสันหลัง จากนั้นจึงนัดหมายให้ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัด

อาการปัจจุบัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รูปร่างสมส่วน ผิวขาวเหลือง หายใจได้เองไม่มีเหนื่อยหอบ มีอาการปวดเอว้าวไปบริเวณสะโพกและขาทั้งสองข้าง มีอาการชาขา 2 ข้างร่วมด้วย

ลักษณะอาการปวดแบบเสียวแปล๊บ ๆ ค่ะแนน ความปวด (pain score [PS]) ขณะพักเท่ากับ 3/10 ค่ะแนน และขณะมีอาการเท่ากับ 5/10 ค่ะแนน การตรวจทางระบบประสาท (neurological status) ได้แก่ บริเวณผิวหนังที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทไขสันหลัง (dermatome) พบว่า การรับรู้ความรู้สึกปกติ อาการปวดและชาสัมพันธ์กับระดับ Dermatome L3-S1 การตรวจระบบประสาทอัตโนมัติ (reflex) พบ reflex 2+ all การตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) พบ grade 5 all การเดินต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุตรรับประทานอาหารได้เอง ดื่มน้ำวันละ 2,000 มิลลิลิตร (milliliter [ml]) การขับถ่ายปัสสาวะ 4-5 ครั้งต่อวัน ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่มีแสบขัด อุจจาระเป็นก้อน 1 ครั้งต่อวัน ไม่มีประวัติท้องผูกหรือถ่ายลำบาก สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 115/72-128/84 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) อัตราการเต้นของหัวใจ 78-86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.5-36.8 องศาเซลเซียส (°C) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-100 %

การวินิจฉัยโรค Lumbar spondylosis L3-S1 with spinal canal stenosis and all traversing nerve root compression จากผล MRI: Lumbar spondylosis with grade 1 of L4/5 anterior spondylolisthesis with minimal L5/S1 retrolisthesis and disc bulges causing severe L3-5 spinal canal stenosis and all traversing nerve root compression

การตรวจพิเศษ ได้แก่ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปกติ

แพทย์วางแผนการรักษาและเตรียมผู้ป่วย ดังนี้ เตรียมห้องผ่าตัด (set operating room [OR])

for Decompression laminectomy L2-S1 with PDS., สั่งยารับประทาน ได้แก่ ยา Tolperisone ขนาด 50 มิลลิกรัม (milligram [mg]) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร (tid pc.) และยา Gabapentin ขนาด 400 mg ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน (hs.) ให้ น้ำเกลือ (normal saline solution [NSS]) 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ยาระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด (anesthetic pre-operation) ได้แก่ ยา Diazepam ขนาด 5 mg ครั้งละ 1 เม็ด รับประทานก่อนนอน เตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้แก่ เม็ดเลือดแดงเข้มข้น (packed red cells [PRC]) จำนวน 4 ยูนิต พลาสมาสดแช่แข็ง (fresh frozen plasma [FFP]) จำนวน 4 ยูนิต จอห้องไอซียู (ICU Sx.) สำหรับดูแลหลังผ่าตัด (postoperative care) งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน (NPO after midnight) เตรียมยาปฏิชีวนะ Cefazolin 3 กรัม และสายสวนปัสสาวะพร้อมถุงรองรับปัสสาวะ (Foley's catheter with urine bag) เพื่อนำไปที่ห้องผ่าตัด

การประยุกต์ใช้รูปแบบการปรับตัวของรอยในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง

การปฏิบัติการพยาบาลภายใต้บทบาทวิสัยพยาบาลได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง เพื่อประเมินสิ่งเร้า กลไกการเผชิญปัญหา และพฤติกรรมปรับตัวอย่างรอบด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินสิ่งเร้า ในกรณีศึกษานี้ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับกลุ่มสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบและทำให้ร่างกายเสียสมดุล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) คือ สาเหตุหลักที่เข้ามากระทบผู้ป่วยโดยตรงในแต่ละระยะของการรักษา ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด คือพยาธิสภาพการกดทับ

ของรากประสาทไขสันหลังทำให้เกิดอาการปวดและชา ระยะขณะผ่าตัด คือ การเผชิญกับการผ่าตัดใหญ่ การถูกจัดท่านอนคว่ำเป็นเวลานาน และการสูญเสียเลือดปริมาณมาก และระยะหลังผ่าตัด คือ การมีบาดแผลผ่าตัดขนาดใหญ่บริเวณกลางหลัง 2) สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) คือ ปัจจัยเสริมที่ส่งให้ผลกระทบจากสิ่งเร้าตรงมีความรุนแรงขึ้น ได้แก่ การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระยะเวลาในการผ่าตัดที่ยาวนานถึง 270 นาที และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เลือดออกง่ายและแข็งตัวยาก นอกจากนี้ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ยังเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว 3) สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) คือปัจจัยภายในที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ได้แก่ อายุ 71 ปี ซึ่งในวัยสูงอายุความทนทานของร่างกายต่อภาวะวิกฤตลดลง และระบบภูมิคุ้มกันมีภาวะเสื่อมถอยตามวัย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงขึ้น

