



การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนเอวหักร่วมกับการบาดเจ็บของไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Nursing Care of Patients with Lumbar Fractures and Spinal Cord Injuries Who Have Undergone Surgery: Case Study Compare 2 Case

Suchanan Khotsombat, R.N.

สุชานันท์ โคตรสมบัติ, พย.ม.

Yasothon Hospital, Yasothon Province

โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร

Susa5952881@gmail.com

Received: Jul 30, 2024

Revised: Aug 16, 2024

Accepted: Aug 27, 2024

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอวและการบาดเจ็บของไขสันหลังเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันซึ่งเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ส่งผลให้การทำงานของร่างกายด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึกบกพร่องไป ซึ่งเป็นผลจากประสาทไขสันหลังได้รับความเสียหาย ทำให้มีอาการปวดร้าวไปตามเส้นประสาทที่ถูกกดทับ มีอาการอ่อนแรงของขา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดการสูญเสียต่อชีวิต ความพิการ ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย จากความเจ็บปวดหรือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรค เป้าหมายในการรักษาในระยะแรกของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ลดอัตราการตาย ลดการบาดเจ็บเพิ่มเติมของไขสันหลังร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและไม่เกิดความพิการ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสังคมได้เร็วที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักส่วนเอวร่วมกับการบาดเจ็บของไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด 2 ราย

วิธีการศึกษา: เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย จากผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนเอวหักร่วมกับการบาดเจ็บของไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยโสธร ระหว่างเดือนมีนาคม 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลยโสธร วิเคราะห์กรณีศึกษาโดยใช้แบบแผนการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ผลการศึกษา: จากการศึกษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนเอวหักร่วมกับการบาดเจ็บของไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัด 2 ราย พบว่า 1) ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนเอวหักร่วมกับการบาดเจ็บของไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยที่เหมือนกัน 7 ข้อและต่างกัน 1 ข้อ 2) ได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ได้แก่ มีภาวะ Neurogenic Bowel, Neurogenic Bladder, การดูแลเรื่องความเจ็บปวด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในแต่ละระบบ การดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย โดยได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายจนอาการดีขึ้น จำหน่ายทุเลาและนัดติดตามผลอีก 1 เดือน

สรุป: ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนเอวหักร่วมกับการบาดเจ็บของไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดมีภาวะวิกฤตต่าง ๆ ที่คุกคามต่อชีวิต การเฝ้าระวังและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกระยะของการดูแลจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและวางแผนการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสังคม

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนเอวหัก, การบาดเจ็บของไขสันหลัง

Abstract

Lumbar spinal injuries and spinal cord injuries are acute conditions that are serious injuries and are major health problems resulting in the body's movement. Perception of sensations is impaired. It is the result of the spinal nerve being damaged. This will cause pain to radiate along the compressed nerve. There is weakness in the legs which has an impact on health, causing loss of lift, disability, long treatment periods, and patient discomfort from pain or death from complications of the disease. The goal of treatment in the first phase of this group of patients is to reduce the death rate and reduce additional injuries of the spinal cord together with prevention of complications and continuous care with the ultimate goal of keeping patients safe. Physically, mentally, emotionally, socially, and without any disability. So that patients can return to society as quickly as possible and have a good quality of life.

Objective: This is a comparative study of two case studies of the nursing care of patients with lumbar spinal fractures and spinal cord injuries who had undergone surgery.

Methods: Two purposive care studies were selected from patients with lumbar spinal fractures and spinal cord injuries. Surgery was admitted to Yasothon Hospital between March 2024 and June 2024. Data were collected from medical records and statistics of Yasothon Hospital. Case studies were analyzed using Gordon's health perception model and patient care using nursing processes and Orem's nursing theory.

Results: In both case studies, it was found that 1) patients with lumbar spinal fractures and spinal cord injuries who received surgery 2 cases had the same 7 diagnoses and 1 different diagnosis. 2) Received nursing care was consistent with the problems, including, Neurogenic Bowel, Neurogenic Bladder, pain management, patient and relative anxiety, risk of complications in each system, care and prevention of pressure sores, and discharge planning. Received care according to the problems and needs of each patient until symptoms improved, discharged, and scheduled a follow-up appointment in 1 month.

Conclusion: Patients with lumbar spinal fractures and spinal cord injuries who received surgery have various life-threatening critical conditions. Monitoring and solving problems at every stage of care will keep patients safe. Nurses therefore play an important role in assessing and monitoring changes in symptoms, preventing complications, and planning nursing care that covers physical, mental, emotional, social, and family aspects, as well as continuous care when patients return to society.

Keywords: Nursing Care for Patients with Lumbar Spinal Fracture, Spinal Cord Injuries

บทนำ

การบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอวและการบาดเจ็บของไขสันหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เป็นภาวะวิกฤติของชีวิต มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทุพพลภาพ เมื่อเกิดการบาดเจ็บของไขสันหลังทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันหลายด้าน เกิดความบกพร่องการทำงานของระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะและการขับถ่าย ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบสืบพันธุ์ ระบบหลอดเลือดและการไหลเวียน¹ ผลจากการบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง ที่พบได้บ่อย คือ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อระบบปัสสาวะ ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ความเจ็บปวดและภาวะเส้นเลือดดำอักเสบอุดตัน² การบาดเจ็บไขสันหลังยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวลการสูญเสียภาพลักษณ์ การสูญเสียอาชีพการงาน ขาดรายได้ และรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว³ ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าการบาดเจ็บกระดูกสันหลังประมาณ 10.4-130.6 รายต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี⁴ จากสถิติในประเทศไทยพบว่ามีผู้บาดเจ็บกระดูกสันหลังที่เข้ารับการรักษา พ.ศ. 2561-2565 จำนวน 30975, 34771, 37607, 39248 และ 38352 ราย ตามลำดับ⁵ ซึ่งอุบัติการณ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังนี้จะพบการบาดเจ็บของไขสันหลังรวมถึงร้อยละ 56.0⁶ สาเหตุการบาดเจ็บที่พบบ่อย คือ อุบัติเหตุจากรถยนต์ร้อยละ 57.0 การพลัดตกหกล้มร้อยละ 31.4 โดยเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีอายุเฉลี่ย 41.1 ปี ทั้งนี้เพศชายพบมากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า⁷ จากข้อมูลเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลยโสธรพบผู้ป่วยมารับบริการในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 35, 55 และ 31 ราย ตามลำดับ⁸ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีความเสี่ยงในทุก ๆ ระยะของการดูแล และถ้าประสาทไขสันหลังได้รับอันตราย จะทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตได้มากน้อยตามความรุนแรงของพยาธิสภาพ ดังนั้นต้องมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตั้งแต่การดูแลแรกเริ่ม ระยะฟื้นฟู จนกระทั่งการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กลับไปอยู่ในสังคมได้เร็วที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

