

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลางที่มีปัญหาซับซ้อน: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care for Patients with Complex Spinal Cord Injury in the Intermediate Care:
2 Cases Studies

นงเล็ก แก้วมะไฟ
Nonglek Kaewmafai
โรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บไขสันหลังส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิต การฟื้นฟูระยะกลางเป็นช่วงสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์การฟื้นฟู และผลการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลางที่มีระดับการบาดเจ็บต่างกัน กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา: เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลาง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนมกราคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative Case Study) เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ศึกษาประวัติผู้ป่วย การดำเนินการของโรค การรักษาพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และวิเคราะห์กรณีศึกษาโดยใช้แบบแผน

การรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยบาดเจ็บระดับสูง (C4-C6) มีภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ได้แก่ การกลืนลำบาก กล้ามเนื้อเกร็ง ภาวะประสาทอัตโนมัติตอบสนองผิดปกติ แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ท้องผูก และซีมีเศร้า คะแนนดัชนีบาร์เทิลเพิ่มจาก 0 เป็น 5 คะแนน แสดงถึงการพึ่งพาในระดับสูง ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บระดับต่ำ (T11-T12) พบภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า คะแนนดัชนีบาร์เทิลเพิ่มจาก 20 เป็น 30 คะแนน สะท้อนความสามารถดูแลตนเองบางส่วนและผลการฟื้นฟูที่ดีกว่า ที่ระยะวันนอนรักษา 11 วันเท่ากัน

สรุป: ระดับการบาดเจ็บมีผลโดยตรงต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและศักยภาพการฟื้นฟู การประเมินแบบองค์รวมและการวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายจึงมีความสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟู ข้อเสนอแนะคือควรพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับระดับการบาดเจ็บและเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตระยะยาว

คำสำคัญ: การพยาบาลระยะกลาง, การบาดเจ็บไขสันหลัง, ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

Spinal cord injury affects movement, sensation, and autonomic nervous system function, leading to physical, psychological, social, and quality-of-life impacts. The intermediate rehabilitation phase is crucial for functional recovery and the prevention of complications.

Objective: To compare complications, rehabilitation outcomes, and nursing care results among patients with spinal cord injury in the intermediate phase at different injury levels through two case studies.

Methods: Two patients with spinal cord injury in the intermediate phase were purposively selected. Both were admitted to the Rehabilitation Ward, Mahasarakham Hospital, between January and July 2025. A qualitative comparative case study design was employed. Research instruments included a patient medical record review form and data collection on patient history, disease progression, and nursing care. Data were obtained from medical records and analyzed using Gordon's Functional Health Patterns and Orem's Self-Care Nursing Theory within the nursing process framework.

Results: The patient with a high-level injury (C4–C6) experienced multiple complications, including dysphagia, spasticity, autonomic dysreflexia, pressure ulcers, urinary tract infection, constipation, and depression. The Barthel Index score improved from 0 to 5, indicating a high level of dependence. The patient with a lower-level injury (T11–T12) had fewer complications, with the Barthel Index improving from 20 to 30, reflecting partial self-care ability and better rehabilitation outcomes. Both patients had an equal length of stay of 11 days.

Conclusion: The level of spinal cord injury directly influences the severity of complications and rehabilitation potential. Holistic assessment and individualized nursing care planning are essential to reduce complications and promote recovery. It is recommended to develop nursing care guidelines consistent with the level of injury and to enhance the self-care capacity of patients and families to improve long-term quality of life.

Keywords: intermediate-phase nursing care, spinal cord injury, complications

บทนำ

การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal Cord Injury) เป็นภาวะที่ทำให้เนื้อเยื่อไขสันหลังเสียหาย ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาท การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับรู้ การควบคุมการขับถ่าย และการหายใจ นำไปสู่ความพิการถาวรและภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อน ประเทศที่พัฒนาแล้วมีอุบัติการณ์ Spinal Cord Injury ประมาณ 10.4–13.6 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคนต่อปี ขณะที่ประเทศไทยพบจากอุบัติเหตุจราจรร้อยละ 57 และการพลัดตกหกล้มร้อยละ 31.4 โดยเฉลี่ยอายุผู้ป่วย 45.1 ปี และเพศชายสูงถึงร้อยละ 67.5 (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2561)