2. กลไกการเผชิญปัญหา (coping mechanisms) เมื่อกลุ่มสิ่งเร้าดังกล่าวเข้ามากระทบร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจะเกิดการดิ้นรนต่อสู้เพื่อรักษาสมดุล ผ่าน 2 กลไกหลัก ได้แก่ 1) กลไกการควบคุม (regulator subsystem) เป็นการตอบสนองอัตโนมัติของระบบประสาท เคมี และต่อมไร้ท่อ ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ป่วยสูญเสียเลือดปริมาณมากขณะผ่าตัด ร่างกายจะตอบสนองโดยอัตโนมัติด้วยการกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เพื่อพยายามสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หรือในระยะหลังผ่าตัดมีการส่งสัญญาณความปวดจากบาดแผลผ่านเส้นประสาทไปยังสมอง เพื่อให้ร่างกายรับรู้ถึงอันตรายและความปวด 2) กลไกการรู้คิด (cognator subsystem)

เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การเรียนรู้ และอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและกลัวอันตรายจากการผ่าตัด ผู้ป่วยได้ใช้กระบวนการเรียนรู้และอารมณ์ในการรับมือกับปัญหา โดยพยายามพูดคุยกับผู้ที่เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อน เพื่อสร้างความหวังให้ตนเอง ตลอดจนใช้ความเชื่อทางศาสนาด้วยการสวดมนต์ขอพร เพื่อสร้างความมั่นคงทางจิตใจและช่วยให้คลายความวิตกกังวล

3. พฤติกรรมการปรับตัว ผลจากการทำงานของกลไกการเผชิญปัญหา จะถูกแสดงออกผ่านพฤติกรรมการปรับตัวใน 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย ร่างกายต้องดิ้นรนเพื่อรักษาสมดุลทางสรีรวิทยา โดยต้องทนต่อความปวดจากพยาธิสภาพเดิมของโรค และต้องตอบสนองต่อสิ่งเร้ารุนแรงในระหว่างการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะสูญเสียเลือดปริมาณมาก และแรงกดทับบริเวณผิวหนังและเส้นประสาทจากการถูกจัดให้อยู่ในท่านอนคว่ำตลอดการผ่าตัด นอกจากนี้ ในระยะหลังผ่าตัด ร่างกายต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับความปวดแผลเฉียบพลัน และสร้างกลไกการปกป้องเพื่อต้านทานการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

2) ด้านอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาวะจิตใจที่ซับซ้อน ทั้งความกลัวและความวิตกกังวลต่อกระบวนการรักษา รวมถึงความรู้สึกสูญเสียความมั่นคงในตนเองเนื่องจากสมรรถภาพทางกายที่ลดลง การปรับตัวในมิตินี้ ผู้ป่วยจะต้องสร้างความตระหนักรู้ในการดูแลปกป้องตนเอง สร้างความหวัง และคงไว้ซึ่งกำลังใจที่เข้มแข็งเพื่อก้าวผ่านความเจ็บป่วย

3) ด้านบทบาทหน้าที่ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านบทบาทจากการเป็นคุณยายที่เคยเป็นที่พึ่งของครอบครัว มาสู่บทบาทของการเป็น

ผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษา การปรับตัวที่เหมาะสม คือ การยอมรับบทบาทใหม่ มีความอดทนต่อข้อจำกัดทางกายภาพ และเปิดใจให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบุคลากรทางการแพทย์

4) ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ความปวดและข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเองชั่วคราว ผู้ป่วยต้องลดความรู้สึกกังวลใจและเปิดรับความช่วยเหลือจากบุตรสาวและทีมพยาบาลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการให้ความร่วมมือและไว้วางใจพยาบาลในการประเมินและดูแลแผลผ่าตัด

ภายหลังการประเมินพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ พบว่า ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective adaptation) จึงนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอน ตามรูปแบบการปรับตัวของรอยและได้จำแนกพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพและการปฏิบัติการพยาบาล ตามช่วงเวลาของการรับรู้ความรู้สึกทั้ง 3 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะก่อนให้การรับรู้ความรู้สึก

การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพในระยะก่อนให้การรับรู้ความรู้สึก ได้แก่ การปรับตัวเพื่อลดอาการปวดโดยไม่ถูกต้องและการขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ดังต่อไปนี้

1. การปรับตัวเพื่อลดอาการปวดโดยไม่ถูกต้อง

ขั้นที่ 1 การประเมินพฤติกรรม ผู้ป่วยรับรู้ถึงความปวดบริเวณเอวร้าวลงสะโพกและขาทั้งสองข้างแบบเสียวแปล๊บ ๆ PS เท่ากับ 5/10 คะแนน ร่วมกับอาการชาและขาอ่อนแรง เมื่อประเมิน

การปรับตัวด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว กล่าวคือ เมื่อเดินได้เพียงระยะ 50-100 เมตร หรือยืนนาน 15-20 นาที อาการปวดและชา จะมีความรุนแรงขึ้นจนขาอ่อนแรง ทรงตัวไม่ได้ พฤติกรรมนี้รบกวนคุณภาพชีวิต เพราะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องหยุดพักกะทันหัน และถูกจำกัดการใช้ชีวิตตามปกติ