พยาธิสรีรวิทยาของโรค: กระดูกสันหลังหัก Burst fracture

กระดูกสันหลังประกอบด้วยกระดูกชิ้นเล็กเรียงต่อเนื่องเป็นแนวยาวอยู่กลางหลังตั้งแต่ใต้ฐานกะโหลกศีรษะถึงก้นกบ ภายในโครงกระดูกไขสันหลังมีช่องแคบยาวบรรจุด้วยไขสันหลัง การบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังอาจรุนแรงจนกระดูกสันหลังเสียความมั่นคงและอาจเกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อประสาทที่อยู่ภายใน สาเหตุของการบาดเจ็บที่พบบ่อย คือ อุบัติเหตุจากรถยนต์หรือจักรยานยนต์ ตกจากที่สูง อุบัติเหตุจากกีฬาและการทำร้ายร่างกาย⁷ เป็นเหตุให้ประสาทไขสันหลังได้รับบาดเจ็บด้วยหรือกระดูกสันหลังที่แตกหักเคลื่อนมากดทับประสาทไขสันหลังหรือเกิดจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงประสาทไขสันหลังถูกกด มีอาการตั้งแต่อ่อนจนถึงรุนแรงมาก เกิดได้ทุกระดับของประสาทไขสันหลัง เมื่อไขสันหลังได้รับบาดเจ็บจะทำให้เกิดการทำลายเซลล์ประสาท ทำให้สูญเสียหน้าที่การเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึกของอวัยวะที่อยู่ต่ำกว่าระดับไขสันหลัง มีอาการชาและแขนขาอ่อนแรงหมดความรู้สึกลบแขนขาไม่ได้ เริ่มแรกจะสูญเสียหน้าที่ต่าง ๆ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่ควบคุมได้ การรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับการปวด อุณหภูมิ และการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สูญเสียรีเฟล็กซ์ไขสันหลังและ Spinal and Autonomic Reflex อาจเกิดภาวะ Spinal Shock ผู้ป่วยจะสูญเสียความรู้สึกทางกาย มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นอัมพาต และสูญเสียรีเฟล็กซ์ที่สำคัญ คือ Bulbocavernosus Reflex และ Anal Wink Reflex กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและลำไส้อ่อนแรงทำให้เกิดการคั่งของปัสสาวะและอุจจาระ หลอดเลือดขยายตัวทำให้ความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรช้า ผิวหนังเย็นและแห้ง อาการ Spinal Shock ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 24-48 ชั่วโมง⁹



อาการและอาการแสดง

การที่มีแรงมากระทำต่อกระดูกสันหลังอย่างรุนแรงทำให้กระดูกสันหลังแตกหักเป็นสาเหตุให้ประสาทไขสันหลังได้รับบาดเจ็บหรือกระดูกสันหลังที่แตกหักเคลื่อนมากกดทับประสาทไขสันหลัง อาการที่พบหลังบาดเจ็บ คือ ผู้ป่วยมีอาการปวดเอวและ/หรือปวดร้าวลงขาอย่างรุนแรง ตามแนวรากประสาทที่ถูกกดทับ อาจเกิดอาการอ่อนแรงกล้ามเนื้อแบบ Lower Motor Neuron Lesion ชาตามแนวรากประสาท รีเฟล็กซ์ตอบสนองช้าและ/หรือกล้ามเนื้อหดรูดทวารหนักอ่อนแรง

การรักษาผู้ป่วยที่มี Burst fracture

1. การรักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัด (Nonsurgical Treatment) ได้แก่ การนอนพัก (Bed Rest) การใช้อุปกรณ์พยุงกายภายนอก (External Orthosis/Bracing/Casting) ใช้ในผู้ป่วย Low Lumbar Burst Fracture ที่ไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท

2. การรักษาโดยการผ่าตัด (Operative Treatment) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไปกดทับประสาทไขสันหลัง ทำการผ่าตัดโดยการยึดตรึงกระดูกแบบ Decompression and Stabilization เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกายภาพบำบัดได้เร็วขึ้น เพื่อป้องกันการกดไขสันหลังหรือเส้นประสาทเป็นการป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นมาภายหลัง

การพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังการรักษาเมื่อพ้นระยะวิกฤติ ผู้ป่วยต้องเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้มากที่สุดตามสภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยรวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในเรื่องความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ต้องได้รับการดูแลในเรื่องการ Training Bladder และป้องกันการเกิดการติดเชื้อในระบบปัสสาวะ ปัญหาเรื่องการอุจจาระเล็ดตลอดต้องได้รับการ Training Bowel การป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมถึงการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วย

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

ทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง



ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 61 ปี มาด้วย 30 นาที ก่อนมา ตกกำแพงสูง 2 เมตร ไม่สลบ ปวดหลังมากมีมีนชาขาทั้งสองข้าง ตรวจร่างกายพบผู้ป่วย E4V5M6 Motor Power ขาทั้งสองข้าง Gr. 5 มีอาการชาขาและปวดหลังร้าวมาขาทั้งสองข้าง Pain Score 9 คะแนน X-ray พบ Compression Fracture L1 Spine ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด MIS PDS T12-L2 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องอ่อนแรงท่อนล่าง แพทย์ได้ทำการผ่าตัดครั้งที่ 2 คือ Implant Removal หลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ Jewette Brace ลูกนั่งห้อยขาข้างเตียงได้และสามารถนั่งรถเข็นได้ ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีปัญหาคืออ่อนแรงท่อนล่าง Motor Power gr. 0 เกิดแผลกดทับระดับ 2 ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ และมีปัญหาในเรื่องอุจจาระเล็ด ปัญหาเหล่านี้ได้รับการแก้ไขไปบางส่วนยังคงต้องดูแลต่อเนื่องเกี่ยวกับการบริหารพื้นฟูร่างกายต่อเนื่อง ดูแลส่ง HHC จำหน่ายทุเลา รวมอยู่ในโรงพยาบาล 25 วัน นัดพบแพทย์ Ortho 1 เดือน ติดตามโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยหลังกลับบ้าน 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถนั่งรถเข็นเป็นเวลานานได้ แผลกดทับแผลบปัสสาวะใส สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทยอายุ 36 ปี มาด้วย 30 นาที ก่อนมา ผู้ป่วยตกหลังคาสูงประมาณ 2 เมตร ไม่สลบ ปวดหลังมากมีมีนชาสะโพกร้าวมาต้นขาทั้งสองข้าง ปฏิเสธโรคประจำตัว ตรวจร่างกายพบผู้ป่วย E4V5M6 Motor Power ขาทั้งสองข้าง Gr. 5 ปวดหลังร้าวมาขาทั้งสองข้าง Pain Score 6 คะแนน และมีอาการชาสะโพกร้าวมาต้นขาทั้งสองข้างร่วมด้วย X-ray พบ Compression Fracture L1 Spine ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ K 3.3 mmol ได้รับ 0.9%Nss 1000 ml+kcl 40 meq. V 100 cc/hr. ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด T12-L2 ORIF&Fusion with PDS ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีปัญหาคือชาสะโพกร้าวมาขาทั้งสองข้าง ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ มีปัญหาในเรื่องอุจจาระเล็ด และมีปัญหาในเรื่องแผลซึมเป็น Serum แพทย์ตัดไหมแผลและทำแผลต่อเนื่องแผลแดงดีจนได้เย็บแผล ปัญหาเหล่านี้ได้รับการแก้ไขไปบางส่วน ยังคงต้องดูแลต่อเนื่องเกี่ยวกับการบริหารพื้นฟูร่างกาย ดูแลส่ง HHC รวมเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 33 วัน นัดพบแพทย์ Ortho 1 เดือน ได้ติดตามโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยหลังกลับบ้าน 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถเดินได้เองโดยไม่ใช้ไม้ค้ำยัน แผลตัดไหมดีดี

การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ดำเนินตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
HN/AN	000113133/67007254	000630290/670011574
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ	61 ปี	36 ปี
อาชีพ	ทำนา อาศัยอยู่กับสามีและบุตรที่มีอาชีพรับราชการ	ค้าขายและรับจ้างทั่วไปอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา
การวินิจฉัย	Burst Fx.L1	Burst Fx.L1
การผ่าตัด	1. MIS PDS T12-L2 2. Implant Removal	1. T12-L2 ORIF&Fusion with PDS
ระยะเวลาพักรักษาใน รพ.	25 วัน (5 มี.ค. 2567 ถึงวันที่ 30 มี.ค. 2567)	33 วัน (12 เม.ย. 2567 ถึงวันที่ 15 พ.ค. 2567)

จากตารางที่ 1 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันเรื่องอายุ อาชีพ วันที่นอนโรงพยาบาลและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เนื่องจากกรณีศึกษารายที่ 1 ใช้วิธีผ่าตัดโดยการส่องกล้อง หลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดมีปัญหาเรื่องอ่อนแรงท่อนล่าง Motor Power Gr. 0 ได้ผ่าตัดเพื่อ Implant Removal อีกครั้ง หลังผ่าตัดต้องฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล ต้องฝึกความแข็งแรงและการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อให้กลับมาเกือบปกติ การฝึกลุก ฝึกนั่ง Wheel Chair ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ใช้วิธีผ่าตัดโดยการผ่าตัดเปิดต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่าเนื่องจากผู้ป่วยมี



ปัญหาในเรื่องแผลซึม ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยอ้วนทำให้การระบายสิ่งคัดหลั่งใต้ผิวหนังไม่ดี¹⁰ ได้แหวกแผลเพื่อระบายสิ่งคัดหลั่ง แผลไม่มีหนองไม่มีอาการติดเชื้อ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้ ATB กลุ่ม Cephalosporin เหมือนกัน มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะไม่สามารถปัสสาวะได้ ใส่สายสวนปัสสาวะเหมือนกันและไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้ มีอุจจาระเล็ดทั้ง 2 ราย พบว่าร้อยละ 80.0¹¹ ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของไขสันหลังจะพบการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและการขับถ่ายผิดปกติได้ กรณีศึกษารายที่ 1 จำหน่ายกลับบ้านโดย Wheel Chair รวมจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 25 วัน กรณีศึกษารายที่ 2 จำหน่ายโดยเดิน FWB with Crutch รวมจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 33 วัน

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ตกกำแพงสูง 2 เมตร ไม่สลบ ปวดหลังมาก มีมีนชาขาทั้งสองข้าง ก่อนมา 30 นาที	ตกหลังคาสูง 2 เมตร ไม่สลบ ปวดหลังมีมีนชาสะโพกร้าวมาต้นขาทั้ง 2 ข้าง ก่อนมา 30 นาที
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	30 นาทีก่อนมาผู้ป่วยตกกำแพงสูงประมาณ 2 เมตร ไม่สลบ ปวดหลังมาก มีมีนชาขาทั้งสองข้าง ญาตินำส่ง รพ. X-ray พบ Compression Fx. L1 refer มา ผู้ป่วย E4V5M6 Motor Power ขา 2 ข้าง Gr. 5	30 นาทีก่อนมาผู้ป่วยตกหลังคาสูงประมาณ 2 เมตร ไม่สลบ ปวดหลังมากมีมีนชาสะโพกร้าวมาต้นขาทั้งสองข้าง ญาตินำส่ง รพ. ผู้ป่วย E4V5M6 Motor Power ขาทั้งสองข้าง Gr. 5
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยโรคที่รุนแรงในโรงพยาบาล	ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยโรคที่รุนแรงในโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	บุคคลในครอบครัวปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรงและโรคทางพันธุกรรม	บุคคลในครอบครัวปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรงและโรคทางพันธุกรรม
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	5 มีนาคม 2567 CBC Hct. 38% plt. 315000 WBC 15500 BUN 9 Cr 0.66 Na 136 K 4.2 Cl 103 TCo2 19	12 เมษายน 2567 CBC Hct. 42% plt. 265000 WBC 13100 BUN 7 Cr 0.60 Na 143 K 3.3 Cl 105 TCo2 22

จากตารางที่ 2 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลเกิดจากอุบัติเหตุตกจากที่สูงซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บถึงร้อยละ 31.4⁷ และมีอาการปวดหลังร้าวมาขาทั้งสองข้างเหมือนกันแตกต่างกันคือกรณีศึกษารายที่ 1 ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนก่อนอาการปวดหลังมากขึ้นจึงส่งต่อมาโรงพยาบาลยโสธร และกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปฏิเสธโรคประจำตัว บุคคลในครอบครัวปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรงและโรคทางพันธุกรรมและไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าการตรวจร่างกายทั่วไปไม่พบความผิดปกติ ไม่มีปัญหาทางด้านระบบประสาท ไม่มีแขนขาอ่อนแรงแต่มีอาการมีนชาขาทั้งสองข้างซึ่งพบได้ร้อยละ 56.0⁶ ของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บไขสันหลัง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบความผิดปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการมีนชาสะโพกร้าวมาต้นขาทั้ง 2 ข้าง ร่วมกับมีภาวะโปรแทสเซียมต่ำสามารถพบได้ร้อยละ 14.7¹² ให้ 0.9% Nss 1000 ml + Kcl 40 mEq. v 100 cc/hr.



ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบแผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง	1. มีผลกดทับเนื่องจากขาอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบปัสสาวะสัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ 3. เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบปัสสาวะสัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ 2. เสี่ยงต่อการเกิดผลกดทับเนื่องจากขาทั้งสองข้าง 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญ	1. ชอบอาหารพื้นบ้าน หวาน เค็ม 2. BMI = 21.64	1. มีภาวะเสียสมดุลของ Electrolyte 2. ชอบอาหารหวาน มัน BMI = 31.91
แบบแผนการขับถ่าย	1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบปัสสาวะสัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ 2. มีภาวะอุจจาระเลือดเนื่องจาก Neurogenic Bowel	1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบปัสสาวะสัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะ 2. มีภาวะอุจจาระเลือดเนื่องจาก Neurogenic Bowel
แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย	1. มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1. มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน	1. พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย	1. พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย
สติปัญญาและการรับรู้	1. มีการรับรู้ที่เข้าใจในการสื่อสาร	1. มีการรับรู้ที่เข้าใจในการสื่อสาร
แบบแผนการรับรู้และอัตมโนทัศน์	1. รู้สึกมีคุณค่าลดลงเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	1. รู้สึกมีคุณค่าลดลงเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ	1. เป็นผู้อาศัย มีสมาชิก 5 คน สามเป็นผู้ดูแล	1. เป็นผู้อาศัย มีสมาชิก 4 คน มารดาเป็นผู้ดูแล
แบบแผนเพศสัมพันธ์และเจริญพันธุ์	1. ใส่สายสวนปัสสาวะ	1. ใส่สายสวนปัสสาวะ
การปรับตัวและเผชิญความเชื่อ	1. ผู้ป่วยมีความเครียดปรับตัวโดยพูดคุยกับสามี	1. ผู้ป่วยมีความเครียดปรับตัวโดยพูดคุยกับมารดา
แบบแผนความเชื่อและค่านิยม	1. มีความเชื่อวิถีพุทธ	1. มีความเชื่อวิถีพุทธ

ตารางที่ 4 การวินิจฉัยและปัญหาทางการพยาบาล

ระยะที่ 1 ระยะแรกรับ	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหลังจากการมีพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังส่วนเอว ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกปวดหลัง Pain Score 9 2. ผู้ป่วยบ่นไม่สุขสบาย ขยับตัวไปมา 3. Compression Fracture L1 วัตถุประสงค์ อาการปวดลดลง เกณฑ์การประเมินผล Pain Score < 3 การพยาบาล 1. ประเมินความปวดโดยใช้มาตราวัดความปวดแบบตัวเลข 2. จัดท่านอนให้ผู้ป่วย Absolute Bed Rest จัดท่าให้เหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยนอนราบ ลำตัวตรงให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง 3. แนะนำผู้ป่วยพูดคุยกับเพื่อนข้างเตียงหรือญาติ อ่านหนังสือ ฟังเพลง ทำสมาธิ	1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหลังจากการมีพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลังส่วนเอว ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกปวดหลัง Pain Score 6 2. ผู้ป่วยบ่นไม่สุขสบาย ขยับตัวไปมา 3. Compression Fracture L1 วัตถุประสงค์ อาการปวดลดลง เกณฑ์การประเมินผล Pain Score < 3 การพยาบาล 1. ประเมินความปวดโดยใช้มาตราวัดความปวดแบบตัวเลข 2. จัดท่านอนให้ผู้ป่วย Absolute Bed Rest จัดท่าให้เหมาะสมโดยให้ผู้ป่วยนอนราบ ลำตัวตรงให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง 3. แนะนำผู้ป่วยพูดคุยกับเพื่อนข้างเตียงหรือญาติ อ่านหนังสือ ดูหนัง ฟังเพลง



ระยะที่ 1 ระยะแรกเริ่ม (ต่อ)	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาล(ต่อ) 4. ให้ยา MO 3 mg v q 4 hr. เฝ้าระวังอาการข้างเคียงหลังให้ยา 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ประเมินผล ผู้ป่วยสุขสบายพักผ่อนได้ Pain Score 2 ไม่มีอาการข้างเคียงจากการให้ยา Sedation Score 0	การพยาบาล(ต่อ) 4. ให้ MO 5mg v q 4 hr. เฝ้าระวังอาการข้างเคียงหลังให้ยา 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ประเมินผล ผู้ป่วยสุขสบายพักผ่อนได้ Pain Score 2 ไม่มีอาการข้างเคียงจากการให้ยา Sedation Score 0

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าอาการปวดในผู้ที่มีการบาดเจ็บไขสันหลังอยู่ประมาณร้อยละ 65.0-80.0¹² ของผู้ป่วยบาดเจ็บทั้งหมด ซึ่งอาการปวดที่พบจะเป็นอาการปวดเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อาการปวดมีหลายรูปแบบรวมถึงปวดจากเส้นประสาท (Neurogenic Pain) และปวดจากอาการบาดเจ็บทางกาย เมื่อได้รับการแก้ไขโดยการให้ยาแก้ปวดและให้การพยาบาลผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ อาการปวดทุเลา

ระยะที่ 1 ระยะแรกเริ่ม (ต่อ)	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2. ขาดความรู้ความเข้าใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยสอบถามการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 2. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด และให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจฟังคำแนะนำและตอบคำถามได้ถูกต้อง การพยาบาล 1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด 2. ประเมินอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความวิตกกังวล เช่น นอนไม่หลับ สีหน้าวิตกกังวล หงุดหงิด 3. พุดคุยและเปิดโอกาสให้ระบายความวิตกกังวล 4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค เหตุผลที่ต้องทำการผ่าตัด ข้อดีที่ได้จากการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ 5. เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ในการซักถามข้อสงสัยจากแพทย์และอธิบายเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยยังสงสัย 6. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยตลอดการรักษาผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี 7. แนะนำใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง ทำสมาธิ	2. ขาดความรู้ความเข้าใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยสอบถามการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน 2. ผู้ป่วยหงุดหงิดไม่ค่อยพูดคุย วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 2. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด และให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจฟังคำแนะนำและตอบคำถามได้ถูกต้อง การพยาบาล 1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด 2. ประเมินอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความวิตกกังวล เช่น นอนไม่หลับ สีหน้าวิตกกังวล หงุดหงิด 3. พุดคุยและเปิดโอกาสให้ระบายความวิตกกังวล 4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค เหตุผลที่ต้องทำการผ่าตัด ข้อดีที่ได้จากการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ 5. เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ในการซักถามข้อสงสัยจากแพทย์และอธิบายเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยยังสงสัย 6. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยตลอดการรักษาผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี 7. แนะนำใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฟังเพลง ดูภาพยนตร์



