

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดใหญ่ชนิดหนึ่งที่ผ่าตัดเปิดผ่านหลังคาของกระดูกสันหลัง (lamina) เข้าไปในช่องไขสันหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขและรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะเสื่อมของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลัง เช่น หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม การเคลื่อนตัวของกระดูกสันหลัง และโพรงกระดูกสันหลังแคบ เป็นต้น (Sekhon, 2005) ซึ่งภาวะเหล่านี้ทำให้เกิดอาการผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบประสาทไขสันหลังส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง ปวดขา กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงและมีอาการชาร่วมด้วย ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย โดยไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Hickey, 2003) การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นวิธีการรักษาหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยดังกล่าว โดยการเอาสิ่งที่กดทับรากประสาทไขสันหลังออก ทำให้รากประสาทเส้นนั้นเป็นอิสระไม่ถูกกดทับ นอกจากนี้การผ่าตัดยังช่วยจัดแนวกระดูกสันหลังให้ตรง เพิ่มความมั่นคงและความแข็งแรงของกระดูกสันหลังโดยใช้วัสดุยึดตรึงภายในกระดูก รวมทั้งแก้ไขความผิดปกติของกระดูกสันหลัง ผลดีของการผ่าตัดคือช่วยลดอาการปวด ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ตามศักยภาพของตัวเองทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Davidson, 2005; Farcy & Frank, 2003; Gibson, Grant, & Waddell, 2005)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีมากกว่า 200,000 รายต่อปี (Zigler, 2005) จากการศึกษาของดีฮอยซ์, โฟราตี, มาดี, เรดดี, และ ซีเกล (Dehoux, Fourati, Madi, Reddy, & Segal, 2004) พบว่าการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่เปิดเข้าทางด้านหลังแล้วทำการเชื่อมข้อทางด้านหลังและด้านข้างด้วยการปลุกกระดูกร่วมกับการใส่วัสดุยึดตรึงภายในข้อกระดูกสันหลัง (posterolateral fusion with instrumentation) เป็นการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่แพทย์นิยมทำกันมาก สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาด 1400 เตียง ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล

แก่ผู้ป่วยด้วยโรคและปัญหาที่ซับซ้อน ในปี พ.ศ. 2544 ถึงปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่เปิดเข้าทางด้านหลังแล้วทำการเชื่อมต่อทางด้านหลังและด้านข้างด้วยการปลูกกระดูกร่วมกับการใส่วัสดุยึดตรึงภายในข้อกระดูกสันหลัง จำนวน 100, 189, 195, 178 และ 154 รายตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ, 2544-2548) จากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังชนิดนี้มีอยู่เป็นจำนวนมาก เนื่องจากวิธีการผ่าตัดเป็นการรักษาแนวกระดูกสันหลังให้ตรง แก้ไขสภาวะความไม่มั่นคงและลดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลัง ทำให้การเชื่อมติดของกระดูกสันหลังได้ผลดี โดยเฉพาะการผ่าตัดกระดูกสันหลังหลายระดับ การผ่าตัดวิธีนี้ยังพบการเกิดข้อหลอก (pseudarthrosis) ได้น้อย (CIGNA HealthCare Coverage Position, 2005) ข้อหลอกคือกระดูกที่ปลุกถ่ายไว้ไม่เชื่อมติดกับข้อกระดูกสันหลังหรือติดผิดปกติ ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อทำได้น้อยลง (วิเชียร เลาหเจริญสมบัติ, 2544; อำนาจ อุณนะนันท์, 2542; Montgomery, 2005)