ขั้นที่ 2 การประเมินสิ่งเร้าและกลไกการเผชิญปัญหา

การวิเคราะห์สิ่งเร้า 1) สิ่งเร้าตรง พยาธิสภาพของการตีบแคบในโพรงกระดูกไขสันหลัง และกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมเคลื่อนทับรากประสาทไขสันหลัง (L3-S1) ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความปวด 2) สิ่งเร้าร่วม พฤติกรรมในอดีตจากอาชีพเกษตรกรรมที่มีท่าทางการลุก นั่ง ก้ม หรือยกของไม่เหมาะสม 3) สิ่งเร้าแฝง ผู้สูงอายุวัย 71 ปี ซึ่งมีความเสื่อมของกระดูกและข้อตามวัย

การวิเคราะห์กลไกการเผชิญปัญหา โดยผ่านกลไกการควบคุม เมื่อกระดูกทับเส้นประสาท ร่างกายจะตอบสนองโดยอัตโนมัติ ผ่านระบบประสาท โดยส่งสัญญาณความปวดจากเส้นประสาท (neuropathic pain) ไปยังสมอง ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดเสียวแปล๊บชา ร้าวลงขา เพื่อเตือนให้ร่างกายรู้ว่กำลังเกิดอันตราย และสูญเสียสมดุล และผ่านกลไกการรู้คิด เมื่อสมองรับรู้ถึงความปวดที่รุนแรงจนทนไม่ไหว ผู้ป่วยพยายามใช้กระบวนการคิดและตัดสินใจในการเผชิญปัญหา โดยการหยุดเดิน เลี่ยงการยืนนาน ๆ และนั่งพัก ซึ่งเป็นการพยายามปรับตัวชดเชยเพื่อให้ความปวดทุเลาลง

ขั้นที่ 3 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีการปรับตัวเพื่อลดอาการปวดโดยไม่ถูกต้องเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว

ขั้นที่ 4 การกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วย สุขสบายมากขึ้น อาการปวดแหวลดลง และสามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

ขั้นที่ 5 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวต่อความปวด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เน้นการบรรเทาความ ปวดและป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาท โดย ประเมินอาการปวดเส้นประสาท⁽¹⁵⁾ ด้วยเครื่องมือ ประเมินความปวดแบบตัวเลข (numerical rating scale [NRS])⁽¹⁶⁾ พร้อมทั้งดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา บรรเทาปวดตามแผนการรักษา สอนเทคนิคการจัด ทำนอนเพื่อลดการตึงรั้งและคลายความตึงตัวของ กล้ามเนื้อบริเวณหลัง ตลอดจนให้คำแนะนำเรื่องการ ปฏิบัติตัวและการปรับเปลี่ยนท่าทางที่ถูกต้อง เพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดการกดทับรากประสาทไขสันหลัง เพิ่ม⁽¹⁷⁾ 2) ด้านอึดทนในทศน์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการ ยอมรับในสมรรถภาพทางกายที่ลดลงชั่วคราวจาก ความปวด ประคับประคองจิตใจให้เข้าใจถึงกระบวนการ ของโรค 3) ด้านบทบาทหน้าที่ แนะนำและให้กำลังใจ ผู้ป่วยในการเปลี่ยนผ่านจากบทบาทการเป็นคุณยาย ที่ดูแลลูกหลานมาเป็นผู้ป่วยที่ต้องพักร่างกายและ รอรับการรักษา 4) ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน แนะนำ ให้ผู้ป่วยลดการพึ่งพาตนเองชั่วคราว และยอมรับ ความช่วยเหลือจากบุตรสาวและทีมพยาบาลในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อ ลดการเคลื่อนไหวบริเวณเอว

ขั้นที่ 6 การประเมินผล ผู้ป่วยมีความสุข สบายเพิ่มขึ้น อาการปวดลดลง PS เท่ากับ 3/10 คะแนน ตลอดจนสามารถจัดทำนอนและอธิบาย วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกดทับของราก ประสาทไขสันหลังได้ถูกต้อง สามารถปรับตัวเพื่อ ยอมรับการเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทผู้ป่วย และสามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นโดยได้รับความ ช่วยเหลือจากบุตรสาวและทีมพยาบาล

2. การขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการผ่าตัด

ขั้นที่ 1 การประเมินพฤติกรรม ผู้ป่วยรับรู้ ว่าตนเองกำลังจะเผชิญกับการผ่าตัดใหญ่ มีความ วิดกกังวล และยอมรับว่าตนเองไม่ทราบวิธีการ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งก่อนและหลังผ่าตัด พฤติกรรม การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือ การขาดความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

ขั้นที่ 2 การประเมินสิ่งเร้าและกลไกการ เผชิญปัญหา

การวิเคราะห์สิ่งเร้า 1) สิ่งเร้าตรง การเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังครั้งแรกซึ่งเป็น การผ่าตัดใหญ่ที่กระทบต่อโครงสร้างหลักของ ร่างกาย 2) สิ่งเร้าร่วม ระดับการศึกษาชั้น ป.4 ซึ่ง อาจเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้และทำความเข้าใจ ข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อน และเคยพูดคุยกับ ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดกระดูกสันหลัง รับรู้ว่าหลังผ่าตัด อาการปวดและชาขาทุเลาลง สามารถทำกิจกรรม ได้มากขึ้น 3) สิ่งเร้าแฝง ผู้สูงอายุวัย 71 ปี การรับรู้ อาจลดลง