ระยะที่ 1 ระยะแรกรับ (ต่อ)	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาล(ต่อ)	การพยาบาล(ต่อ)
8. ให้ข้อมูลความรู้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยแก่ครอบครัวและให้ครอบครัวร่วมมือเอาใจใส่ให้กำลังใจ	8. ให้ข้อมูลความรู้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยแก่ครอบครัวและให้ครอบครัวร่วมมือเอาใจใส่ให้กำลังใจ
ประเมินผล	ประเมินผล
1. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้องให้ความร่วมมือในการรักษา	1. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้องให้ความร่วมมือในการรักษา
2. สีหน้าคลายกังวลพักผ่อนได้	2. สีหน้าคลายกังวลพักผ่อนได้ พุดคุยมากขึ้น

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดถึงร้อยละ 20.8¹² การให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดนั้นเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เอกสาร ยา เวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนไปห้องผ่าตัด

ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่อง	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	3. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน
1. มีแผลผ่าตัดที่หลัง มีสายระบายสารคัดหลั่ง 1 สาย	1. มีแผลผ่าตัดที่หลัง มีสายระบายสารคัดหลั่ง 1 สาย
วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
เกณฑ์การประเมินผล	เกณฑ์การประเมินผล
1. ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	1. ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
การพยาบาล	การพยาบาล
1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
2. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เช็ดตัว สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ตัดเล็บให้สะอาด	2. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เช็ดตัว สระผม เปลี่ยนเสื้อผ้า ตัดเล็บให้สะอาด
3. ดูแลทำความสะอาดแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อวันละ 1 ครั้ง	3. ดูแลทำความสะอาดแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อวันละ 2 ครั้ง
4. ดูแลให้ cefa 1 gm. V q 6 hr. ตามแผนการรักษา	4. ดูแลให้ cefa 1 gm. V q 6 hr. ตามแผนการรักษา
5. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตและประเมินอาการผิดปกติ	5. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตและประเมินอาการผิดปกติ
6. สังเกตบริเวณแผลผ่าตัด ลักษณะการแสดงของการอักเสบติดเชื้อ	6. สังเกตบริเวณแผลผ่าตัด ลักษณะการแสดงของการอักเสบติดเชื้อ
7. แนะนำผู้ป่วยไม่ควรแกะผ้าปิดแผล ขณะเช็ดทำความสะอาดร่างกายระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ	7. แนะนำผู้ป่วยไม่ควรแกะผ้าปิดแผล ขณะเช็ดทำความสะอาดร่างกายระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ
ประเมินผล	ประเมินผล
1. บริเวณแผลผ่าตัดและบริเวณที่ถอดสายระบายเลือดออกไม่มีการอักเสบ	1. บริเวณแผลผ่าตัดและบริเวณที่ถอดสายระบายเลือดออกไม่มีการอักเสบ แผลแดงดีไม่มีภาวะติดเชื้อ แพทย์เย็บแผลให้แผลดีดี
2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส	2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส





กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ไม่มีปัญหาเรื่องแผลผ่าตัด หลังตัดไหมแผลแห้งและติดดี **กรณีศึกษาครั้งที่ 2** ผู้ป่วยอ้วนมีปัญหาในเรื่องแผลซึ่มการระบายสิ่งคัดหลั่งได้ผิวหนังไม่ตึง¹⁰ แพทย์ได้ตัดไหมและแหวกแผลเพื่อระบายสารคัดหลั่ง แผลไม่มีหนอง ไม่มีภาวะติดเชื้อ ได้ทำแผลจนกระทั่งแผลแดงดี แพทย์ได้เย็บแผลและจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
4. ผู้ป่วยมีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการเนื่องจากระบบประสาท (neurogenic bladder) ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมี Compression Fracture L1 2. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงท่อนล่างไม่สามารถขมิบก้นกล้ามเนื้อหูรูดได้ 3. ผู้ป่วยไม่สามารถปัสสาวะได้เอง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใส่สายสวนปัสสาวะและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อระบบปัสสาวะ $T < 37.5^{\circ}\text{C}$ 2. ผู้ป่วยปฏิบัติตนขณะใส่สายสวนปัสสาวะได้ การพยาบาล 1. ให้การพยาบาลตามหลัก Aseptic Technique ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็น 3. แขนงถุงเก็บปัสสาวะต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะและห่างจากพื้นอย่างน้อย 15 เซนติเมตร 4. ดูแลสายสวนไม่ให้หักพับงอหรืออุดตันเพื่อช่วยระบายปัสสาวะติดตามบิรูดสายบ่อย ๆ เพื่อป้องกันการคั่งค้างของปัสสาวะและทำให้เกิดแรงดูดสิ่งที่ติดอยู่ในสายให้ออกมา 5. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา 6. ล้างมือและสวมถุงมือก่อนและหลังเทปัสสาวะทุกครั้ง เช็ดปลายท่อก่อนและหลังเทปัสสาวะด้วย 70% แอลกอฮอล์ เทปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมงหรือเมื่อน้ำปัสสาวะมีประมาณ 3 ส่วน 4 ในถุงเก็บปัสสาวะ 7. ดูแลไม่ให้มีการดึงรั้งของสายสวนปัสสาวะเพราะจะทำให้ท่อทางเดินปัสสาวะบาดเจ็บเป็นแผลเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยติดเชื้อ ดูแลให้มีการยึดตรึงของสายปัสสาวะตลอดเวลา 8. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อไม่ให้เกิดการขังของปัสสาวะเป็นสาเหตุให้มีการตกตะกอนและเชื้อโรคเจริญได้ดี 9. แนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำประมาณวันละ 2000-2500 ml. 10. ประเมินลักษณะสีของปัสสาวะถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะมีสีขุ่น มีตะกอนหรือมีเลือด	4. ผู้ป่วยมีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการเนื่องจากระบบประสาท (neurogenic bladder) ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมี Compression Fracture L1 2. ผู้ป่วยมีอาการชาสะโพกร้าวมาขาทั้งสองข้างไม่สามารถขมิบก้นกล้ามเนื้อหูรูดได้ 3. หลังถอดสายสวนปัสสาวะไม่สามารถปัสสาวะได้เอง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใส่สายสวนปัสสาวะและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อระบบปัสสาวะ $T < 37.5^{\circ}\text{C}$ 2. ผู้ป่วยปฏิบัติตนขณะใส่สายสวนปัสสาวะได้ การพยาบาล 1. ให้การพยาบาลตามหลัก Aseptic Technique ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง 2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็น 3. แขนงถุงเก็บปัสสาวะต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะและห่างจากพื้นอย่างน้อย 15 เซนติเมตร 4. ดูแลสายสวนไม่ให้หักพับงอหรืออุดตันเพื่อช่วยระบายปัสสาวะติดตามบิรูดสายบ่อย ๆ เพื่อป้องกันการคั่งค้างของปัสสาวะและทำให้เกิดแรงดูดสิ่งที่ติดอยู่ในสายให้ออกมา 5. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา 6. ล้างมือและสวมถุงมือก่อนและหลังเทปัสสาวะทุกครั้ง เช็ดปลายท่อก่อนและหลังเทปัสสาวะด้วย 70% แอลกอฮอล์ เทปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมงหรือเมื่อน้ำปัสสาวะมีประมาณ 3 ส่วน 4 ในถุงเก็บปัสสาวะ 7. ดูแลไม่ให้มีการดึงรั้งของสายสวนปัสสาวะเพราะจะทำให้ท่อทางเดินปัสสาวะบาดเจ็บเป็นแผลเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยติดเชื้อ ดูแลให้มีการยึดตรึงของสายปัสสาวะตลอดเวลา 8. แนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำประมาณวันละ 2500-3000 ml. 9. ประเมินลักษณะสีของปัสสาวะถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะมีสีขุ่น มีตะกอนหรือมีเลือด



ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่สามารถปัสสาวะได้เอง เริ่มเกร็งต้นขาซ้ายได้ 2. ปัสสาวะสีเหลืองฟางไม่มีภาวะติดเชื้อระบบปัสสาวะ ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสายสวนปัสสาวะได้ 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ	การประเมินผล 1. ผู้ป่วยยังมีอาการชาสะโพกร้าวมาขาทั้งสองข้าง ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง เริ่มเกร็งต้นขาได้เล็กน้อย 2. ปัสสาวะสีเหลืองฟางไม่มีภาวะติดเชื้อระบบปัสสาวะ ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสายสวนปัสสาวะได้ 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหา Neurogenic Bladder ซึ่งพบได้ร้อยละ 80.0¹¹ ของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของไขสันหลัง จะพบการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะจนกว่าประสาทไขสันหลังฟื้นตัวจึงจะสามารถ Trained Bladder³ ได้ ผู้ป่วย Neurogenic Bladder พบการติดเชื้อระบบปัสสาวะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยมากที่สุด เนื่องจากกระบวนการขับถ่ายปัสสาวะบกพร่องทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายขึ้น ขณะคาสายสวนผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลป้องกันการติดเชื้อระบบปัสสาวะได้และไม่มีการติดเชื้อ จากการให้การรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยเริ่มเกร็งกล้ามเนื้อได้แต่ยังขมิบหูดไม่ได้ซึ่งการพยากรณ์ของโรคมึแน่วโน้มดีขึ้นเส้นประสาทไขสันหลังเริ่มฟื้นตัว

ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
5. ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอุจจาระได้เนื่องจากมีภาวะความพิการของลำไส้ใหญ่ (Neurogenic Bowel) ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วย Compression Fracture L1 2. ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอุจจาระได้ อุจจาระเล็ดตลอด วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ท้องอืด อุจจาระเล็ด รัดและอุจจาระอัดแน่นในลำไส้ใหญ่ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการทำ Bowel Training Program เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอไม่มีภาวะ ท้องอืด อุจจาระเล็ด รัดและอุจจาระอัดแน่นในลำไส้ใหญ่ 2. ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการทำ Bowel Training Program การพยาบาล 1. แนะนำการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 2. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยประมาณ 25-30 กรัม/วัน เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก และอุจจาระอัดแน่นแข็งในลำไส้ เช่น มะละกอ กล้วยน้ำว้า ส้ม เป็นต้น	5. ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอุจจาระได้เนื่องจากมีภาวะความพิการของลำไส้ใหญ่ (Neurogenic Bowel) ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วย Compression Fracture L1 2. ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนอุจจาระได้ อุจจาระเล็ดตลอด วัตถุประสงค์ 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ท้องอืด อุจจาระเล็ด รัดและอุจจาระอัดแน่นในลำไส้ใหญ่ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการทำ Bowel Training Program เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอไม่มีภาวะ ท้องอืด อุจจาระเล็ด รัดและอุจจาระอัดแน่นในลำไส้ใหญ่ 2. ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการทำ Bowel Training Program การพยาบาล 1. แนะนำการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย 2. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยประมาณ 25-30 กรัม/วัน เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก และอุจจาระอัดแน่นแข็งในลำไส้ เช่น มะละกอ กล้วยน้ำว้า ส้ม เป็นต้น



ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาล (ต่อ) 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 2,000-2,500 ml/day ตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการท้องผูก 4. แนะนำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวเท่าที่เป็นไปได้ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การทำ Passive Range of Motion Exercises ของขา 2 ข้างที่อ่อนแรง การบริหารกล้ามเนื้อแขนขา การกระตุ้นการนั่งทั้งบนเตียงและข้างเตียงบ่อย ๆ จะช่วยให้ลำไส้ใหญ่ทำงานได้ดีขึ้นลดอาการท้องผูก 5. ให้ความรู้ คำแนะนำการฝึกขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยโดยกำหนดเวลาการขับถ่ายอุจจาระให้สม่ำเสมอ 6. ให้คำแนะนำในการทำ Bowel Program เช่น การนวดหน้าท้อง การเหน็บสบู่อ่อนทางทวารหนัก ประเมินผล 1. ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ ไม่มีภาวะท้องอืด อุจจาระอัดแน่น ยังมีอุจจาระเล็ดราดสวน Unison Enema 1 ลูก วันเว้นวัน 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฝึก Bowel Training Program สามารถบอกวิธีป้องกันภาวะท้องผูก และสามารถสาธิตย้อนกลับการทำ Bowel Training Program ได้ถูกต้อง	การพยาบาล (ต่อ) 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 2,500-3,000 ml/day ตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการท้องผูก 4. แนะนำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การทำ Passive Range of Motion Exercises ของขา 2 ข้างที่ขา การบริหารกล้ามเนื้อแขนขา การกระตุ้นการนั่งข้างเตียงและเดินบ่อย ๆ จะช่วยให้ลำไส้ใหญ่ทำงานได้ดีขึ้นลดอาการท้องผูก 5. ให้ความรู้ คำแนะนำการฝึกขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยโดยกำหนดเวลาการขับถ่ายอุจจาระให้สม่ำเสมอ 6. ให้คำแนะนำในการทำ Bowel Program เช่น การนวดหน้าท้อง การเหน็บสบู่อ่อนทางทวารหนัก ประเมินผล 1. ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ ไม่มีภาวะท้องอืด อุจจาระอัดแน่น ยังมีอุจจาระเล็ดราด 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการฝึก Bowel Training Program สามารถบอกวิธีป้องกันภาวะท้องผูก และสามารถสาธิตย้อนกลับการทำ Bowel Training Program ได้ถูกต้อง