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมักเผชิญความพิการถาวร ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การเข้าสังคม และสุขภาพจิต (WHO, 2023) โดยเฉพาะในระยะกลาง มักเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร ปัสสาวะ หายใจ ไทลเวียน โลหิต และผิวหนัง ซึ่งล้วนมีผลต่อการฟื้นตัว ภาวะที่พบได้บ่อยคือ Neurogenic Bowel Dysfunction ทำให้ท้องผูกเรื้อรัง กระทบต่อการขับถ่ายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Magnuson et al., 2023) ส่วน Neurogenic Bladder ทำให้ปัสสาวะคั่งค้างหรือติดขัด มีความเสี่ยงต่อการเสื่อมของไต ผู้ป่วยบาดเจ็บระดับคอ เช่น C3–C5 มักหายใจลำบาก และเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหรือหายใจล้มเหลว (Berlowitz et al., 2005) ขณะที่ผู้ที่บาดเจ็บระดับ T6 ขึ้นไปเสี่ยงต่อ Autonomic Dysreflexia ซึ่งอาจทำให้ความดันโลหิตสูงเฉียบพลันและเป็นอันตรายถึงชีวิต (Lindholm & Vickery, 2023) ทั้งนี้ รายงานจาก National Spinal Cord Injury Statistical Center (2024) ระบุว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อยหนึ่งระบบ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตในระยะยาว

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือน สิงหาคม 2566 ถึงมิถุนายน 2568 จำนวน 9 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การควบคุมการขับถ่าย และมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ และยังพบว่าแรกรับมีปัญหาติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 77.77 ท้องผูก ร้อยละ 88.88 และแผลกดทับ ร้อยละ 44.44 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ส่งผลเสียต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวมสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและลักษณะของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลางที่มีปัญหาซับซ้อน ได้แก่ ระดับการบาดเจ็บ โคร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัว
2. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลางอย่างเป็นระบบ โดยอิงกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และแบบประเมินสุขภาพของกอร์ดอน
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลางในแต่ละราย ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ท้องผูก ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) และผลลัพธ์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดหลักจากทฤษฎีการพยาบาล 2 แนวทางสำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีการพยาบาล โอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) เพื่อประเมินและเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลางที่มีปัญหาซับซ้อน

1. ทฤษฎีการพยาบาลโอเร็ม (Orem, 2001) เป้าหมายสำคัญของการพยาบาล คือการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) Self-Care หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและการฟื้นฟู 2) Self-Care Deficit ภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล และ 3) Nursing System หรือระบบการพยาบาลที่จัดขึ้นเพื่อชดเชยข้อบกพร่องในการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) Wholly compensatory system ผู้ป่วยต้องพึ่งพาพยาบาลทั้งหมด

2) Partly compensatory system ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้บางส่วนและต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลบางส่วน และ 3) Supportive-educative system ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้แต่ยังต้องการการสนับสนุนและให้ความรู้จากพยาบาล

2. แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม 11 ด้าน ได้แก่ การรับรู้และการจัดการสุขภาพ โภชนาการและการเผาผลาญ การขับถ่าย การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การนอนหลับและพักผ่อน การรับรู้และความรู้สึก การรับรู้ตนเองและภาพลักษณ์ตนเอง บทบาทและความสัมพันธ์ เรื่องเพศและการสืบพันธุ์ การเผชิญปัญหาและการทนต่อความเครียด รวมถึงค่านิยมและความเชื่อ ข้อมูลจากแนวคิดนี้ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย บันทึกการพยาบาล และการสังเกตพฤติกรรมในระยะพักฟื้น ซึ่งช่วยให้เข้าใจความต้องการสุขภาพในเชิงลึก และสนับสนุนการวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลาง

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ กรณีศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative Case Study Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์การฟื้นฟู และผลการพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลางที่มีระดับการบาดเจ็บต่างกัน

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา จำนวน 2 ราย คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม รายที่ 1 ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับสูง (C4-C6) รายที่ 2 ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับต่ำ (T11-T12) โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า บาดเจ็บไขสันหลังระยะกลาง (Intermediate Phase of SCI)
2. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนมกราคม – กรกฎาคม

พ.ศ. 2568

3. มีเวชระเบียนและบันทึกการพยาบาลครบถ้วน

4. ได้รับความยินยอมจากผู้เกี่ยวข้องให้ใช้ข้อมูลเพื่อการศึกษาเชิงเอกสาร

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย
3. แบบบันทึกแบบแผนสุขภาพ
4. แบบบันทึกเปรียบเทียบผลการศึกษา ประกอบด้วย พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บไขสันหลัง ระยะกลาง การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลฟื้นฟู
2. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลาง 2 ราย ตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและบันทึกการพยาบาล ได้แก่ ประวัติผู้ป่วย อาการสำคัญ การรักษา การประเมินสภาพ แผนการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และกิจกรรมการพยาบาล
4. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและทฤษฎีโอเร็ม เพื่อระบุปัญหาการพยาบาล ความต้องการ และกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสม
5. เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์การฟื้นฟู และผลการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองราย
6. สังเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และจัดทำรายงานวิชาการเพื่อเผยแพร่เป็นองค์ความรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญจากกรณีศึกษา
2. จัดทำตารางเปรียบเทียบผลลัพธ์การฟื้นฟูและภาวะแทรกซ้อนของทั้งสองราย
3. ไม่ได้ใช้สถิติขั้นสูง เนื่องจากเป็นการศึกษากรณีเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 68-01-049 COA 68/049