การวิเคราะห์กลไกการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความกลัวและความไม่รู้ โดยการ ต่อสู้ผ่านกลไกการรู้คิด เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าการ ผ่าตัดใหญ่ สมองและจิตใจของผู้ป่วยพยายามหาทาง ออกผ่านกระบวนการเรียนรู้และอารมณ์ โดยผู้ป่วย ใช้การพูดคุยกับคนที่เคยผ่าตัดมาก่อนเพื่อสร้าง ความหวังให้ตนเองว่าอาการจะดีขึ้น และใช้กลไก ด้านศีลธรรมและจิตวิญญาณคือ การสวดมนต์ขอพร ในพระพุทธศาสนาเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจและลดความ ตื่นตระหนก

ขั้นที่ 3 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้การปฏิบัติ ตัวเกี่ยวกับการกระดูกสันหลัง

ขั้นที่ 4 ผ่าตัดการกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

ขั้นที่ 5 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และบทบาทหน้าที่ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินความรู้เดิมพร้อมทั้งอธิบายการดำเนินโรคและแผนการรักษา เพื่อกำจัดสิ่งเร้าที่เกิดจากความกลัวในความไม่รู้ 2) การให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมล่วงหน้า อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญในระยะหลังผ่าตัด 3) การเสริมสร้างกลไกการรู้คิด กระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ด้วยการให้ผู้ป่วยและญาติฝึกปฏิบัติจริง โดยสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความปวดและการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดที่ถูกต้อง ได้แก่ การบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทำนอนราบให้ลำตัวอยู่ในแนวตรง การพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง (Log roll technique) และการบริหารร่างกาย⁽¹⁴⁾ 4) การปรับความคาดหวังในมิติอัตมโนทัศน์ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตามความเป็นจริงว่าอาการปวด ชา และอ่อนแรง จะไม่หายไปทันทีที่ภายหลังการผ่าตัด แต่อาการจะค่อย ๆ หายไปตามลำดับ

ขั้นที่ 6 การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีพฤติกรรมปรับตัวด้านการรู้คิดที่เหมาะสม โดยสามารถอธิบายการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด กระดูกสันหลังได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมได้อย่างเหมาะสม

ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก

การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพในระยะขณะให้การระงับความรู้สึก ได้แก่ การปรับตัวด้านระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลวและการเสี่ยงต่อการ

บาดเจ็บของผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย เนื่องจากเผชิญกับการถูกจัดท่านอนคว่ำ ดังต่อไปนี้

1. การปรับตัวด้านระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลว

ขั้นที่ 1 การประเมินพฤติกรรม ในขณะที่ผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้กลไกการรู้คิดถูกระงับชั่วคราว ผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกรู้สีกตัวและไม่สามารถรับรู้ความปวดหรือความผิดปกติใด ๆ ได้ด้วยตนเอง จากการประเมินสิ่งที่ร่างกายผู้ป่วยปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ คือ การสูญเสียเลือดปริมาณมาก 1,100 ml (คิดเป็นร้อยละ 27.30 ของปริมาณเลือดในร่างกาย) ทำให้การปรับตัวด้านความต้องการออกซิเจนและสารน้ำล้มเหลว นำไปสู่ภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hypovolemic shock) โดยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คือ ความดันโลหิตต่ำ BP 80/52 mmHg และดัชนีช็อก (shock index) สูงถึง 1.5

ขั้นที่ 2 การประเมินสิ่งเร้าและกลไกการเผชิญปัญหา

การวิเคราะห์สิ่งเร้า 1) สิ่งเร้าตรง ได้รับการผ่าตัดเปิดแผลขนาดใหญ่ Decompression laminectomy with pedicle-screw-rod fixation L2-S1 ซึ่งมีการเลาะกล้ามเนื้อและตัดกระดูกสันหลังถึง 6 ระดับ ทำให้สูญเสียเลือดถึง 1,100 ml 2) สิ่งเร้าร่วม ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 35.0 °C ซึ่งส่งผลให้กระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 3) สิ่งเร้าแฝง การเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 71 ปี) ทำให้ความทนทานของหลอดเลือดและหัวใจต่อการเสียเลือดลดลง

การวิเคราะห์กลไกการเผชิญปัญหา โดยผ่านกลไกการควบคุม เมื่อร่างกายสูญเสียเลือดในปริมาณมาก ระบบประสาทอัตโนมัติจะพยายามเผชิญปัญหาเพื่อชดเชยปริมาณเลือดและออกซิเจนที่เสียไป โดยสั่งการให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น 120 ครั้ง/นาที เพื่อพยายามสูบฉีดเลือดที่เหลือไปเลี้ยงสมองและอวัยวะสำคัญ แม้กลไกการควบคุมจะพยายามสู้โดย

ให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น แต่เนื่องจากสิ่งเร้าตรงปริมาณเลือดที่เสียไปจำนวนมาก ประกอบกับสิ่งเร้าร่วมภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำซึ่งส่งผลให้กระบวนการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ กลไกอัตโนมัติของร่างกายจึงสู้ไม่ไหวความดันโลหิตจึงต่ำลงอย่างรุนแรงจนเข้าสู่ภาวะช็อก