ถึงแม้ว่าการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งแต่เนื่องจากการเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อนต้องใช้เวลาเรียนรู้สรีรวิทยาแบบทั่วร่างกายใช้เวลานานในการผ่าตัด แผลผ่าตัดยาวและถึงถึงกระดูกสันหลัง ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยถ่วงกล้ามเนื้อเป็นเวลานาน และต้องมีการเจาะกระดูกสันหลังเพื่อทำการใส่วัสดุยึดตรึงภายในกระดูกสันหลังทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย (Hodges, Humphreys, Eck, Covington, & Kurzynske, 1998; Sekhon, 2005) ส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะในระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งจากการผ่าตัด จากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และการนอนเป็นเวลานานๆ รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ผลกระทบทางด้านร่างกายหลังผ่าตัดนั้นผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่สบายต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ความไม่สบายจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดจากการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะมีข้อจำกัดในการพลิกตัว โดยต้องพลิกตัวแบบท่อนซุงเพื่อไม่ให้หลังบิดทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง จากการที่ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขาและเกิดแผลกดทับได้ นอกจากนี้ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าไอเพื่อขับเสมหะออกหรือไอไม่ถูกวิธีทำให้เกิดการค้างค้ำของเสมหะเพิ่มขึ้นอาจเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบและปอดบวมเฉพาะที่ตามมาได้ (Antle & Lewis, 2001; Yuan, Booth, & Albert, 2005) การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังโดยต้องใส่เสื้อพยุงหลัง (lumbosacral corset) ตลอดเวลาในระยะแรกหลังผ่าตัด (Rods, 2002) อาจทำให้เกิดอาการปวดและความไม่สบายหากใส่ไม่ตรงตำแหน่ง หรือใส่แน่นเกินไปหรือเสื้อพยุงหลังเลื่อนออกจากตำแหน่งที่ถูกต้อง เนื่องจาก

อาจเกิดแรงกดโดยเฉพาะเสื้อพุงหลังที่มีแกนแข็งด้านหลัง นอกจากนี้ อาจเกิดอาการชาขา กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง หรือระบบขับถ่ายผิดปกติ ไม่สามารถกลืนหรือถ่ายปัสสาวะอุจจาระได้ เนื่องจากมีก้อนเลือดกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง หรือเส้นประสาทไขสันหลังมีการบวมจากการผ่าตัด (Hickey, 2003) และจากผลของการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การได้รับยาแก้ปวดหรือยานอนหลับอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งท้องอืด ท้องผูกอีกด้วย (McConnell & DuFour, 2002) โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียนมักเกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด (Zeitz, McCutcheon, & Albrecht, 2004) นอกจากนี้ในระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตและสามารถลุกออกจากเตียงหรือเดินด้วยเครื่องช่วยเดินได้ ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าเมื่อลุกนั่งหรือยืน (orthostatic hypotension) (Cowie, Shoemaker, & Gelb, 2004) หรือเกิดอาการปวดหลังจากการที่มีแรงดันในหมอนรองกระดูกสันหลัง หรือมีแรงกดหรือแรงกระทำต่อกระดูกสันหลังตรงตำแหน่งที่ได้รับการผ่าตัดจากการลุกขึ้นนั่งหรือยืนหรือการเดินที่ไม่ถูกวิธี (van Poppel, de Looze, Koes, Smid, & Bouter, 2000)

ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจภายหลังผ่าตัดใหญ่ที่สำคัญได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองหลังทำผ่าตัด วิตกกังวลต่อผลของการผ่าตัดที่ได้รับ วิตกกังวลต่อการทำกิจกรรมต่างๆ หลังผ่าตัด วิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณ์ กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อน กลัวว่าจะไม่หายจากโรค กลัวว่าอาจเกิดความพิการทำให้ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพหรือทำงานตามเดิมได้หรือต้องเปลี่ยนงานใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายหลังได้รับการผ่าตัด หรือไม่สามารถกลับไปเล่นกีฬาหรือประกอบกิจกรรมอื่นๆ ได้ตามปกติ (นันทาเล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์ฉนิโรจน์, สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, และ พิชานี แสนมโนวงศ์, 2542) และเนื่องจากค่าวัสดุยึดตรึงภายในข้อกระดูกสันหลังมีราคาค่อนข้างสูงทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย จากการศึกษาของแคทซ์ (Katz, 1995) พบว่าค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบที่มีการเชื่อมข้อด้วยวัสดุยึดตรึงภายในสูงกว่าการผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบที่ไม่มีการเชื่อมข้อด้วยวัสดุยึดตรึงภายใน โดยมีค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายของการผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบที่มีการเชื่อมข้อด้วยวัสดุยึดตรึงภายในเท่ากับ 9,815 ดอลลาร์ต่อคน ส่วนค่าใช้จ่ายของการผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบที่ไม่มีการเชื่อมข้อด้วยวัสดุยึดตรึงภายในเท่ากับ 7,214 ดอลลาร์ต่อคน ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจะกระตุ้นให้ร่างกายหลังฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ ออกมามากกว่าปกติ ซึ่งจะไปยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจนที่เป็นสารสำคัญในการหายของแผล ทำให้แผลผ่าตัดหายช้า และมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายจากการยับยั้งการสร้างภูมิคุ้มกันโรคในร่างกาย (Christensen, 2003; Potter & Perry, 2003) และทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดแผลผ่าตัดมาก