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์การฟื้นฟู และผลการพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลางที่มีระดับการบาดเจ็บต่างกันดำเนินการศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนมกราคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 33 ปี ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังระดับ T11-T12 ชนิด Complete lesion ภายหลังจากอุบัติเหตุ ส่งผลให้สูญเสียการเคลื่อนไหวและความรู้สึกของร่างกายส่วนล่าง ภายหลังจากเข้ารับการรักษาในระยะเวลา พบภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ แผลกดทับระดับ 1 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะท้องผูก ปวดเส้นประสาท และความวิตกกังวล ได้รับการดูแลแบบองค์รวมโดยทีมพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมการดูแลแผล การสวนปัสสาวะแบบปราศจากเชื้อ การส่งเสริมการขับถ่ายด้วยโปรแกรมฝึกขับถ่ายและการนวดหน้าท้อง ตลอดจนการให้การพยาบาลด้านจิตสังคมเพื่อลดความวิตกกังวล ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเวลา พบว่าคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 20 คะแนนเป็น 30 คะแนน สะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แม้ว่าจะยังคงต้องได้รับการช่วยเหลือบางส่วน ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 11 วัน และได้รับการปรับใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการดำรงชีวิตประจำวัน หลังจำหน่ายได้วางแผนฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำในระยะยาว

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 24 ปี ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังระดับ C4-C6 ชนิด Complete lesion (Tetraplegia) ส่งผลให้สูญเสียการเคลื่อนไหวและความรู้สึกของแขนขาทั้งสองข้าง ภายหลังจากเข้ารับการรักษาในระยะเวลา พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนซับซ้อนหลายระบบ ได้แก่ กลืนลำบาก เสมหะเหนียว แผลกดทับระดับ 2 กล้ามเนื้อเกร็ง ภาวะ Autonomic Dysreflexia ความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกนั่ง (Orthostatic hypotension) ความผิดปกติของระบบขับถ่าย ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ และอาการปวดปลายประสาท ได้รับการดูแลแบบองค์รวมโดยทีมพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งด้านการพยาบาลทางเดินหายใจและการกลืนอาหาร การดูแลแผลกดทับ การบริหารยืดกล้ามเนื้อเพื่อลดการเกร็ง การเฝ้าระวังภาวะ Autonomic Dysreflexia และ Orthostatic hypotension การส่งเสริมการขับถ่ายให้เหมาะสม รวมทั้งการให้การพยาบาลด้านจิตสังคมเพื่อบรรเทาภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะเวลา พบว่าคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นจาก 0 คะแนนเป็น 5 คะแนน แสดงถึงการต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมด แต่มีพัฒนาการเล็กน้อยที่มีความหมายต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวและการปรับตัวทางอารมณ์ ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 11 วัน และได้รับการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำ

การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ดำเนินตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

ผู้ป่วยทั้งสองรายอยู่ในวัยทำงาน มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก และมีรายได้ก่อนเจ็บป่วย รายที่ 1 เป็นหญิงอายุ 33 ปี อาชีพค้าขาย มีสิทธิประกันสังคม ได้รับสิทธิค่าทดแทนรายได้และค่ารักษาพยาบาล จึงมีเสถียรภาพทางการเงินดีกว่า ส่วนรายที่ 2 เป็นชายอายุ 24 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป มีสิทธิบัตรทอง 30 บาท แม้อายุยังน้อยและมีศักยภาพในการฟื้นตัวดี แต่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียอาชีพและขาดรายได้ระหว่างรักษา ทั้งสองรายจึง

ต้องได้รับการวางแผนการดูแลและฟื้นฟูที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อส่งเสริมศักยภาพการดำรงชีวิตและสนับสนุนคุณภาพชีวิตหลังเจ็บป่วย ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	33 ปี	24 ปี
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
อาชีพ	ค้าขาย	รับจ้างทั่วไป
สิทธิการรักษา	ประกันสังคม	บัตรทอง 30 บาท
Care giver	สามี	ภรรยา

ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคในครอบครัว และมีระยะนอนโรงพยาบาลเท่ากันคือ 11 วัน แต่แตกต่างกันชัดเจนในระดับการบาดเจ็บ ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็น Paraplegia จากการบาดเจ็บไขสันหลังระดับ T11-T12 (complete) จากอุบัติเหตุรถยนต์พลิกคว่ำ ขาทั้งสองอ่อนแรง ได้รับการผ่าตัด Spinal reduction with PDS T12-L2 with fusion ส่วนรายที่ 2 เป็น Tetraplegia จากการบาดเจ็บระดับ C4-C6 (complete) จากอุบัติเหตุรถยนต์ชนรถจักรยานยนต์ แขนขาทั้งสองอ่อนแรง ผ่าตัด ACDF PEEK C3-C6 ระดับการบาดเจ็บที่แตกต่างกันส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว โดยรายที่ 1 ยังใช้แขนและมือได้ปกติ ส่วนรายที่ 2 ต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมดเคลื่อนไหวและความรุนแรงของอาการ ผู้ป่วยรายแรกสามารถเคลื่อนไหวแขนและมือได้ปกติ และฟื้นฟูสมรรถภาพขาได้บางส่วน ส่วนรายที่สองต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมด ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การวินิจฉัย	Paraplegia	Tetraplegia
ระดับการบาดเจ็บไขสันหลัง	Spinal cord injury T11-T12/complete	Spinal cord injury C4-C6/complete
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ขา 2 ข้าง อ่อนแรง เป็นมา 2 เดือน	แขนขา 2 ข้าง อ่อนแรง เป็นมา 5 เดือน
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	โดยสารถยนต์พลิกคว่ำ	โดยสารถยนต์ชนรถจักรยานยนต์
ประวัติการผ่าตัด	Spinal reduction with PDS T12-L2 with fusion	ACDF PEEK C3-C6

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มีโรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคติดต่อ	ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคติดต่อ
ระยะเวลานอนรวม	11 วัน	11 วัน

แผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอน ของกรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับสูง (C4-C6) รายที่ 2 ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับต่ำ (T11-T12) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบแผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง	รับรู้การเจ็บป่วยและอาการอ่อนแรงต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน	รับรู้การเจ็บป่วย ความรุนแรงและอาการ อ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญ	รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีปัญหาโภชนาการ	รับประทานอาหารได้เอง กลืนลำบาก เสี่ยงสำลัก
แบบแผนการขับถ่าย	ภาวะท้องผูก ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ใส่คาสายสวนปัสสาวะ	ภาวะท้องผูก ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ใส่คาสายสวนปัสสาวะ
แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย	เคลื่อนไหวแขนมือได้ปกติ ขาทั้งสองต้องช่วยเหลือ	สูญเสียการเคลื่อนไหวแขนขาทั้งสอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน	นอนหลับได้บ้าง มีความเจ็บปวดจากอาการปวดประสาทและวิตกกังวล	หลับไม่ต่อเนื่องจากปวด/เกร็งปวดประสาท วิตกกังวลและซึมเศร้า
สติปัญญาและการรับรู้	การรับรู้วัน เวลา สถานที่ สื่อสารปกติ	การรับรู้วัน เวลา สถานที่ สื่อสารได้ปกติ
แบบแผนการรับรู้และอัตมโนทัศน์	รู้สึกสูญเสียความสามารถ กังวลเรื่องภาพลักษณ์และอนาคต รู้สึกมีคุณค่าลดลง	วิตกกังวลและซึมเศร้า พึ่งพาผู้อื่นสูง สูญเสียบทบาทหน้าที่ รู้สึกมีคุณค่าลดลง
แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นสมาชิกครอบครัว มีบุตร 1 คน มีสามีเป็นผู้ดูแลหลัก รักใคร่กันดี	เป็นหัวหน้าครอบครัว ยังไม่มีบุตร มีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก รักใคร่กันดี
แบบแผนเพศสัมพันธ์และเจริญพันธุ์	ไม่มีปัญหาสืบพันธุ์เฉพาะ มีผลกระทบด้านกิจกรรมทางเพศ ใส่สายสวนปัสสาวะ	มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว มีผลต่อเพศสัมพันธ์และเจริญพันธุ์ ใส่สายสวนปัสสาวะ
การปรับตัวและเผชิญความเชื่อ	สามารถปรับตัวและยอมรับการพึ่งพาได้บางส่วน พุดคุยกับสามี	ปรับตัวได้จำกัด มีความเครียดสูง และซึมเศร้า พุดคุยกับภรรยา