ขั้นที่ 3 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลวเนื่องจากการสูญเสียเลือดปริมาณมากขณะผ่าตัด

ขั้นที่ 4 การกำหนดเป้าหมาย เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดเพิ่มและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ขั้นที่ 5 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล วิสัยพยาบาลทำหน้าที่ช่วยเหลือการปรับตัวด้านร่างกาย ได้แก่ 1) การรักษาสมดุลของระบบไหลเวียนโลหิตและสารน้ำ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว ได้แก่ NSS 1,600 ml และอะซีเตท ริงเกอร์ (Acetate Ringer's) 2,000 ml รวมทั้งการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด ได้แก่ PRC 3 ยูนิต และ FFP 2 ยูนิต 2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต (vasopressor) และบริหารยา Tranexamic acid 750 mg ทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยให้เลือดหยุดตามแผนการรักษา⁽¹⁸⁾ 3) การรักษาสมดุลของการแลกเปลี่ยนก๊าซ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอผ่านทางท่อช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง 4) เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะผ่าตัด ซึ่งอาจส่งผลต่อการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 5) บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที และประเมินสมดุลของปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง พร้อมทั้งติดตามผลตรวจความเข้มข้นของเลือดภายหลังการให้เลือด

ขั้นที่ 6 การประเมินผล ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านร่างกายที่สมบูรณ์ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสูญเสียเลือด ระบบประสาทและการรู้คิดกลับมา

ทำงานได้ตามปกติ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยได้รับการสังเกตอาการต่อที่ห้องพักฟื้นและส่งกลับหอผู้ป่วยตามลำดับ

2. การเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลายเนื่องจากเผชิญกับการถูกจัดท่านอนคว่ำ

ขั้นที่ 1 การประเมินพฤติกรรม ในระยะนี้ ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้ไม่รู้สึกตัวและสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว สิ่งที่จะบ่งบาร่างกายของผู้ป่วยปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพคือ ร่างกายสูญเสียกลไกการป้องกันตนเองตามธรรมชาติ เมื่อถูกจัดให้อยู่ในท่านอนคว่ำและกางแขนเป็นเวลานาน ผิวหนังและปุ่มกระดูก เช่น คาง หน้าผาก หน้าอก เข่า จะรับแรงกดทับจนเลือดไปเลี้ยงไม่ได้ ในขณะที่กลุ่มเส้นประสาทแขน (brachial plexus) อาจถูกดึงรั้งจากการกางแขนเกิน 90 องศา ซึ่งร่างกายไม่สามารถปรับตัวด้านทนต่อแรงกดทับ กลศาสตร์และภาวะขาดเลือดเฉพาะที่นี้ได้

ขั้นที่ 2 การประเมินสิ่งเร้าและกลไกการเผชิญปัญหา

การวิเคราะห์สิ่งเร้า 1) สิ่งเร้าตรง การได้รับการผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และการถูกจัดให้อยู่ในท่านอนคว่ำซึ่งสร้างแรงกดทับโดยตรง 2) สิ่งเร้าร่วม ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน 270 นาที ซึ่งเกินขีดจำกัดที่เนื้อเยื่อจะทนภาวะขาดเลือดได้ 3) สิ่งเร้าแฝง อายุที่มากขึ้น (71 ปี) ซึ่งสภาพผิวหนังจะบางลง ไขมันใต้ผิวหนังลดลง และความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสื่อมถอย ทำให้ทนทานต่อแรงกดทับได้น้อยกว่าวัยหนุ่มสาว

การวิเคราะห์กลไกการเผชิญปัญหา การสูญเสียกลไกการรู้คิดภายใต้ฤทธิ์ยาสลบสมองของผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ความปวดจากแรงกดทับได้ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถใช้ความคิดเพื่อสั่งการให้ร่างกาย

ยับยั้งความปวดได้ ความล้มเหลวของกลไกการควบคุม โดยปกติหากมีแรงกดทับจนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่พอ ระบบประสาทอัตโนมัติจะตอบสนองด้วยการขับตัวหรือพลิกตัวเพื่อลดแรงกด แต่เมื่อได้รับการระงับความรู้สึกและยาหย่อนกล้ามเนื้อ กลไกการควบคุมอัตโนมัติของร่างกายจึงเป็นอัมพาตชั่วคราว

ขั้นที่ 3 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลายเนื่องจากเผชิญกับการถูกจัดท่านอนคว่ำและไม่สามารถเคลื่อนไหวได้จากการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ขั้นที่ 4 การกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บของผิวหนัง กล้ามเนื้อ และเส้นประสาทส่วนปลายจากการจัดทำคว่ำผ่าตัด