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เกิดอุบัติเหตุกระดูกสันหลังหักกดทับเส้นประสาทไขสันหลังได้รับบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาในเรื่องระบบการขับถ่ายไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้ ซึ่งพบในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บไขสันหลังได้ถึงร้อยละ 83.0¹³ จากการให้การรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยเริ่มเกร็งกล้ามเนื้อได้แต่ยังขมิบหurutไม่ได้ ซึ่งการพยากรณ์ของโรครมีแนวโน้มดีขึ้น

ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
6. ผู้ป่วยมีผลกดทับบริเวณก้นกบเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีผลกดทับบริเวณก้นกบระดับ 2 ขนาด 3x3 ซม. 2. Braden Score 16 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้ผลกดทับลุกลามและแผลหายเร็วขึ้น เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่เกิดแผลกดทับขึ้นในตำแหน่งใหม่ 2. แผลกดทับที่ก้นกบมีขนาดเล็กลง การพยาบาล 1. ให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลแผลกดทับและป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่ม	ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงเรื่องแผลกดทับ Braden Score 21 คะแนน



ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาล (ต่อ)	
2. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน การเกิดแผลกดทับโดยประเมินซ้ำทุกเวร	
3. ใส่ที่นอนลมเพื่อลดและกระจายแรงกด	
4. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงและเปลี่ยนท่าโดยใช้ผ้ารองยกตัว หลีกเลี่ยงการลากเตียง	
5. กรณีจัดทำแผนองศาการเคลื่อนไหวระดับได้เข้าให้สูงขึ้นเพื่อป้องกัน การเส้นโลหิต	
6. ยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้ผู้ช่วย 2 คน	
7. ดูแลผิวหนังไม่ให้เปื่อยขึ้นจากอุจจาระ เหงื่อ	
8. Dressing แผลด้วย 0.9%Nss วันละ 2 ครั้งหรือเมื่อเปื่อยขึ้น	
การประเมินผล	
1. แผลกดทับขนาดเล็กลงและดีขึ้น	
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจคำแนะนำและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	
3. ไม่พบแผลกดทับบริเวณต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วยเพิ่ม	

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยไม่สามารถลุกเดินได้ ขาทั้งสองข้าง Motor Power gr. 0 Braden Score 16 ค่ะแน่น ได้เฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีอุบัติเหตุและผู้ป่วยมีแผลกดทับซึ่งได้รับการพยาบาลและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจนแผลมีขนาดเล็กลง ไม่มีการติดเชื้อ **กรณีศึกษารายที่ 2** ไม่มีปัญหาในเรื่องแผลกดทับ Braden Score 21 ค่ะแน่น สามารถเดินได้โดยใช้ไม้ค้ำยัน

ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
7. วิดกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและสูญเสียภาพลักษณ์	
ข้อมูลสนับสนุน	
1. ทำทางวิดกกังวล เฉยเมย ซึม นอนไม่หลับ	
2. ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง อ่อนแรงท่อนล่างเดินไม่ได้	
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	
เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้คลายความกังวล	
การพยาบาล	
1. อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังการบาดเจ็บไขสันหลัง	
2. อธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วยเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายตนเอง การเปิดเผยข้อมูลที่ต้องการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้มแข็งมากขึ้น	
3. ให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าใจการ เปลี่ยนแปลง ภาพลักษณ์ของตนเอง	
4. กระตุ้นให้ออกความคิดเห็นร่วมตัดสินใจ เป็นการส่งเสริม ให้เห็น คุณค่าตนเอง	
7. วิดกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและสูญเสียภาพลักษณ์	
ข้อมูลสนับสนุน	
1. ทำทางวิดกกังวล เฉยเมย หงุดหงิด ถามคำตอบคำ นอนไม่หลับ	
2. ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ใส่สายสวนปัสสาวะตลอด	
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	
เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้คลายความกังวล	
การพยาบาล	
1. อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังการบาดเจ็บไขสันหลัง	
2. อธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วยเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายตนเอง การเปิดเผยข้อมูลที่ต้องการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้มแข็งมากขึ้น	
3. ให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าใจการ เปลี่ยนแปลง ภาพลักษณ์ของตนเอง	
4. กระตุ้นให้ออกความคิดเห็นร่วมตัดสินใจ เป็นการส่งเสริม ให้เห็น คุณค่าตนเอง	



ระยะที่ 2 การดูแลต่อเนื่อง (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาล (ต่อ) 5. ส่งเสริมความเชื่ออำนาจภายในตนเองของผู้ป่วย 6. จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พบและพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ 7. ชี้ให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพร่างกายบางส่วนที่ดีขึ้น จากผลของการดูแลตนเอง การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ คลายความวิตกกังวลพักผ่อนได้	การพยาบาล (ต่อ) 5. ส่งเสริมความเชื่ออำนาจภายในตนเองของผู้ป่วย 6. จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พบและพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ 7. ชี้ให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพร่างกายบางส่วนที่ดีขึ้น จากผลของการดูแลตนเอง การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ คลายความวิตกกังวลพักผ่อนได้

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นคนมีมนุษยสัมพันธ์ดี มีเพื่อนเยอะและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของหมู่บ้านเป็นประจำ จึงเกิดความวิตกกังวลเรื่องภาพลักษณ์เป็นอย่างมาก จากการให้การดูแลและให้คำแนะนำส่งเสริมการดูแลเองทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องภาพลักษณ์และคลายความกังวลลงพร้อมที่จะกลับไปอยู่ในสังคมได้