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนความเชื่อและค่านิยม	มีความเชื่อและค่านิยมส่วนตัว สนับสนุนการฟื้นฟู มีความเชื่อวิถีพุทธ	มีความเชื่อและค่านิยมส่วนตัว ต้องการสนับสนุนด้านจิตใจและ สังคม มีความเชื่อวิถีพุทธ

การวินิจฉัยและปัญหาทางการพยาบาลของกรณีศึกษา ระยะที่ 1 ระยะแรกเริ่ม พบว่า มีปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลแตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีความเสี่ยงเรื่องการไอและขับเสมหะ ส่วนรายที่ 2 มีปัญหาประสิทธิภาพการไอและขับเสมหะลดลง เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากกล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรง ต้องได้รับการดูดเสมหะวันละหลายครั้ง การพยาบาลเน้นการจัดท่า การสอนการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ การให้สารน้ำเพียงพอ และการดูแลให้หายใจสะดวก โดยผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะพร่องออกซิเจนได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวินิจฉัยและปัญหาทางการพยาบาล ระยะที่ 1 ระยะแรกเริ่ม

ระยะที่ 1 ระยะแรกเริ่ม	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ไม่มีความเสี่ยงเรื่องประสิทธิภาพการไอและขับเสมหะลดลง	<p>1. ประสิทธิภาพการไอและขับเสมหะลดลงเนื่องจากกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจอ่อนแรง</p> <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการหายใจลึก เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการขับเสมหะ ช่วยขับเสมหะ เช่น การเคาะปอด จัดท่าทางเหมาะสม ให้นั่งตัวตรงหรือโน้มตัวไปข้างหน้าเพื่อให้การหายใจและการไมีประสิทธิภาพ <p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมี secretion เหนียว ขับออกลำบาก suction ให้ เวิร์ล 2-3 ครั้ง</p>
ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการขับเสมหะลดลง	<p>2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการขับเสมหะลดลง</p> <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อช่วยให้หายใจสะดวก ประเมินการหายใจและวัดค่า SpO₂ อย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจลึกและไอออกแรง เพื่อขับเสมหะ

ระยะที่ 1 ระยะแรกเริ่ม

กรณีศึกษาที่ 1

กรณีศึกษาที่ 2

4. ดูแลให้ดื่มน้ำหรือสารน้ำเพียงพอ ให้เสมหะไม่เหนียว

5. ดูแลเสมหะเมื่อไม่สามารถขับออกเองได้

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน
secretion เหนียว suction เวิร์ด 2-3 ครั้ง

การวินิจฉัยและปัญหาทางการพยาบาลของกรณีศึกษา ระยะที่ 2 ระยะดูแลต่อเนื่อง พบว่า ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลแตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีความเสี่ยงเรื่องการไอและขับเสมหะ ส่วนรายที่ 2 มีปัญหาประสิทธิภาพการไอและขับเสมหะลดลง เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากกล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรง ต้องได้รับการดูแลเสมหะวันละหลายครั้ง การพยาบาลเน้นการจัดท่า การสอนการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ การให้สารน้ำเพียงพอ และการดูแลให้หายใจสะดวก โดยผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะพร่องออกซิเจนได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ในส่วนปัญหา Neurogenic Bladder พบปัญหากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ต้องคาสายสวนปัสสาวะต่อเนื่องจนกว่าจะฝึกขับถ่ายได้ ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แต่หากได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ก็จะไม่เกิดการติดเชื้อ