ขั้นที่ 5 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลรับบทบาทเป็นกลไกการปกป้องผู้ป่วยในการปรับตัวด้านร่างกาย ได้แก่ 1) ประเมินสภาพผิวหนังและความเสี่ยงของร่างกายผู้ป่วยก่อนจัดทำท่านอนคว่ำ 2) พิจารณาเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยจัดทำท่านอนคว่ำที่เหมาะสมกับสรีระของผู้ป่วยและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน โดยในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยจะต้องใช้บุคลากรอย่างน้อย 4 คน เพื่อช่วยกันพยุง 3) ใช้อุปกรณ์รองรับชนิดเจลนุ่มวางรองรับบริเวณจุดกดทับ ดูแลผิวสัมผัสของอุปกรณ์จัดทำให้มีความเรียบตึงและแห้งอยู่เสมอ 4) ประสานงานและแจ้งเตือนทีมผ่าตัดเพื่อหลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักหรือกดทับบนตัวผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น และการผ่าตัดนานกว่า 3 ชั่วโมง ต้องตรวจสอบและปรับเปลี่ยนตำแหน่งของอุปกรณ์รองรับจุดกดทับทุก ๆ 2 ชั่วโมง 5) ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ทำการประเมินสภาพผิวหนังเพื่อค้นหาร่องรอยของการเกิดแผลกดทับ และประเมินความผิดปกติที่อาจบ่งชี้ถึงการบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลาย จากนั้นจึงส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่พยาบาลประจำห้องพักรักษาเพื่อการดูแลต่อเนื่อง⁽¹⁹⁾

ขั้นที่ 6 การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของการปรับตัวด้านร่างกาย โดยไม่เกิดแผลกดทับบริเวณผิวหนังและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลาย

ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก

การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพในระยะหลังให้การระงับความรู้สึก ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกายในการจัดการความปวดเฉียบพลันบกพร่องและการปรับตัวด้านร่างกายเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องในการป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ดังต่อไปนี้

1. ความรู้สึก การปรับตัวด้านร่างกายในการจัดการความปวดเฉียบพลันบกพร่อง

ขั้นที่ 1 การประเมินพฤติกรรม ผู้ป่วยรับรู้ถึงความปวดอย่างรุนแรงบริเวณแผลผ่าตัดกลางหลัง โดยอธิบายลักษณะอาการปวดว่า ปวดจี๊ด ๆ แน่น ๆ เหมือนโดนของมีคมบาด ซึ่งเป็นอาการปวดที่เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย (nociceptive pain) มีระดับความปวดสูงถึง 7/10 คะแนน และอาการปวดส่งผลทำให้การนอนหลับพักผ่อนลดลง

ขั้นที่ 2 การประเมินสิ่งแวดล้อมและการเผชิญปัญหา

การวิเคราะห์สิ่งแวดล้อม 1) สิ่งเร้าตรง การได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออย่างรุนแรง (noxious stimulus) จากการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งทำให้เกิดแผลผ่าตัดลึกและยาว 15 เซนติเมตรบริเวณแนวกระดูกสันหลัง 2) สิ่งเร้าร่วม 3) สิ่งเร้าแฝง อายุที่มากขึ้น (71 ปี) ซึ่งในผู้สูงอายุระบบประสาทสัมผัสและกลไกการยับยั้งความปวดตามธรรมชาติจะทำงานลดลง ทำให้ทนต่อความปวดที่รุนแรงและยาวนานได้น้อยกว่าวัยหนุ่มสาว

การวิเคราะห์กลไกการเผชิญปัญหา ผ่านกลไกการควบคุม ร่างกายเมื่อเกิดบาดเจ็บแผลผ่าตัดจะตอบสนองโดยอัตโนมัติทางเคมีประสาทไปกระตุ้นตัวรับความปวด (nociceptors) ที่ปลายเส้นประสาทบริเวณผิวหนังและกล้ามเนื้อที่ถูกผ่าตัด จากนั้น

กระแสประสาทจะวิ่งผ่านเส้นใยประสาทไปยังไขสันหลัง (dorsal horn) และส่งตรงขึ้นสู่สมองส่วนทาลามัส (thalamus) และเปลือกสมองส่วนรับความรู้สึกทางกาย (somatosensory cortex) ทำให้สมองรับรู้ถึงความปวด และผ่านกลไกการรู้คิด เมื่อสมองรับรู้ถึงความปวด ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ร่างกายพยายามเผชิญปัญหาด้วยการอยู่นิ่ง ๆ หรือพยายามจะนอนหลับเพื่อพักฟื้น แต่เนื่องจากกลไกยับยั้งความปวดในผู้สูงอายุทำงานได้ลดลง กลไกการรู้คิดจึงสู้กับความปวดไม่ไหว เกิดเป็นความกระสับกระส่ายและนอนไม่หลับ

ขั้นที่ 3 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านร่างกายในการจัดการความปวดเฉียบพลันบกพร่องเนื่องจากเผชิญกับแผลผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ขั้นที่ 4 การกำหนดเป้าหมาย เพื่อลดอาการปวดแผลและผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