ขึ้น (McCance & Huether, 2002) จากการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2542) พบว่าผู้ป่วย หลังได้รับการผ่าตัดใหญ่เมื่อครบ 72 ชั่วโมง จะมีความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวลต่อสภาพ ความเจ็บป่วย และความวิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และอยู่ในอันดับที่ 2 และอันดับที่ 3 รองลงมาจากความทุกข์ทรมานจากการเคลื่อนไหวร่างกาย ในขณะที่เมื่อครบ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวลดังกล่าวอยู่ในอันดับหลังจาก 5 อันดับแรก และ ซึ่งผลกระทบทางร่างกายและจิตใจดังกล่าวข้างต้นทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ช้าลง หากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและไม่มีความรู้ และทำให้ระยะเวลาฟื้นสภาพหลังผ่าตัดนานขึ้นด้วย

การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะฟื้นสภาพ 24 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัดและระยะฟื้นสภาพหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง (Joshi, 2000; Graling, 2004; Moe, 2003) โดยระยะฟื้นสภาพ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเป็นระยะหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดทันที (immediate or acute phase of recovery) ผู้ป่วยจะเริ่มฟื้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จนรู้สึกตัวดีขึ้น มีปฏิกิริยาสะท้อนกลับคืน และเริ่มมีการเคลื่อนไหวร่างกายได้ แต่ยังคงได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยังคงมีท่อระบายต่างๆ อยู่ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในทีมสุขภาพที่จะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในระยะนี้ และช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องภายหลังการผ่าตัดใหญ่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้วข้างต้น โดยการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การจัดการกับความเจ็บปวด การจัดทำนอนราบให้ลำตัวอยู่ในแนวตรง การดูแลเสื้อผ้าหลังให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง การบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อ และการจัดการกับความวิตกกังวล (Harvey, 2005; Hickey, 2003; Rodts, 2002) ส่วนระยะฟื้นสภาพหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง เป็นการฟื้นสภาพในระยะต่อมาหรือระยะการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด (late or surveillance phase of recovery) ในระยะนี้ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นได้ ดังนั้นพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในกิจกรรมต่างๆ ให้ถูกต้อง โดยเริ่มตั้งแต่การพลิกตัวด้วยตนเองแบบท่อนซุง การใส่เสื้อผ้าหลังด้วยตนเอง การลุกออกจากเตียงและการลงนอนบนเตียง การเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน การนั่งและลุกออกจากเก้าอี้ รวมทั้งการบริหารกล้ามเนื้อหลังเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากการบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อ และการจัดการกับความวิตกกังวล (Harvey, 2005; Hickey, 2003; Rodts, 2002) ซึ่งในระยะนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติเพื่อฟื้นสภาพให้ถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพภายหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังในแต่ละระยะ โดยการให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติที่ถูกต้องนั้นเป็นสิ่งสำคัญ วิธีการให้ความรู้มีหลายวิธี เช่น การบรรยาย การอภิปราย การสาธิต และการสอนซึ่งเป็นวิธีการที่พยาบาลนำมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยใน

ปัจจุบัน และถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย วิธีการสอนตามปกติที่พยาบาลใช้สอนผู้ป่วยจะมีสื่อและวิธีการหลายวิธี ได้แก่ การแจกเอกสาร แผ่นพับ ภาพพลิก หรือคู่มือ พร้อมกับบรรยาย และมีการสาธิตให้ดูรวมทั้งการให้ดูวิดีโอเทป หรือฟังเทป แต่การสอนในลักษณะนี้ส่วนมากเป็นการให้ข้อมูลทางเดียว บางครั้งผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้บ้าง ผู้ป่วยจะมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการจำได้มากกว่าแต่จะไม่มีการพัฒนาทักษะหรือการปฏิบัติเท่าที่ควร (ดรุณี รุจกรกานต์, 2541; นที เกื้อกูลกิจการ, 2541; บุญชม ศรีสะอาด, 2541; Fiona, 2005)