อีกทั้งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพัฒนาการด้านการขับถ่ายอุจจาระดีขึ้นหลังได้รับการพยาบาลแบบส่งเสริมการขับถ่าย โดยเฉพาะการนวดหน้าท้องและการฝึกขับถ่ายเป็นเวลา ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายได้สม่ำเสมอและไม่เกิดภาวะท้องผูกเกิน 3 วัน และมีพัฒนาการของแผลกดทับดีขึ้น โดยรายที่ 1 แผลกดทับระดับ 1 หายและไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้นใหม่ รายที่ 2 แผลกดทับเดิมมีขนาดแคบลง แผลแดงดี ไม่มีไข้หรือสัญญาณการติดเชื้อ แสดงถึงการตอบสนองต่อการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ในส่วนของอาการปวดจากเส้นประสาท (Neuropathic pain) ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการดูแลแบบองค์รวมโดยใช้ทั้งวิธีทางยาและไม่ใช้ยา ร่วมกับการประคบที่มสหวิชาชีพ พบว่า ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดีขึ้น ระดับความปวดลดลง อารมณ์ผ่อนคลายและนอนหลับดีขึ้น แสดงถึงประสิทธิผลของการพยาบาลแบบบูรณาการ และผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่เกิด Autonomic Dysreflexia เพราะการบาดเจ็บอยู่ต่ำกว่าระดับ T6 ส่วนรายที่ 2 เกิดภาวะ AD เพราะมีการบาดเจ็บไขสันหลังระดับ T6 ขึ้นไป เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) สูญเสียการควบคุมจากสมอง ทำให้เกิดการตอบสนองอัตโนมัติรุนแรงต่อสิ่งกระตุ้นจากร่างกายส่วนล่าง ดังแสดงในตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 การวินิจฉัยและปัญหาทางการพยาบาล ระยะที่ 2 ระยะดูแลต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 ระยะดูแลต่อเนื่อง	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<p>1. ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะทำงานบกพร่อง</p> <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลการระบายปัสสาวะให้ถูกวิธี ถุงอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ ป้องกันการไหลย้อน สายไม่หักพับ 2. กระตุ้นดื่มน้ำวันละ 1,500–2,000 มล. 3. รักษาความสะอาด ล้างมือก่อน–หลังสัมผัส 4. ทำความสะอาดอวัยวะเพศเข้า–ย่น สังเกตลักษณะปัสสาวะ 5. ให้อาปฎิชีวนะตามแผนการ 8. แนะนำการดูแลและทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ <p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ปัสสาวะมีตะกอนลดลง กลิ่นฉุนลดลง ไม่มีไข้ ผู้ดูแลปฏิบัติถูกวิธีตามคำแนะนำ</p> <p>2. ท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง</p> <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินและบันทึกการขับถ่ายทุกวัน 2. ส่งเสริมให้ดื่มน้ำ 1,500–2,000 มล. หากไม่มีข้อห้าม 3. ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ 4. กระตุ้นการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายตามสภาพ 5. สอนนวดหน้าท้องและฝึกการขับถ่ายเป็นเวลา 6. ให้คำแนะนำในการทำ Bowel Program เช่น การนวดหน้าท้อง การกระตุ้นทวารหนัก <p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้หลังให้การนวดหน้าท้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการฝึกขับถ่ายเป็นเวลา และไม่มีภาวะท้องผูกเกิน 3 วัน</p>	<p>3. ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะทำงานบกพร่อง</p> <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลการระบายปัสสาวะให้ถูกวิธี ถุงอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ ป้องกันการไหลย้อน สายไม่หักพับ 2. กระตุ้นดื่มน้ำวันละ 1,500–2,000 มล. 3. รักษาความสะอาด ล้างมือก่อน–หลังสัมผัส 4. ทำความสะอาดอวัยวะเพศเข้า–ย่น สังเกตลักษณะปัสสาวะ 5. ให้อาปฎิชีวนะตามแผนการ 8. แนะนำการดูแลและทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ <p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ปัสสาวะมีตะกอนลดลง กลิ่นฉุนลดลง ไม่มีไข้ ผู้ดูแลปฏิบัติถูกวิธีตามคำแนะนำ</p> <p>4. ท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง</p> <p><u>กิจกรรมการพยาบาล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินและบันทึกการขับถ่ายทุกวัน 2. ส่งเสริมให้ดื่มน้ำ 1,500–2,000 มล. หากไม่มีข้อห้าม 3. ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ 4. กระตุ้นการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายตามสภาพ 5. สอนนวดหน้าท้องและฝึกการขับถ่ายเป็นเวลา 6. ให้คำแนะนำในการทำ Bowel Program เช่น การนวดหน้าท้อง การกระตุ้นทวารหนัก <p><u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้หลังให้การนวดหน้าท้องและกระตุ้นทวารหนัก ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการฝึกขับถ่ายและไม่มีภาวะท้องผูกเกิน 3 วัน</p>

ระยะที่ 2 ระยะดูแลต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 1

กรณีศึกษาที่ 2

3. เกิดแผลกดทับระดับ 1 เนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผิวหนังและบริเวณปุ่มกระดูก ทุกวัน ทุกเวร
2. พลิกตะแคง เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง
3. ใส่ที่นอนลม เบาะเจล หรืออุปกรณ์รองกดทับเพื่อลดแรงกด
4. รักษาความสะอาดและให้ผิวหนังแห้งอยู่เสมอ
5. ดูแลโภชนาการและการดื่มน้ำให้เพียงพอ
6. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ เรื่องการป้องกันแผลกดทับ

การประเมินผล
แผลกดทับหาย ไม่เกิดเพิ่ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและลดสิ่งกระตุ้น
2. ส่งเสริมการใช้เทคนิคบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา
3. ให้อาแก้ปวดตามแผนการรักษาและติดตามผล
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการความปวด
5. ประสานทีมสหวิชาชีพ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย

การประเมินผล

อาการปวดทุเลา ระดับความปวด 1-2 คะแนน

5. เกิดแผลกดทับ ระดับ 2 เนื่องจากการเคลื่อนไหวลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผิวหนังและบริเวณปุ่มกระดูก ทุกวัน ทุกเวร
2. พลิกตะแคง เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง
3. ใส่ที่นอนลม เบาะเจล หรืออุปกรณ์รองกดทับเพื่อลดแรงกด
4. ล้างแผล เช้า-เย็น รักษาความสะอาดผิวหนังแห้งอยู่เสมอ
6. ดูแลโภชนาการและการดื่มน้ำให้เพียงพอ
7. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ เรื่องการดูแลแผล และการป้องกันแผลกดทับเพิ่มขนาด

การประเมินผล

แผลกดทับขนาดแคบลง แผลแดงดี ไม่มีใช้

6. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะ Neuropathic pain เนื่องจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบและลดสิ่งกระตุ้น
2. ส่งเสริมการใช้เทคนิคบรรเทาความปวดที่ไม่ใช่ยา
3. ให้อาแก้ปวดตามแผนการรักษาและติดตามผล
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการความปวด
5. ประสานทีมสหวิชาชีพ กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย

การประเมินผล

อาการปวดทุเลา ระดับความปวด 1-3 คะแนน

 ระยะเวลาที่ 2 ระยะเวลาดูแลต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 1

กรณีศึกษาที่ 2

 7. มีภาวะ Autonomic Dysreflexia
 เนื่องจากมีสิ่งกระตุ้นต่อระบบประสาทอัตโนมัติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพและอาการผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตสูง หน้ามืด เหงื่อออก
 2. ตรวจสอบสาเหตุของการกระตุ้น เช่น การคั่งของปัสสาวะ อุจจาระ หรืออุปกรณ์รัดแน่น
 3. จัดการสิ่งกระตุ้นทันที เช่น ขับถ่าย ปรับอุปกรณ์ให้หลวม
 4. ให้น้ำและติดตามแผนการรักษา
 5. บันทึก รายงานอาการผิดปกติให้ทีมสุขภาพทราบทันที
 6. ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวในการป้องกัน สังเกตอาการ การประเมินผล เกิดภาวะ AD เนื่องจากมีปัจจัยกระตุ้น เช่น ภาวะติดเชืทางเดินปัสสาวะ
-

 ตารางที่ 6 การวินิจฉัยและปัญหาทางการพยาบาล ระยะเวลาที่ 3 ระยะเวลาจำหน่าย

ระยะเวลาที่ 3 ระยะเวลาจำหน่าย

กรณีศึกษาที่ 1

กรณีศึกษาที่ 2

 5. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง
2. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยาและการออกกำลังกาย
3. ฝึกผู้ป่วยและครอบครัวในการใช้เครื่องมือหรือ อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น รววจับ รถเข็น
4. แนะนำการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างปลอดภัย
5. แนะนำจัดบ้านและสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ป้องกัน การพลัดตกหกล้ม และอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนไหว
6. จัดทำแผนการติดตามและนัดหมายแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ

 8. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง
 2. ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยาและการออกกำลังกาย
 3. ฝึกผู้ป่วยและครอบครัวในการใช้เครื่องมือหรือ อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น รววจับ รถเข็น
 4. แนะนำการทำกิจวัตรประจำวัน อย่างปลอดภัย
 5. แนะนำจัดบ้านและสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ป้องกัน การพลัดตกหกล้ม และอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนไหว
 6. จัดทำแผนการติดตามและนัดหมายแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ
-

ระยะที่ 3 ระยะจำหน่าย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
7. ให้ข้อมูลเบอร์ดัตตอฉุกเฉินและช่องทางปรึกษาทีมสุขภาพ	7. ให้ข้อมูลเบอร์ดัตตอฉุกเฉินและช่องทางปรึกษาทีมสุขภาพ
8. สนับสนุนด้านจิตใจและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว	8. สนับสนุนด้านจิตใจและการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว
9. ส่งต่อข้อมูล COC เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ประสานเครือข่ายชุมชนหรือบริการสุขภาพภายนอกสำหรับการติดตามผล	9. ส่งต่อข้อมูล COC เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ประสานเครือข่ายชุมชนหรือบริการสุขภาพภายนอกสำหรับการติดตามผล
10. บันทึกกิจกรรมการสอนและการวางแผนจำหน่ายอย่างครบถ้วน	10. บันทึกกิจกรรมการสอนและการวางแผนจำหน่ายอย่างครบถ้วน
<u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบเข้าใจ ผ่านการประเมินการฝึกปฏิบัติการดูแลและเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลที่บ้าน	<u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบเข้าใจ ผ่านการประเมินการฝึกปฏิบัติการดูแลและเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลที่บ้าน