ขั้นที่ 5 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลส่งเสริมการปรับตัวทั้งด้าน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เน้นการจัดการสิ่งเร้าเพื่อบรรเทาความปวดทางสรีรวิทยา โดยประเมินความปวดแผลผ่าตัด ครอบคลุมถึงลักษณะ ระยะเวลา และช่วงเวลาปวด ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ร่วมกับการเฝ้าระวังอาการข้างเคียง สอนการจัดท่านอนเพื่อคลายความตึงของกล้ามเนื้อหลังและลดการดึงรั้งบริเวณแผล ตลอดจนดูแลตำแหน่งของท่อระบายสารคัดหลั่งให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการดึงรั้ง 2) ด้านอัตมโนทัศน์ มุ่งเน้นการประคับประคองจิตใจ และปรับความคาดหวัง โดยให้ข้อมูลตามความเป็นจริงว่า ความปวดเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นได้หลังการผ่าตัดใหญ่ และจะรุนแรงที่สุดในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก แล้วจะค่อย ๆ ทุเลาลง พร้อมทั้งสอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การอ่านหนังสือ

หรือการใช้โทรศัพท์ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามและแสดงความต้องการในการรับยาบรรเทาปวดเพิ่มเติม⁽¹⁵⁾ 3) ด้านบทบาทหน้าที่พยาบาลช่วยเหลือกิจกรรมตามความเหมาะสม เพื่อลดการเคลื่อนไหวบริเวณเอนกให้น้อยที่สุด สอนการพลิกตัวแบบท่อนซุง และการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างถูกวิธี 4) ด้านการพึ่งพาหวั่นกัน แนะนำให้ผู้ป่วยเปิดรับความช่วยเหลือจากญาติและพยาบาลในการพลิกตัว เช็ดตัว โดยไม่ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระ แนะนำญาติให้รู้วิธีการประคองและการช่วยเหลือที่ถูกต้อง นุ่มนวล

ขั้นที่ 6 การประเมินผล อาการปวดแผลผ่าตัดทุเลาลงอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยทนได้ ส่งผลให้ความต้องการการพักผ่อนและการนอนหลับได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยมีสีหน้าที่สดชื่นขึ้น อารมณ์แจ่มใส

2. การปรับตัวด้านร่างกายเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องในการป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ขั้นที่ 1 การประเมินพฤติกรรม โดยประเมินการปรับตัวด้านร่างกาย ในหมวดการป้องกันอันตรายของร่างกาย เนื่องจากการสูญเสียกลไกการป้องกันทางกายภาพของผิวหนัง ผู้ป่วยมีบาดแผลจากการผ่าตัดบริเวณกลางร่องแนวกระดูกสันหลัง โดยปกติผิวหนังจะมีต่อมเหงื่อและต่อมไขมันสร้างสารฤทธิ์เป็นกรดเพื่อยับยั้งเชื้อโรค แต่เมื่อผิวหนังถูกผ่าตัด กลไกดังกล่าวจะถูกทำลาย ทำให้จุลินทรีย์ประจำถิ่นและเชื้อโรคสามารถแทรกซึมเข้าสู่เนื้อเยื่อภายในได้ง่าย

ขั้นที่ 2 การประเมินสิ่งเร้าและกลไกการเผชิญปัญหา

การวิเคราะห์สิ่งเร้า 1) สิ่งเร้าตรง การมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ที่บริเวณกลางร่องแนวกระดูกสันหลังยาวประมาณ 15 เซนติเมตร ซึ่งเป็นช่องทางเปิดรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย 2) สิ่งเร้าร่วม ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน 270 นาที ซึ่งเป็นการเพิ่มระยะเวลาเปิดรับเชื้อ และเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้

ให้แผลผ่าตัดเกิดการปนเปื้อนและเอื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อโรค 3) สิ่งเร้าแฝง อายุที่มากขึ้น (71 ปี) ซึ่งในผู้สูงอายุระบบภูมิคุ้มกันจะมีการเสื่อมถอยลง

การวิเคราะห์กลไกการเผชิญปัญหา

ผ่านกลไกการควบคุม เมื่อเชื้อโรคพยายามบุกรุกผ่านแผลผ่าตัด ร่างกายจะตอบสนองโดยอัตโนมัติผ่านระบบภูมิคุ้มกัน ทั้งระบบภูมิคุ้มกันที่มีมาแต่กำเนิด (innate immune system) และระบบภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองในภายหลัง (adaptive immune system) เพื่อส่งเม็ดเลือดขาวมากำจัดเชื้อโรค แม้กลไกการควบคุมจะพยายามต่อสู้ แต่เนื่องจากผู้ป่วยวัยสูงอายุเกิดภาวะที่เซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยและตอบสนองได้ช้า ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ขั้นที่ 3 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านร่างกายเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องในการป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดเนื่องจากโครงสร้างผิวหนังถูกทำลายจากการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ขั้นที่ 4 การกำหนดเป้าหมาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะต้องไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ

ขั้นที่ 5 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลส่งเสริมการปรับตัวทั้งด้าน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เน้นการเฝ้าระวังและจัดการสิ่งเร้าทางสรีรวิทยา ติดตามประเมินแผลตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดของสถาบันบำราศนราดูร⁽²⁰⁾ ดูแลสายระบายสารคัดหลั่งให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ตลอดจนประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 2) ด้านอัตมโนทัศน์ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกระบวนการหายของแผล พร้อมทั้งสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยให้คำแนะนำและสร้างความคุ้นเคย