การสอนให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติตนเองหลังผ่าตัดนั้น ถือว่าเป็นการสอนผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การโค้ชหรือการสอนแนะ (coaching) เป็นกระบวนการสอนที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง เนื่องจากการโค้ชเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย โคชชต้องมีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะสอน รวมทั้งมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมที่จะสอนเป็นอย่างดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมได้ การโค้ชยังใช้ในการพัฒนาผู้ป่วยให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น โดยมีโค้ชเป็นผู้ฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม ให้การชี้แนะ ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลและให้คำปรึกษา (Grealish, 2000; Vale, Jelineck, & Best, 2005; Wilkie, Williams, Grevstad, & Mekwa, 1995) การโค้ชได้ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยเฉพาะการสอนผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนยากต่อการจัดการ การสอนที่มีประสิทธิภาพจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย และได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ นอกจากนี้การโค้ชยังเป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลผู้เป็นนักปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในการสอนผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์หนึ่งไปยังอีกสถานการณ์หนึ่ง (Spross, Clarke, & Beauregard, 2000)

การนำการโค้ชมาใช้ในการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติของผู้ป่วยในการพยาบาลนี้ ผู้วิจัยได้นำขั้นตอนที่สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติ (दनัย เทียนพุด, 2541; Thorpe & Clifford, 2003; Zeus & Skiffington, 2002) การโค้ชเป็นวิธีการสอนที่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินเพื่อค้นหาปัญหา วางแผนการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งปฏิบัติตามที่ได้วางแผนไว้ และมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมด้วย โดยมีโค้ชเป็นผู้ฝึกสอนทักษะการปฏิบัติ มีการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างโค้ชกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โคชชสามารถให้การโค้ชได้ตรงกับความรู้ความสามารถของผู้ป่วยในแต่ละคนได้ การโค้ชยังให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุน การชี้แนะ ให้ความมั่นใจ ให้

การช่วยเหลือ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้คำแนะนำ หรือข้อมูลเพิ่มเติม ให้การสะท้อนคิดด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้ การโค้ชยังมีการใช้คำถามช่วยในการสอนแนะเพื่อติดตามข้อมูลที่ผู้ป่วยสนใจ และใช้ความคิดด้วยตนเอง ทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ได้ชัดเจน ซึ่งจะส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหามาได้ตรงตามความต้องการของแต่ละคนได้ (เกรียงศักดิ์ นิธิพัฒนาศัย, 2546; ชาญชัย อาจินสมาจาร, 2544; Spross, Clarke, & Beauregard, 2000; Thorpe & Clifford, 2003; Zeus & Skiffington, 2002) การโค้ชจะทำให้ผู้ป่วยทราบว่าขณะนี้กำลังทำอะไรอยู่และต่อไปจะทำอะไร (Robinson, 2005) และการโค้ชยังเป็นกระบวนการแบ่งปันความรู้และการฝึกทักษะใหม่ๆ ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจถึงการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ อย่างแท้จริง (Hallenbeck, 2003)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการโค้ชพบว่า มีผู้นำการโค้ชไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังการศึกษาของกอร์ทเนอร์และคณะ (Gortner et al., 1988) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการโค้ชเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านจะมีการฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น มีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ดีขึ้น และมีความทนต่อการเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ และจากการศึกษาของกอร์ทเนอร์และเจนกินส์ (Gortner & Jenkins, 1990) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่ได้รับการโค้ชมีความคาดหวังความสามารถของตนเองในการเดิน การทำงานและการทำกิจกรรมทั่วไปในสัปดาห์ที่ 4, 12 และ 24 หลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการโค้ช ส่วนแทคและกิลลิสส์ (Tack & Gilliss, 1990) ได้ศึกษาถึงผลการโค้ชต่อการจัดการปัญหาความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวด การจัดการกับแบบแผนการนอนหลับ และแบบแผนโภชนาการในผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสามารถจัดการกับความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวด แบบแผนการนอนหลับ แบบแผนโภชนาการ และผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของนูสตริน เอียวศรีหยก (2545) ถึงผลการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้ขั้นตอนการโค้ช 4 ขั้นตอนเหมือนกัน ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานเมื่อครบ 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ ซึ่งต่อมาได้มีการนำการโค้ชมาใช้กับผู้ป่วยมากขึ้น โดยการโค้ชจะทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการปฏิบัติกิจกรรมได้ดีขึ้น

จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 3 และชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2548 ถึงวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2548 จำนวน 5 ราย โดยสอบถามถึงความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง และระยะลุกออกจากเตียงตามเนื้อหาในคู่มือที่หอผู้ป่วยใช้สอน ผลการศึกษานำร่องพบว่าผู้ป่วยยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังทั้งในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง โดยในระยะเวลาที่ได้นอนอยู่บนเตียงนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความต้องการการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เช่น มีความต้องการความเข้าใจถึงวิธีการประเมินความเจ็บปวด และมีความต้องการการจัดการกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการใช้ยา นอกจากนี้ยังมีความต้องการทราบถึงวิธีการบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะ รวมทั้งวิธีการบริหารกล้ามเนื้อขา ในท่าการเกร็งกล้ามเนื้อขา ส่วนในระยะที่ลุกออกจากเตียงพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการทราบถึงวิธีการใส่เสื้อพยุงหลังที่ถูกต้อง รวมทั้งต้องการทราบถึงท่าทางในการลุกจากเตียงที่ถูกต้องเพื่อลดแรงกระทำต่อกระดูกสันหลัง และต้องการทราบว่าตนเองจะลุกเดินได้เมื่อไร จากการศึกษาของ แซมมาร์ติโน, โลลลินี, และ เดนนิส (Sammartino, Lollini, & Dennis, 2006) พบว่าการสอนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดนั้นเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การหายใจลึกๆ การไอ การบริหารกล้ามเนื้อขา และข้อ การพลิกตัว การลุกนั่งบนเตียงและเดินอย่างถูกวิธีจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ และจากการศึกษาของวัตต์-วัตต์สัน, สตีเวนส์, การ์ฟินเคิล, สไตรเนอร์, และ แกลลอป (Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner, & Gallop, 2001) พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ยังคงได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่วนการสอนผู้ป่วยถึงวิธีการลุกออกจากเตียงในระยะลุกออกจากเตียงนั้นถ้าผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกวิธีจะทำให้เกิดแรงกระทำต่อกระดูกสันหลังทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดได้ (USC university hospital, 2003) และจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำการโค้ชมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องในขณะที่อยู่โรงพยาบาล เพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดกระดูกสันหลัง และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการโคชกับผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด
2. เปรียบเทียบการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการโคชกับผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังกลุ่มที่ได้รับการโคชมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังกลุ่มที่ได้รับการโคชมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two groups posttest only design) เพื่อศึกษาผลของการโคชต่อการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง 3 และชาย 3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2550 จำนวน 40 ราย

นิยามศัพท์

การโคช หมายถึง กระบวนการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ตามแผนการโคชในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นโคชในการฝึกสอนทักษะการปฏิบัติกิจกรรม ให้การชี้แนะ ให้การสนับสนุน ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย ซึ่งแต่ละกิจกรรมของการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

กระดูกสันหลังจะใช้กระบวนการโคซทั้ง 4 ขั้นตอน ที่ได้ประยุกต์จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหา 2) การวางแผนการปฏิบัติ 3) การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และ 4) การประเมินผลการปฏิบัติ

การปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง หมายถึง การทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้องตามแผนการรักษาและฝึกกิจกรรมการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทั้งในระยะที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงและระยะที่ลุกออกจากเตียง และระยะหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 2 ระยะคือ 1) ระยะฟื้นฟูสภาพ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เป็นระยะที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง ประกอบด้วยกิจกรรมการปฏิบัติดังนี้ การจัดการกับความเจ็บปวด การจัดทำนอนราบให้ลำตัวอยู่ในแนวตรง การดูแลแผลผ่าตัดให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง การบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อ และการจัดการกับความวิตกกังวล ประเมินโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ 2) ระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง เป็นระยะที่ผู้ป่วยลุกออกจากเตียง ประกอบด้วยกิจกรรมการปฏิบัติที่เหมือนกับระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก และมีการปฏิบัติเพิ่มเติมดังนี้ การพลิกตัวด้วยตนเองแบบท่อนซุง การบริหารกล้ามเนื้อหลัง การใส่และถอดเสื้อผ้าหลัง การลุกออกจากเตียงและการลงนอนบนเตียง การเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน การนั่งและลุกออกจากเก้าอี้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การสอนตามปกติ หมายถึง การให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ในระยะ 72 ชั่วโมงแรกแก่ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ตั้งแต่ระดับเอวลงไป ที่เปิดเข้าทางด้านหลังแล้วทำการเชื่อมข้อทางด้านหลังและด้านข้างด้วยการปลูกกระดูกร่วมกับการใส่วัสดุยึดตรึงภายในข้อกระดูกสันหลัง