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังทั้ง 2 รายแสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลาง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะในด้านการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า การประเมินปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความสำคัญในการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพราะการบาดเจ็บไขสันหลังไม่เพียงแต่กระทบต่อการเคลื่อนไหวและการควบคุมร่างกาย แต่ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การดูแลที่เหมาะสมจึงต้องคำนึงถึงความจำเป็นทางร่างกายและความต้องการด้านจิตใจ การทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาล แพทย์ และทีมสหวิชาชีพ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังอย่างมีประสิทธิภาพ ทีมสหวิชาชีพสามารถร่วมกันดูแลปัญหาหลายด้าน เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย การสนับสนุนทางจิตใจ การช่วยเหลือด้านสังคม และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการบาดเจ็บ เช่น แผลกดทับ ปอดติดเชื้อ หรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางจิตใจ ถือเป็นประเด็นที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เพราะภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถลดประสิทธิภาพในการฟื้นตัวและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การดูแลด้านจิตใจ ก็เป็นส่วนสำคัญไม่แพ้กัน เนื่องจากการบาดเจ็บไขสันหลังมักทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด หรือภาวะซึมเศร้า การให้การสนับสนุนด้านจิตใจร่วมกับการรักษาทางร่างกายจึงเป็นการดูแลที่ครบวงจร การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการคำนึงถึงการจัดการทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมหลังจากการรักษา

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลางจำเป็นต้องมีการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย, จิตใจ, และสังคม โดยการทำงานร่วมกันจากหลายสาขาวิชาชีพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้การสนับสนุนด้าน

จิตใจ และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายคือองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพในอนาคต การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลางที่มีปัญหาซับซ้อนต้องอาศัยการประเมินและวางแผน

การพยาบาลที่ครอบคลุม การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยคำนึงถึงความแตกต่างและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลางที่มีปัญหาซับซ้อน
2. จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังแบบองค์รวม
3. พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่มีปัญหาซับซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลเฉพาะรายในการลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะกลาง
3. พัฒนาและทดสอบรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2561). การฟื้นฟูระบบประสาททันยุค 2561. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรภา สิงห์สูง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลังและไขสันหลังฟกช้ำ. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 30(2), 53–61.
- พัชรี บุตรแสนโคตร & จุฑามาศ คงกลาง. (2564). การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังในระยะฟื้นฟู. ศรีนครินทร์เวชสาร, 36(5), 640–646.
- สุภาพร ดันดี. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอส่วนล่าง: กรณีศึกษา. วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น, 4(2), 328–329.
- อัญชลี ยศกรรม. (2564). การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในสถาบันประสาทวิทยา. วารสารการพยาบาล, 23(2), 44–56.
- Ackery, A., Tator, C., & Krassioukov, A. (2004). A global perspective on spinal cord injury epidemiology. *Journal of Neurotrauma*, 21(10), 1355–1370.
<https://scihub.se/10.1089/neu.2004.21.1355>

- Berlowitz, D. J., Wadsworth, B., & Ross, J. (2016). Respiratory problems and management in people with spinal cord injury. *Breathe*, 12(4), 328–340.
<https://doi.org/10.1183/20734735.012616>
- Lindholm, B., & Vickery, T. (2023). Autonomic dysreflexia: Recognition and management. *British Journal of Nursing*, 32(2), 65–71. <https://doi.org/10.12968/bjon.2023.32.2.65>
- Magnuson, F. S., Christensen, P., Krassioukov, A., Rodriguez, G., Emmanuel, A., Kirshblum, S., & Krogh, K. (2023). Neurogenic bowel dysfunction in patients with spinal cord injury and multiple sclerosis: An updated and simplified treatment algorithm. *Journal of Clinical Medicine*, 12(22), Article 6971. <https://doi.org/10.3390/jcm12226971>
- McDonald, J. W., & Sadowsky, C. (2002). Spinal-cord injury. *The Lancet*, 359(9304), 417–425.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07603-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07603-1)
- National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2024). Traumatic Spinal Cord Injury Facts and figures at a glance. <https://msksc.org/sites/default/files/Facts-and-Figures-2024-Eng-508.pdf>
- World Health Organization. (2023a). Spinal cord injury: Key facts.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
- World Health Organization. (2023b). International perspectives on spinal cord injury.
<https://www.who.int/publications/i/item/international-perspectives-on-spinal-cord-injury>