ให้คำแนะนำอย่างเคร่งครัดเรื่องข้อห้ามต่าง ๆ ได้แก่ ไม่ให้แผลถูกน้ำ และห้ามแกะหรือเกาแผล แนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนบทบาทด้านการรับประทานอาหาร โดยเน้นอาหารที่ส่งเสริมการสมานแผล และแนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัว 4) ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาระหว่างบุคคล โดยแนะนำและฝึกทักษะให้บุตรสาวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและป้องกันการติดเชื้อทดแทนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการมองเห็นบาดแผลบริเวณแผ่นหลังของตนเอง พร้อมให้ความรู้แก่บุตรสาวในการช่วยสังเกตลักษณะความผิดปกติของแผล

ขั้นที่ 6 การประเมินผล ไม่พบอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ไม่มีอาการปวดบวม แดง ร้อน หรือสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ ตลอดจนสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

การบูรณาการทฤษฎีการปรับตัวของรอยเข้าสู่การปฏิบัติงานจริง ไม่ได้เป็นเพียงการทำตามขั้นตอนทางวิชาการ แต่เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้วิทยาลัยพยาบาลสามารถวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนได้อย่างเป็นระบบ การประเมินที่ครอบคลุมและการจัดการสิ่งเร้าอย่างทันทั่วถึง จะช่วยยกระดับคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย นำไปสู่ผลลัพธ์การรักษาที่บรรลุเป้าหมาย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง เพื่อให้สามารถปรับตัวต่อสภาวะโรคและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถือเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับวิทยาลัยพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องครอบคลุมทั้งระยะก่อน ขณะ และหลังให้การระงับความรู้สึก การนำ

รูปแบบการปรับตัวของรอยมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมการปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่เป็นสาเหตุของปัญหาได้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การกำหนดข้อวินิจฉัยและเป้าหมายทางการพยาบาลมีความแม่นยำ นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. Roy C. The Roy Adaptation Model. 3rd ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education; 2009.
2. Prompuk B, Lertwatthanawilat W, Ngaoratsamee J, Bunmaprasert T. Roy adaptation model application in persons with herniated nucleus pulposus: A case study. *J Nurs Health Sci* 2021;15(1):14-27.
3. Arannapoom V, Theesudapan W, Jitaree P. Application of Roy's adaptation model in nursing care for Non-ST elevation myocardial infarction patients with congestive heart failure: Case study. *Thammasat University Hospital Journal Online* 2024;9(2):1-10.
4. Öztepe Yeşilyurt K. The effect of Roy adaptation model on the adaptation status of patients after surgical intervention. *J Educ Res Nurs* 2023; 20(3):277-83.
5. Nie C, Chen X, Wang L, Li L, Rao D, Wei X, et al. The effect of seamless nursing combined with Roy adaptive psychological nursing on self-efficacy and bad mood of patients after acute abdomen surgery. *Medicine (Baltimore)* 2023;102(5):e32720.
6. Singh R, Moore ML, Hallak H, Shlobin NA, Brown N, Gendreau J, et al. Recent trends in medicare utilization and reimbursement for lumbar fusion procedures: 2000-2019. *World Neurosurg* 2022;165:e191-e196.
7. สถาบันประสาทวิทยา. สถิติผู้ป่วยผ่าตัด 10 อันดับแรก สถาบันประสาทวิทยา ปี 2566. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2567.
8. โรงพยาบาลแพร์. สถิติผู้ป่วยเข้ารับบริการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี. แพร์: โรงพยาบาลแพร์; 2567.
9. Spiker WR, Goz V, Brodke DS. Lumbar interbody fusions for degenerative spondylolisthesis: Review of techniques, indications, and outcomes. *Global Spine J* 2019;9(1): 77-84.
10. Tuomainen I, Pakarinen M, Aalto T, Sinikallio S, Kröger H, Viinamäki H, et al. Depression is associated with the long-term outcome of lumbar spinal stenosis surgery: A 10-year follow-up study. *Spine J* 2018;18(3):458-63.
11. Zhao LY, Liu XT, Zhao ZL, Gu R, Ni XM, Deng R, et al. Effectiveness of enhanced recovery after surgery in the perioperative management of patients with bone surgery in China. *World J Clin Cases* 2021;9(33):10151-60.

12. Reisener MJ, Pumberger M, Shue J, Girardi FP, Hughes AP. Trends in lumbar spinal fusion-A literature review. *J Spine Surg* 2020;6(4):752-61.
13. Lee JS, Park YM, Ha KY, Cho SW, Bak GH, Kim KW. Preoperative anxiety about spinal surgery under general anesthesia. *Eur Spine J* 2016;25(3): 698-707.
14. ศศิกรณิศ สันติวรบุตร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2561.
15. Pogatzki-Zahn EM, Segelcke D, Schug SA. Postoperative pain-from mechanisms to treatment. *Pain Rep* 2017;2(2): e588.
16. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2562.
17. อมรรัตน์ แสงใสแก้ว. การประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี. 2561:203-8.
18. Luo H, Zhang X, Xie C, Wu L, Cai G, Ren Y. Efficacy and safety of topical tranexamic acid in spinal surgery: A systematic review and meta-analysis. *EFORT Open Rev* 2024;9(8):796-805.
19. Cai J, Huang X, He L. An evidence-based general anaesthesia and prone position nursing checklist: Development and testing. *Nurs Open* 2023;10(3): 1340-9.
20. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.