ระยะที่ 3 ระยะจำหน่าย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
8. ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเนื่องจากขาดข้อมูลและการรับรู้ไม่ถูกต้อง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยสอบถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. ผู้ป่วยไม่มั่นใจไม่อยากจะกลับบ้าน 3. กรณีศึกษารายที่ 1 Barthel Index 7 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมั่นใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ 2. มีความพร้อมที่จะกลับบ้าน การพยาบาล 1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel Index ประเมินสภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ 2. ประเมินและทบทวนความพร้อมของครอบครัวในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความก้าวหน้าของโรค ความพร้อมทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD-P D: Disease ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง M: Medicine ให้คำแนะนำเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับ ขนาดของยา ผลข้างเคียงของยา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	8. ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเนื่องจากขาดข้อมูลและการรับรู้ไม่ถูกต้อง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยสอบถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. ผู้ป่วยไม่มั่นใจไม่อยากจะกลับบ้าน 3. กรณีศึกษารายที่ 1 Barthel Index 14 คะแนน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมั่นใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ 2. มีความพร้อมที่จะกลับบ้าน การพยาบาล 1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเกี่ยวกับสัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้ Barthel Index ประเมินสภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ 2. ประเมินและทบทวนความพร้อมของครอบครัวในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความก้าวหน้าของโรค ความพร้อมทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD-P D: Disease ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง M: Medicine ให้คำแนะนำเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับ ขนาดของยา ผลข้างเคียงของยา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง





ระยะที่ 3 ระยะจำหน่าย (ต่อ)	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาล (ต่อ) E: Environment and Economic แนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับโรค ที่อยู่อาศัยเป็นระเบียบ การป้องกันพลัดตกหกล้ม T: Treatment การดูแลแผลกดทับและสายสวนปัสสาวะ H: Health การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา O: Out Patient Referral ให้คำแนะนำในเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ อาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด การขอความช่วยเหลือสถานพยาบาลใกล้บ้าน D: Diet ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย P: Psychological Support การดูแลด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวล การเสริมพลัง การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง	การพยาบาล (ต่อ) E: Environment and Economic แนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับโรค ที่อยู่อาศัยเป็นระเบียบ การป้องกันพลัดตกหกล้ม T: Treatment การดูแลแผลผ่าตัดและสายสวนปัสสาวะ H: Health การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา O: Out Patient Referral ให้คำแนะนำในเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ อาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด การขอความช่วยเหลือสถานพยาบาลใกล้บ้าน D: Diet ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย P: Psychological Support การดูแลด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวล การเสริมพลัง การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาในเรื่องกลืนอาหารจะไม่ได้และปัสสาวะเองไม่ได้ ใส่สายสวนปัสสาวะกลับบ้าน **กรณีศึกษา รายที่ 1** มีปัญหาเรื่องอ่อนแรงท่อนล่าง Motor Power gr. 0 สามารถลุกนั่งห้อยขาข้างเดียวและนั่งรถเข็นได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD-P¹⁴ เหมือนกัน โดยเน้นเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านและการส่งต่อศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

อภิปรายผล

กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม⁷ เหมือนกัน ซึ่งทำให้กระดูกสันหลังส่วนเอวหักและมีการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 1 ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้อง ส่วนรายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการเปิด แม้ขนาดแผลผ่าตัดจะแตกต่างกัน แต่ผลลัพธ์ของการผ่าตัดทั้งสองกรณี คือการใส่แผ่นโลหะเพื่อยึดตรึงกระดูกไม่ให้กดทับเส้นประสาทไขสันหลัง⁹ ในกรณีศึกษานี้ได้ใช้แบบแผนการรับรู้ทางสุขภาพของกอร์ดอนและกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งในระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย ผู้ป่วยได้รับการดูแลและจัดการปัญหาที่เกิดจากโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายที่เปลี่ยนไป เช่น ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การฝึกการขับถ่าย การป้องกันและรักษาแผลกดทับ และการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังได้ใช้โปรแกรม D-METHOD-P ในการวางแผนจำหน่าย¹⁴ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน บทบาทสำคัญของพยาบาลคือการฟื้นฟูสภาพที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม

**ข้อเสนอแนะ**

สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยใช้กระบวนการพยาบาลพยาบาลต้องคำนึงถึงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ การใช้ความรู้ ความสามารถในการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะใกล้เคียงปกติได้เร็วที่สุด สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนของครอบครัวเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. พิศยา บุปผา. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักร่วมกับการบาดเจ็บของไขสันหลัง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว; 15 พฤศจิกายน 2566. หน้า 1-17.
2. จิรภา สิงห์สูง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลังและไขสันหลังพกซ้ำ. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี กันยายน-ธันวาคม 2564; 30(2): 53-61.
3. พัทรี บุตรแสนโคตร, จุฑามาศ คงกลาง. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังในระยะฟื้นฟู. ศรีนครินทร์เวชสาร กันยายน-ตุลาคม 2564; 36(5): 639-48.
4. Zileli M, Osorio-Fonseca E, Konovalov N, Cardenas-Jalabe C, Kaprovoy S, Mlyavykh S, et al. Early management of cervical spine trauma: WFNS spine committee recommendations. Neurospine 2020; 17(4): 710-22. doi: 10.14245/ns.2040282.141. PubMed PMID: 33401852.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ข้อมูลสถิติและตัวชี้วัดที่สำคัญ สถิติสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?%2Fnsos%2Fstatistics_and_indicators=&impt_branch=305&page=1
6. โสภา หมู่ศิริ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจากการหักของกระดูกสันหลังระดับคอส่วนล่าง: กรณีศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://yrh.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/02/km-19022024-F.pdf>
7. สุภาพร ตันดี. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอส่วนล่าง: กรณีศึกษา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กรกฎาคม-ธันวาคม 2565; 4(2): 325-42.
8. ระบบสารสนเทศ (HosXP). รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลังมารับบริการในโรงพยาบาลยโสธร ปี พ.ศ. 2564-2566. ยโสธร: โรงพยาบาลยโสธร; 2566.
9. กิ่งแก้ว ปาจารย์. ไขสันหลังบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
10. ภาวิณี ถูกขนิมิต. รู้หรือไม่ “อ้วน” ทำร้าย “ผิวหนัง”. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/รู้หรือไม่-อ้วน-ทำร้าย-ผ/>
11. มุกิตา จอจวรรณศิริ, วิทย์ วิเศษสินธุ์. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักจากการบาดเจ็บที่ไขสันหลังที่ได้รับการตรวจจุโรพลศาสตร์. รามาธิบดีพยาบาลสาร กันยายน-ธันวาคม 2562; 25(3): 270-9.



12. อัญชลี ยศกรณ. การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในสถาบันประสาทวิทยา. วชิรสารการพยาบาล กรกฎาคม-ธันวาคม 2564; 23(2): 44-56.
13. เกศกนก คำเรืองศรี, อภิชนา โฉมวิริยะ. การศึกษาลักษณะอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร มกราคม-เมษายน 2558; 25(1): 6-14.
14. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์. แผนการนิเทศการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nurse.kku.ac.th/index.php/download/category/57-2020-04-07-09-16-14#>

